

UNIVERSITE DE LIMOGES
FACULTE DE MEDECINE



ANNEE 1994



THESE N° 162/1

LE SIDA AU BURKINA FASO

*Historique, épidémiologie, politique nationale,
intervenants de la lutte contre le sida.*

THESE

POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

présentée et soutenue publiquement le 25 octobre 1994

par

Jean-Baptiste GUIARD-SCHMID

né le 7 novembre 1963, à Saint Germain en Laye

EXAMINATEURS DE LA THESE

Monsieur le Professeur Frédéric LIOZON	Président
Monsieur le Professeur François DENIS	Juge
Monsieur le Professeur Pierre WEINBRECK	Juge
Monsieur le Professeur Constantin CHRISTIDES	Juge
Monsieur le Docteur Didier FASSIN	Membre Invité
Madame le Professeur Bibiane KONE	Membre Invité

ex:3
Sibil

UNIVERSITE DE LIMOGES
FACULTE DE MEDECINE

ANNEE 1994



THESE N° 162

LE SIDA AU BURKINA FASO

*Historique, épidémiologie, politique nationale,
intervenants de la lutte contre le sida.*

THESE

POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

présentée et soutenue publiquement le 25 octobre 1994

par

Jean-Baptiste GUIARD-SCHMID

né le 7 novembre 1963, à Saint Germain en Laye

EXAMINATEURS DE LA THESE

Monsieur le Professeur Frédéric LIOZON	Président
Monsieur le Professeur François DENIS	Juge
Monsieur le Professeur Pierre WEINBRECK	Juge
Monsieur le Professeur Constantin CHRISTIDES	Juge
Monsieur le Docteur Didier FASSIN	Membre Invité
Madame le Professeur Bibiane KONE	Membre Invité

UNIVERSITE DE LIMOGES
FACULTE DE MEDECINE

DOYEN DE LA FACULTE : Monsieur le Professeur PIVA

ASSESEURS : Monsieur le Professeur VANDROUX

Monsieur le Professeur DENIS

PERSONNEL ENSEIGNANT :

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

ADENIS Jean-Paul	OPHTALMOLOGIE
ALAIN Luc	CHIRURGIE INFANTILE
ALDIGIER Jean-Claude	NEPHROLOGIE
ARCHAMBEAUD Françoise	MEDECINE INTERNE
ARNAUD Jean-Paul	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIE
BARTHE Dominique	HISTOLOGIE EMBRYOLOGIE CYTOGENETIQUE
BAUDET Jean	CLINIQUE OBSTETRICALE ET GYNECOLOGIE
BENSAID Julien	CLINIQUE MEDICALE CARDIOLOGIQUE
BERNARD Philippe	DERMATOLOGIE
BESSEDE Jean-Pierre	OTO RHINO LARYNGOLOGIE
BONNAUD François	PNEUMOLOGIE
BONNETBLANC Jean-Marie	DERMATOLOGIE
BORDESSOULE Dominique	HEMATOLOGIE ET TRANSFUSION
BOULESTEIX Jean	PEDIATRIE
BOUQUIER Jean-Jose	CLINIQUE DE PEDIATRIE
BOUTROS-TONI Fernand	BIOSTATISTIQUE ET INFORMATIQUE MEDICALE
BRETON Jean-Christian	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
CAIX Michel	ANATOMIE
CATANZANO Gilbert	ANATOMIE PATHOLOGIQUE
CHASSAIN Albert	PHYSIOLOGIE
CHRISTIDES Constantin	CHIRURGIE THORACIQUE ET VASCULAIRE
COGNE Michel	IMMUNOLOGIE
COLOMBEAU Pierre	UROLOGIE
CUBERTAFOND Pierre	CLINIQUE DE CHIRURGIE DIGESTIVE
DARDE Marie-Laure	PARASITOLOGIE
DE LUMLEY WOODYEAR Lionel	PEDIATRIE
DENIS François	BACTERIOLOGIE VIROLOGIE
DESCOTTES Bernard	ANATOMIE
DUDOGNON Pierre	REEDUCATION FONCTIONNELLE
DUMAS Michel	NEUROLOGIE
DUMAS Jean-Philippe	UROLOGIE
DUMONT Daniel	MEDECINE DU TRAVAIL
DUPUY Jean-Paul	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE
FEISS Pierre	ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE
GAINANT Alain	CHIRURGIE DIGESTIVE
GAROUX Roger	PEDOPSYCHIATRIE
GASTINNE Herve	REANIMATION MEDICALE
GAY Roger	REANIMATION MEDICALE
GERMOUTY Jean	PATHOLOGIE MEDICALE ET RESPIRATOIRE

HUGON Jacques
LABADIE Michel
LABROUSSE Claude
LABROUSSE François
LASKAR Marc
LAUBIE Bernard
LEGER Jean-Marie
LEROUX-ROBERT Claude
LIOZON Frédéric
MELLONI Boris
MENIER Robert
MERLE Louis
MOREAU Jean-Jacques
MOULIES Dominique
OUTREQUIN Gérard
PECOUT Claude
PERDRISOT Remy
PILLEGAND Bernard
PIVA Claude
PRALORAN Vincent
RAVON Robert
RIGAUD Michel
ROUSSEAU Jacques
SAUTEREAU Denis
SAUVAGE Jean-Pierre
TABASTE Jean-Louis
TREVES Richard
VALLAT Jean-Michel
VALLEIX Denis
VIDAL Elisabeth
VANDROUX Jean-Claude
WEINBRECK Pierre

HISTOLOGIE EMBRYOLOGIE CYTOGENETIQUE
BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
REEDUCATION FONCTIONNELLE
ANATOMIE PATHOLOGIQUE
CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIO-VASCULAIRE
ENDOCRINOLOGIE ET MALADIES METABOLIQUES
PSYCHIATRIE D'ADULTES
NEPHROLOGIE
CLINIQUE MEDICALE A
PNEUMOLOGIE
PHYSIOLOGIE
PHARMACOLOGIE
NEUROCHIRURGIE
CHIRURGIE INFANTILE
ANATOMIE
CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
BIOPHYSIQUE ET TRAITEMENT DE L'IMAGE
HEPATO-GASTRO-ENTEROLOGIE
MEDECINE LEGALE
HEMATOLOGIE ET TRANSFUSION
NEUROCHIRURGIE
BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE
HEPATO-GASTRO-ENTEROLOGIE
OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE
GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE
THERAPEUTIQUE
NEUROLOGIE
ANATOMIE
MEDECINE INTERNE
BIOPHYSIQUE ET TRAITEMENT DE L'IMAGE
MALADIES INFECTIEUSES

MOULIN Jean-Louis

Professeur associé à mi-temps

SECRETAIRE GENERAL DE LA FACULTE - CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS

POMMARET Maryse

A la mémoire de Dominique Chauvet d'Arcizas.

A la mémoire de mes amis disparus.

A la mémoire des victimes de l'épidémie de sida dans le monde.

A ma famille, qui m'a toujours soutenu pendant ces années d'études.

A Irène et Tam-Sir.

A ma filleule Hélène.

A mon ami Abou Traoré, maître de forge, plasticien et philosophe.

A mes amis Laurent et Agnès, Anne, Francis et Christine, Pascale et Olivier, Jean-Marc et Laurence, pour leur soutien et tous les bons moments partagés.

A Didier et Anne, Fred et Thierry. Vous avez été complices dans beaucoup d'aventures marquantes de ma vie.

A mes amis François, Saliou, Madou, Karim et Souleymane de Bobo Dioulasso. Vous m'avez offert votre amitié précieuse.

A Jackie et Arnaud Chauvet d'Arcizas, en témoignage de mon soutien indéfectible.

A Josette Pessemesse et Philippe Pradel. Nous sommes devenus amis grâce au Burkina Faso. Vous m'avez aidé dans ce travail par vos conseils et vos encouragements.

A Félicité Konkobo. Tu m'as accueilli dans ta maison et soutenu avec la générosité exceptionnelle qui te caractérise.

A tous mes amis de Limoges, et à tous ceux que je n'ai pas cités, mais qui occupent une place dans mon coeur.

A tous mes amis burkinabè, dont l'accueil et l'attention ont rendu mon séjour dans leur pays si riche et agréable.

A tous les personnels hospitaliers des services où j'ai travaillé. Veuillez trouver ici l'expression de mes remerciements pour votre soutien et vos conseils, pour la qualité de votre collaboration pendant ces années d'apprentissage.

Nous tenons à remercier toutes les personnes qui ont contribué à la réalisation de ce travail. Elles nous ont consacré de leur temps, ont répondu à nos questions, et nous ont fournis renseignements et documentations. Sans leur participation, ce travail n'aurait pu être mené à bien. Parmi eux, nous remercions particulièrement le Comité National de Lutte contre le Sida, son Secrétaire Permanent, les responsables de sous-comités techniques, et l'ensemble des personnels du CNLS, pour leur accueil et leur collaboration.

Nous remercions particulièrement Josette Pessemesse, Pâquerette Castell, Laurent Delaire, Philippe Pradel, Olivier Voizeux, Jean-Marc Bryard, pour leurs lectures attentives et critiques de ce travail.

A nos maîtres d'internats :

Monsieur le Professeur Frédéric LIOZON

Monsieur le Professeur François MARTIN

Monsieur le Professeur Bernard LORCERIE

Monsieur le Professeur Roger GAY

Monsieur le Professeur Pierre WEINBRECK

Madame le Professeur Elisabeth VIDAL

Madame le Docteur Véronique LOUSTAUD-RATTI

Monsieur le Docteur Bruno CHAUFFERT

Monsieur le Professeur Claude LEROUX-ROBERT

Monsieur le Professeur Gilbert CATANZANO

Madame le Professeur Dominique BORDESSOULE

Monsieur le Docteur BERNARD

A notre Maître et Président de Thèse,

Monsieur le Professeur Frédéric LIOZON,
Professeur des Université de Clinique Médicale A,
Médecin des Hôpitaux.

Vous nous avez accueillis parmi vos derniers élèves, transmis de votre savoir, de votre expérience et de votre rigueur. Nous avons eu la chance d'être formé dans votre service. Nous vous en remercions et vous assurons de notre plus profond respect.

A notre Directeur de Thèse,

Monsieur le Docteur Didier FASSIN,

Maître de Conférence des Universités de Sociologie

UFR Médecine, Université Paris XIII.

Ta profonde culture dans le domaine des sciences humaines, et ta rigueur intellectuelle m'ont beaucoup impressionné. Tes travaux en sciences sociales de la santé sur le continent africain m'ont beaucoup influencé. Je te remercie d'avoir accepté de diriger mon travail, et suis très honoré que tu sièges dans le jury de cette thèse.

A nos juges,

Monsieur le Professeur Pierre WEINBRECK,
Professeur des Universités de Maladies Infectieuses,
Médecin des Hôpitaux.

Tu m'as intéressé aux maladies infectieuses, et impressionné par ton esprit de synthèse et d'analyse remarquable. Je te remercie pour l'enseignement que tu m'as donné, et d'avoir accepté d'être juge de cette thèse.

Monsieur le Professeur François DENIS,
Professeur des Universités de Bactériologie Virologie,
Biologiste des Hôpitaux,
Chef de Service.

Nous vous remercions de l'attention portée à ce travail. Connaissant votre intérêt ancien pour le continent africain, nous sommes très honorés de vous compter parmi les juges de cette thèse.

Monsieur le Professeur Constantin CHRISTIDES,
Professeur des Universités de Chirurgie Thoracique et Vasculaire,
Chirurgien des Hôpitaux.

Nos relations avec vous ont toujours été enrichissantes. Nous savons votre grand intérêt pour le Burkina Faso et vous remercions d'avoir accepté de faire partie du jury de notre thèse.

Madame le Professeur Bibiane KONE,
Professeur des Universités de Gynécologie Obstétrique,
Chef de Service.

Vous avez autorisé ce travail, et précieusement conseillé notre recherche par votre expérience approfondie de la lutte contre le sida au Burkina Faso. Nous vous remercions pour votre soutien, et sommes très honorés de votre présence parmi les membres de notre jury de thèse.

LISTE DES ABREVIATIONS

ABBEF	Association Burkinabè pour le Bien Etre Familial
ABI	Amicale Burkinabè des Infirmières
AFP	Agence Française de Presse
AFVP	Association Française des Volontaires du Progrès
APD	Aide Publique au Développement
AZT	azidothymidine
CAMEG	Centrale d'Approvisionnement en Médicaments Essentiels et Génériques
CAPC	Conduites Attitudes Pratiques et Croyances (enquête socio-comportementales)
CHNSS	Centre Hospitalier National Souro Sanon (Bobo Dioulasso)
CHNYO	Centre Hospitalier National Yalgado Ouédraogo (Ouagadougou)
CHR	Centre Hospitalier Régional
CM	Centre Médical
CMA	Centre Médical avec Antenne chirurgicale
CMRPN	Comité Militaire de Redressement pour le Progrès National
CNLS	Comité National de Lutte contre le Sida
CRLAT	Centre Régional de Lutte Antituberculeuse
CSP	Comité de Salut Public
CSPS	Centre de Santé et de Promotion Sociale
DAF	Direction des Affaires Financières
DDC	didéoxyinosine
DDI	didéoxycytidine
DESA/CNIEC	Centre National d'Information-Education-Communication
DPSAS	Direction Provinciale de la Santé et de l'Action Sociale
DSE/DMP	Direction de la Médecine Préventive
DSME/DSF	Direction de la Santé de la Famille
ELISA	Enzyme-Linked Immuno-Sorbent Assay
ESSSA/FSS	Faculté des Sciences de la Santé
FCFA	Franc de la Communauté Financière d'Afrique
FED	Fond Européen de Développement
FESPACO	Festival Panafricain du Cinéma de Ouagadougou
FHI	Family Health International
FMI	Fond Monétaire International
FNUAP	Fond des Nations Unies pour l'Aide aux Populations
GEEP	Groupe d'Etudes Epidémiologiques et Prophylactiques
GTZ	Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit
HIV	Human Immunodeficiency Virus
HTLV	Human T-Lymphotropic Virus
IEC	Information-Education-Communication
IGO	Infirmerie de Garnison de Ouagadougou
KFW	Kreditanstalt Für Wiederaufbau
LAV	Lymphadenopathy Associated Virus
LNR	Laboratoire National de Référence
LONAB	Loterie Nationale Burkinabè
MBA	Master of Business Administration

MDM	Médecins Du Monde
MSASF	Ministère de la Santé, de l'Action Sociale et de la Famille
MST	Maladie Sexuellement Transmissible
OCCGE	Organisation de Coopération et de Coordination pour la lutte contre les Grandes Endémies
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
OMS/GPA	Global program on AIDS de l'OMS
ONATEL	Office National des Télécommunications
ONEA	Office National de l'Eau et de l'Assainissement
ONG	Organisation Non Gouvernementale
ONP	Office National des Postes
PCR	Polymerase Chain Reaction
PCT	Plan à Court Terme de Lutte contre le Sida
PDSS	Projet d'Appui aux Structures de Santé
PEV	Programme Elargi de Vaccination
PF	Planification Familiale
PI	Pays Industrialisés
PMI	Protection Maternelle et Infantile
PMT	Plan à Moyen Terme de Lutte contre le Sida
PNLS	Programme National de Lutte contre le Sida
PNUD	Programme des Nations Unies pour le Développement
PPI	Plan de Parrainage International
PROMACO	Projet de Marketing des Condom
PSI	Population Service International
PSP	Poste de Santé Primaires
PVD	Pays en Voie de Développement
RNB	Radio Nationale du Burkina
SCF-UK	Save the Children Found - United Kingdom
SCFB	Société des Chemins de Fer du Burkina
SIAO	Salon International de l'Artisanat de Ouagadougou
SOBUGAZ	Société Burkinabè du Gaz
SONABEL	Société Nationale Burkinabè d'Electricité
SONABHY	Société Nationale Burkinabè des Hydrocarbures
SOPAL	Société de Production des Alcools et Liqueurs
SOSUCO	Société Sucrière de la Comoé
TASO	The aids support organization (Ouganda)
TNB	Télévision Nationale du Burkina
UNICEF	Fond des Nations Unies pour l'Enfance
USAID	United States Agency for International Development
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine

PLAN

1. Introduction
2. Présentation du Burkina Faso
3. Historique du sida dans le monde et au Burkina Faso
4. Epidémiologie de l'infection à VIH au Burkina Faso
5. Politique de lutte contre le sida au Burkina Faso
6. Partenaires de la lutte contre le sida au Burkina Faso
7. Autres intervenants de la lutte contre le sida
8. Analyse critique
9. Conclusion
10. Bibliographie

1. Introduction

Le sida, maladie infectieuse virale et transmissible, est devenu en quelques années la pandémie mondiale la plus inquiétante de notre fin de siècle.

Le continent africain lui paie un très lourd tribut. Le sida vient en effet s'ajouter aux graves difficultés démographiques, sociales, sanitaires et économiques qu'il traverse depuis plusieurs années.

L'extension du phénomène épidémique a été extrêmement rapide en Afrique à partir du milieu des années 80, sans que l'on puisse observer un infléchissement net de la progression jusqu'à présent. La région des grands lacs et l'Afrique centrale sont les plus gravement touchées.

Dans l'ouest du continent, où sévissent simultanément deux épidémies (VIH-1 et VIH-2), on a assisté ces dernières années à une explosion de l'épidémie en Côte d'Ivoire. Le Burkina Faso, pays voisin, est lui aussi maintenant confronté à l'épidémie de sida.

Nous avons eu la chance de découvrir le Burkina Faso et d'y exercer notre métier pendant un séjour de 18 mois. Au cours de ce séjour, nous avons été frappé par les problèmes graves et complexes posés par le sida dans ce pays. Cette expérience nous a permis de découvrir le système de santé et ses acteurs, les problèmes de santé publique du pays, et nous a conduit à étudier l'épidémie de sida par une enquête de plusieurs mois sur le terrain.

Ce travail nous a amené à rencontrer et interroger les différents acteurs de la lutte contre le sida au Burkina Faso et à recueillir des données concernant l'historique et l'épidémiologie des infections à VIH. Ces informations sont exposées en première partie, après une présentation générale du pays, qui permet de situer le contexte économique, social et sanitaire actuel du Burkina Faso.

La partie centrale de ce travail s'applique à étudier la politique nationale de lutte contre le sida à travers les étapes successives des plans à court et moyen terme, et l'évolution des institutions en charge de la lutte.

Le rôle des différents partenaires engagés dans des activités de lutte contre le sida fait l'objet d'une troisième partie : institutions internationales, coopérations bilatérales, ONG, associations locales, mais aussi organisations confessionnelles et politiques, médias, etc.

A la lumière de l'ensemble de ces éléments d'information, nous discutons en analyse critique les forces et les faiblesse de la lutte contre le sida au Burkina Faso, en replaçant programmes et institutions dans le contexte général de la coopération internationale.

Le sida interroge la société burkinabè, et le monde entier, sur tous les fronts. Il nous est impossible d'en aborder ici toute la complexité, ce qui requiert des approches théoriques et pratiques très diverses. Les solutions d'un tel problème font tout à la fois appel aux sciences biomédicales, aux sciences sociales, à l'économie et au politique.

2. Présentation du Burkina Faso

2.1 Introduction

Ce chapitre réunit un ensemble d'informations générales sur le Burkina Faso qui ont trait à la géographie, la démographie, aux caractéristiques socio-économiques et culturelles, mais aussi à l'histoire et à l'organisation administrative du pays.

Lorsqu'on s'intéresse au sida comme objet de recherche, force est de constater que chacun de ces éléments entre en jeu dans la complexité du phénomène épidémique lié à cette maladie. Cette évidence n'est d'ailleurs pas propre au sida, mais a certainement pris une acuité particulière dans son cas.

La santé au Burkina Faso fait l'objet de la seconde partie de ce chapitre, dans laquelle nous nous sommes efforcés de présenter de manière plus détaillée les principaux problèmes de santé que rencontre le pays ainsi que le système de santé en place. Elle devrait permettre au lecteur d'acquérir une vision globale de la situation sanitaire du Burkina Faso, cadre dans lequel se développe depuis quelques années l'épidémie de sida.

Si présenter un pays en quelques pages, à l'aide d'informations souvent quantitatives, répond aux besoins d'un tel travail et permet tout de même d'éclairer le lecteur, cela constitue néanmoins une véritable gageure. Que le caractère formel d'un tel chapitre nous soit donc pardonné, car il ne peut prétendre décrire fidèlement une complexité que nous avons eu la chance d'approcher au cours de deux ans de séjour dans ce pays passionnant.

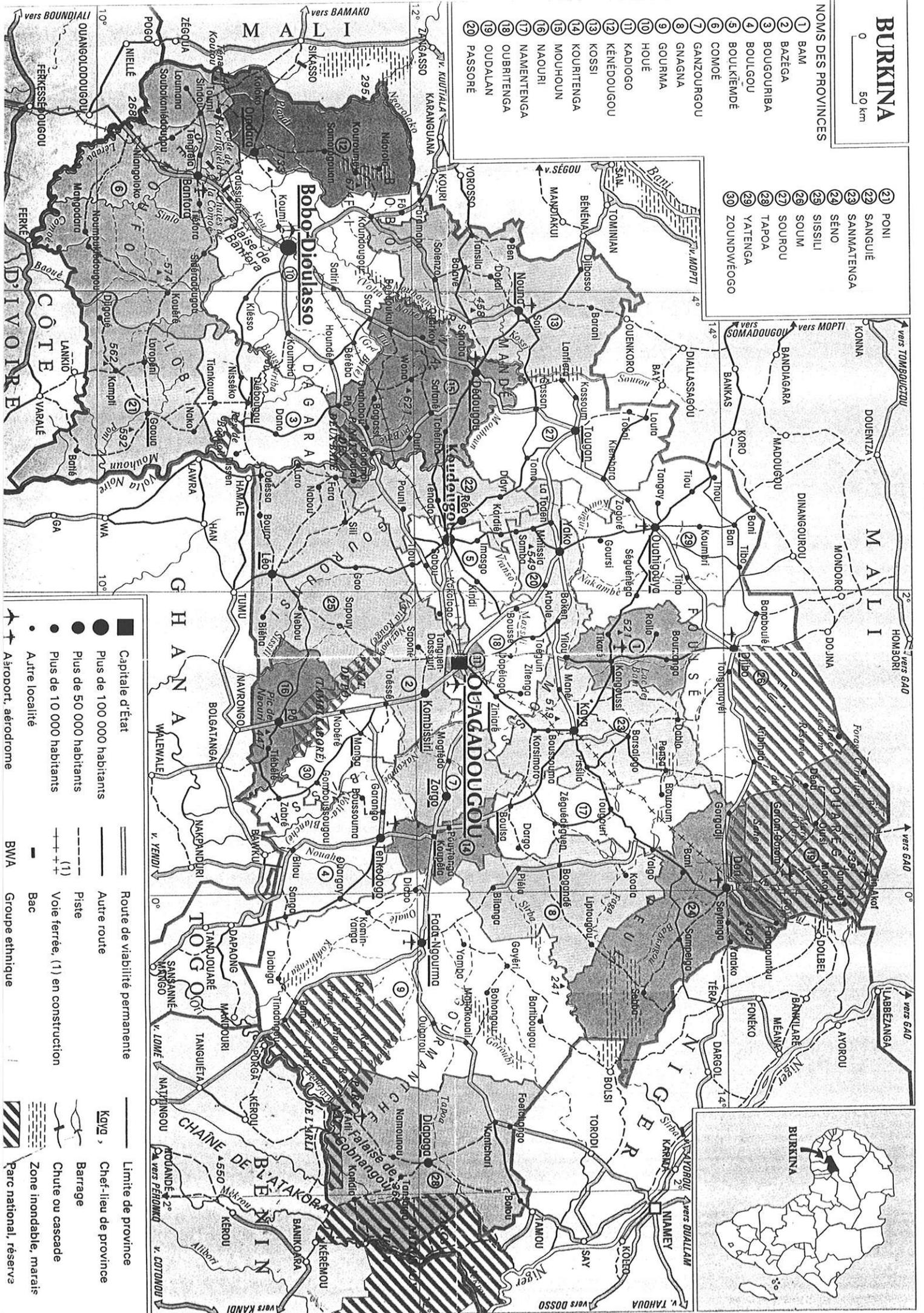
BURKINA

0 50 km

NOMS DES PROVINCES

- 1 BAM
- 2 BAZÈGA
- 3 BOUGOURIBA
- 4 BOULGOU
- 5 BOUKIEMÈDE
- 6 COMOE
- 7 GANZOURGOU
- 8 GNAGNA
- 9 GOURMA
- 10 HOUE
- 11 KADIOGO
- 12 KENEDOUGOU
- 13 KOSSI
- 14 KOURTÈNGA
- 15 MAUHOUN
- 16 NAOURI
- 17 NAMENTÈNGA
- 18 OUBRITÈNGA
- 19 OUDALAN
- 20 PASSORE

- 21 PONI
- 22 SANGUË
- 23 SANMATÈNGA
- 24 SÈNO
- 25 SISSILI
- 26 SOUM
- 27 SOUROU
- 28 TAPOA
- 29 YATÈNGA
- 30 ZOUNDEWÈGO



2.2 Données géographiques et climatiques

2.2.1 Situation géographique

Le Burkina Faso est un pays soudano-sahélien situé au coeur de l'Afrique de l'Ouest. D'une superficie de 272 528 km², il est limité par le Niger à l'est et au nord, le Mali à l'ouest et au nord, et par la Côte d'Ivoire, le Ghana, le Togo et le Bénin au sud (successivement d'ouest en est). Entre 10° et 15° de latitude Nord, 2° Est et 5°30' Ouest de longitude, le relief du Burkina Faso est constitué d'un vaste plateau latéritique d'une altitude moyenne de 300 m, qui s'infléchit du nord au sud en gradins successifs.

2.2.2 Réseau hydrographique

Son réseau hydrographique s'articule autour de trois petits cours d'eau qui s'écoulent du nord au sud en direction du Ghana :

- ◆ le Nazinon (ex-Volta Rouge), et le Nakanbé (ex-Volta Blanche) ne coulent qu'en saison des pluies,
- ◆ le Mouhoun (ex-Volta Noire) est permanent, mais de débit réduit en saison sèche.

2.2.3 Climat, précipitations, températures

Le Burkina Faso appartient à la zone soudanienne de climat tropical moyen, mais le nord du pays, au-delà d'une ligne Djibo-Dori, est en zone sahélienne, de climat tropical sec ou semi-aride. La saison des pluies s'étend généralement de juin à octobre et la saison sèche de novembre à mai. La moyenne des précipitations, sujette à des variations inter-annuelles importantes, décroît de 1300 mm à 500 mm par an selon un axe sud-ouest→nord-est. Une longue période de sécheresse a affecté le pays entre 1973 et 1986, réduisant la pluviométrie de plus de 200 mm (moins de 400 mm d'eau par an au dessus du 14° de latitude Nord). On note actuellement un retour fragile mais sensible des pluies.

Les températures moyennes croissent du sud-ouest au nord-est (entre 20 et 30° à Gaoua, 25 et 38° à Dori) et s'élèvent progressivement de janvier à mai. L'hygrométrie oscille suivant les heures, les saisons et les régions de 4 à 100 %.

2.2.4 Ecosystèmes

Les écosystèmes¹ que l'on trouve au Burkina Faso sont de type herbacé ou ouvert, associations complexes d'herbes et d'arbres qui occupent des surfaces plus étendues que les espaces forestiers :

- ◆ «mosaïque» forêt-savane classique de l'Afrique occidentale, au centre, au sud et à l'ouest (les espaces boisés sont plus nombreux au sud-ouest),
- ◆ steppe, paysage des régions de climat semi-aride au nord.

Les origines de ces écosystèmes sont largement discutées (climat tropical à saison sèche rigoureuse, facteurs édaphiques², rôle de l'homme), mais relèvent probablement d'une combinaison de tous ces facteurs.

¹ ANONYME. Géographie tropicale. In : GENTILINI M, DUFLO B. *Médecine Tropicale*.

² facteurs liés à la nature du sol.

2.3 Données démographiques

2.3.1 Population

La population totale du Burkina Faso était estimée en 1990 à **9 949 948 habitants** sur la base des données du dernier recensement de population réalisé en 1985³; la densité moyenne de population serait ainsi approximativement de 36 habitants/km². Cependant la répartition de la population sur le territoire national est hétérogène, variant de 11 habitants/km² dans le Gourma à l'est, ou l'Oudalan au nord, à 122 habitants/km² dans le Kouritenga au centre (plateau mossi).

2.3.2 Indicateurs démographiques

Selon les données issues du recensement de 1985, les principaux indicateurs démographiques du pays sont exposés dans le tableau 2-1.

Tableau 2-1

Indicateurs démographiques	Burkina Faso	PVD*	PI*
Indice synthétique de fécondité	6,5 enfants/femme	4,2 enfants/femme	2,0 enfants/femme
Taux de natalité	48 pour mille	32 pour mille	15 pour mille
Taux d'accroissement naturel	2,68 pour cent	2,1 pour cent	0,5 pour cent
Taux d'urbanisation	9,1 pour cent	-	-
Proportion population de moins de 20 ans**	52,4 pour cent	-	-
Femmes en âge de procréer	22 pour cent	-	-

* chiffres 1990, extraits de «The State of the World's Children 1992 » UNICEF.

** Institut National de la Statistique et de la Démographie. Recensement général de la population du Burkina Faso 1985.

³ ANONYME. Recensement général de la population du Burkina Faso. Ouagadougou : Institut National de la Statistique et de la Démographie, 1985.

Le taux d'accroissement naturel de la population est parmi les plus élevés du monde, de même que l'indice synthétique de fécondité (nombre moyen d'enfants par femme). En revanche, le taux d'urbanisation est plus faible que dans les pays comparables du continent. Comme dans le plupart des pays en développement, la pyramide des âges est à base élargie. Les femmes de 15 à 49 ans, en âge de procréer, représentent 43 % de la population féminine, et 22 % de la population totale. Les enfants de moins de 5 ans constituent 19 % de la population totale. La proportion de population jeune, sexuellement active, est très importante.

2.3.3 Mouvements migratoires

Les mouvements migratoires de populations sont très anciens dans la sous-région Afrique de l'Ouest. Un des principaux axes historiques de ces mouvements de population relie Bobo Dioulasso à Abidjan. De nombreux Burkinabè voyagent de façon saisonnière vers les pays côtiers du sud, pour y travailler pendant la saison sèche. Cette main d'oeuvre s'est préférentiellement installée en Côte d'Ivoire, à la faveur de l'expansion économique de ce pays à la fin des années 1970. Une importante communauté d'immigrés originaires du Burkina Faso, estimée à 2 millions d'individus, vit en Côte d'Ivoire. Cependant, la crise économique très sévère et les troubles socio-politiques que traverse ce pays depuis 8 ans provoquent un reflux sensible de l'émigration burkinabè depuis 1990.

Compte tenu de la situation épidémiologique grave du sida en Côte d'Ivoire (pays le plus touché par l'épidémie en Afrique de l'Ouest), les mouvements migratoires jouent probablement un rôle important dans l'épidémiologie du sida au Burkina Faso.

2.4 Données socio-économiques :

2.4.1 Généralités sur le contexte économique

A la fin des années 70, les pays du tiers monde ont été brutalement confrontés à une dégradation de leurs recettes d'exportations mais aussi à une diminution des sources extérieures de financement. La détérioration des termes de l'échange, couplée à une hausse du dollar et des taux d'intérêt (nominaux et réels), accélèrent l'endettement des pays pauvres ainsi que son coût. Avec une dizaine d'année de retard sur les pays industrialisés, le tiers monde bascule dans la récession. Le soutien du *Fond Monétaire International* (FMI) est assorti de la mise en place de *programmes de stabilisation*, d'inspiration monétariste et post-keynésienne⁴. Ils sont basés sur la contraction de la demande intérieure (blocage des salaires et investissements publics, baisse des subventions aux entreprises publiques et aux prix des produits alimentaires de base, baisse des dépenses à caractère social), la contraction des importations, l'encouragement à l'exportation et la dévaluation des monnaies. Cependant, ces programmes de stabilisation imposés par le FMI au début des années 80 entraînent en réalité un ralentissement de la croissance des PIB, une fuite des capitaux, un renchérissement de la dette et des importations par le biais de l'inflation, et surtout des conséquences sociales graves sur les couches les plus défavorisées.

Des *plans d'ajustement structurels* (PAS) prolongent les programmes de stabilisation au milieu des années 80, et sont censés faire passer les pays du tiers monde à une économie de marché ouverte. Les réformes exigées sont lourdes : la suppression du contrôle des changes, l'élimination des protections douanières, l'appel au capital étranger doivent permettre l'intégration au commerce mondial, tandis que la lutte contre le gaspillage et les investissements démesurés est associée à la réduction du poids du secteur public (baisse du personnel, déréglementation et liberté des prix, privatisations totales ou partielles des entreprises publiques, baisse de la fiscalité). Ces réformes visent un désengagement de l'Etat dans la vie économique, conforme aux thèses libérales. Cependant, ces réformes n'ont pas été favorables aux producteurs de produits primaires (particulièrement en Afrique sub-saharienne)

⁴ CAZORLA A, DRAI AM, GUILLAUME JF. Vuibert 1992.

favorables aux producteurs de produits primaires (particulièrement en Afrique sub-saharienne) et accompagnées d'une croissance très médiocre du PIB (le taux de croissance du PIB par tête est même devenu négatif dans beaucoup de pays africains). Les inégalités sociales se sont accrues tandis que se détérioraient un certain nombre d'indicateurs du développement. Selon le rapport 1990 du PNUD, l'Afrique noire ou l'Amérique latine sont actuellement plus éloignées des pays industrialisés qu'au début des années 60. Les PAS se soldent par des résultats inégaux, mais aussi par des coûts sociaux considérables. La *Banque Mondiale* reconnaît dans ses derniers rapports que les mesures de lutte contre la pauvreté doivent être prises en compte dans la définition des ajustements. Leurs coûts sociaux doivent être atténués en protégeant les services sanitaires de base, en développant des actions de formation et en assurant la sécurité des populations urbaines défavorisées. Cela implique un partage des revenus moins inégalitaire et une diminution des dépenses militaires.

Le Burkina Faso, comme tous les pays de la sous-région, traverse de grandes difficultés économiques qui l'ont contraint à adopter un *plan d'ajustement structurel*. La récente dévaluation du franc CFA⁵, censée soutenir les efforts d'ajustement des pays de la zone franc, a des effets encore très incertains sur les équilibres macro-économiques du pays, mais aggrave sensiblement le coût social des réformes économiques en cours.

2.4.2 Indicateurs économiques

Le Burkina Faso est classé parmi le groupe des pays les moins avancés du monde. Quelques indicateurs économiques de base du pays sont exposés dans le tableau 2-2.

⁵ Le franc CFA a été dévalué de 50 % en janvier 1994, sous la pression des institutions de Bretton Woods (FMI et Banque Mondiale).

Tableau 2-2

Indicateurs économiques	Burkina Faso*
PIB par habitant	280 \$ US
Taux de croissance annuel du PIB	3,5 pour cent
Salaire mensuel minimum (SMIG)	22 653 FCFA **
Budget prévisionnel de l'état 1994	180 milliard de FCFA***

* *sources* : Ministère de l'Economie et des Finances; Ministère de l'Education Nationale et de l'Enseignement de Base; UNICEF; Banque Mondiale, 1992; Sidwaya et L'Observateur Paalga, Janvier 1994.

** 226,53 FF au cours actuel du franc CFA.

*** 1,8 milliard de FF, les budgets 1992 et 1993 s'élevaient à 1,76 et 2,16 milliard de FF au cours actuel du franc CFA.

2.4.3 Difficultés socio-économiques

Les problèmes économiques du pays sont considérables et relèvent de causes tout à la fois multiples et complexes.

L'accroissement naturel de la population provoque une stagnation du PIB par habitant depuis dix ans, malgré une croissance régulière en valeur absolue de 1,5 à 3,5 pour cent par an depuis 1965⁶.

2.4.3.1 Agriculture

La production agricole⁷ (agriculture et élevage) domine l'économie burkinabè. Elle occupe près de 80 % de la population et représente environ 45 % du PIB. Elle souffre de multiples maux. De nature extensive, faiblement mécanisée et utilisant peu d'intrants, elle repose sur de petites exploitations familiales et permet tout juste au pays d'atteindre une autosuffisance alimentaire dans les années favorables. L'environnement climatique défavorable, l'approvisionnement en eau insuffisant et inadéquat, la dégradation des sols (érosion, surexploitation) sont autant de difficultés quotidiennes pour les paysans burkinabè.

⁶ ANONYME. The State of World's Children 1992. Genève : UNICEF, 1991.

⁷ ANONYME. Statistiques nationales de l'agriculture et de l'élevage. Ouagadougou : Ministère de l'Agriculture et de l'Élevage, 1989.

- ◆ Les cultures vivrières (céréales traditionnelles : mil, sorgho, mais aussi maïs et riz paddy) occupent 80% des surfaces cultivées. Elles assurent l'essentiel des ressources alimentaires en milieu rural.
- ◆ La rentabilité des cultures d'exportation (coton, arachides, sésame, karité, sucre) reste étroitement soumise aux variations des cours mondiaux. La « filière coton » est ainsi depuis 1988 dans une crise profonde et durable, alors que le Burkina Faso était un des premiers producteurs de coton en Afrique de l'Ouest.
- ◆ L'élevage (bovin, ovin et caprin) représente près de 12 % du PIB, en recul par rapport à la précédente décennie. Il est concurrencé sur ses marchés d'exportation traditionnels vers les pays côtiers (Côte d'Ivoire) par les produits d'origine européenne.

Face à ces multiples difficultés de survie en milieu rural et à l'attraction puissante de la ville moderne, de nombreux jeunes quittent leurs régions pour tenter de trouver une solution économique en ville, leurs permettant de vivre et de soutenir leurs familles. Les conséquences de cet exode rural sont pourtant inquiétantes : désertification rapide des terres abandonnées, croissance de la population et du chômage urbains considérable.

2.4.3.2 Ressources minières

Le sous-sol burkinabè ne recèle pas de grands gisements de métaux précieux ou de matière première énergétique. Il existe cependant 3 sites aurifères dont l'exploitation contribue pour près de 20 % aux recettes d'exportation (4 tonnes en 1993). L'exploitation du manganèse de Tambao (nord du pays) a récemment démarré. Des ressources potentielles existent en bauxite et antimoine. Le secteur minier emploierait 2 % de la population active, contribuant pour 5 % au PIB.

2.4.3.3 Ressources énergétiques

La dépendance énergétique du Burkina Faso a donné lieu à une politique volontariste de développement des ressources hydroélectriques. La construction de deux grands barrages (Compienga et Bagrè) devrait, à terme, permettre de couvrir la quasi-totalité des besoins énergétiques du pays.

2.4.3.4 *Production industrielle*

Le secteur secondaire occupe moins de 10 % de la population active, et contribue pour 15 à 20 % au PIB⁸. En proie aux répercussions de la crise économique internationale, aux effets de la dévaluation du franc CFA, à la concurrence puissante des pays anglophones proches (Ghana, Nigeria), la production industrielle est tournée vers un marché intérieur faible. Elle traverse donc actuellement une période de profondes difficultés.

2.4.3.5 *Secteur commercial*

Dominé par quelques groupes français et par la communauté d'origine libanaise, il est difficile à appréhender. Il contribuerait pour environ 15 % au PIB selon la Banque Mondiale, après une période de stagnation pendant les années 80. Il est actuellement fortement déprimé par la dévaluation du franc CFA. Le *secteur informel*⁹ s'est beaucoup développé depuis une quinzaine d'année. Il est fondé sur le petit commerce de proximité, constituant une véritable économie parallèle de survie. Il intéresse une part importante de la population, par nature difficilement chiffrable, essentiellement burkinabè et urbaine. L'ensemble du secteur tertiaire représenterait près de 40 % du PIB, pour 13 % de la population active.

2.4.3.6 *Situation de l'emploi*

L'activité économique du Burkina Faso traverse une période de récession qui est en rapport avec la crise internationale. La croissance du nombre d'emplois est nettement plus lente que la croissance urbaine. Le chômage s'est donc considérablement accru dans les villes ces dernières années. La fonction publique, déjà forte de 30 000 agents environ, ne peut plus embaucher de nouveaux personnels, notamment les jeunes diplômés de l'enseignement supérieur qui trouvaient jusque là souvent refuge. Parmi ceux-ci, le chômage s'est ainsi dramatiquement développé depuis quelques années.

⁸ ANONYME. World Bank Atlas. Washington : Banque Mondiale, 1990.

⁹ Le secteur informel se caractérise par son absence de statut juridique, un personnel non déclaré, sans salaire minimum (les revenus moyens n'y sont cependant pas forcément plus faibles que dans le système légal). Souvent organisé en véritable entreprise familiale, il est en concurrence totale avec les marchés réglementés, mais produit de façon limitée et emploie une main d'oeuvre abondante, pour laquelle il joue aussi un rôle de formation. Il répond aux besoins essentiels de la population (nourriture, habillement, petit commerce de détail ou ambulancier) et offre des services à des prix très avantageux par rapport au marché officiel.

2.4.3.7 Forte dépendance vis à vis de l'extérieur

L'aide internationale (Aide Publique au Développement, APD) se situe entre 1,5 et 2 milliards de FF par an. L'aide privée, représentée principalement par les Organisations Non Gouvernementales (ONG), est supérieure à 200 millions de FF¹⁰. Les transferts provenant de la communauté émigrée en Côte d'Ivoire étaient estimés à la fin des années 1980 entre 0,5 et 1 milliards de FF⁸. Aussi, les répercussions d'une baisse de l'APD et celles de la crise ivoirienne, sont-elles considérables pour le Burkina Faso.

2.4.3.8 Contrainte de l'endettement extérieur

Chiffrée à 45 % du Produit Intérieur Brut (PIB) pour son encours, la dette extérieure s'élevait à 245 milliards de FCFA fin 1988. Le service de cette dette représente 20 % des recettes budgétaires de l'état et constitue une très lourde charge pour les finances publiques. La dette extérieure est en constante progression.

¹⁰ TARI M, BUTEL MC, COLIN DE LA VERDIERE M et coll. Ministère français de la Coopération et du Développement, juin 1989.

2.5 Données socioculturelles

2.5.1 Sociétés et Populations

Le Burkina Faso regroupe une grande variété de sociétés, forte de plus de trente ethnies différentes.

La société Mossi est la plus nombreuse d'entre elles (près de 50 % de la population totale du pays). Son histoire de puissant empire centralisé remonte à plus de 9 siècles. Elle est toujours présente dans la société contemporaine, à travers son organisation en chefferies traditionnelles, à la tête desquelles, l'empereur (Mogho Naba) garde une autorité morale incontestable. Les Mossi occupent le vaste plateau central du pays, ainsi que les régions de Ouahigouya au nord, et Tenkodogo au sud-est. Leur capitale historique est l'actuelle capitale administrative et politique du pays : Ouagadougou.

D'autres ethnies sont moins importantes en nombre :

- ◆ les Peul au nord (environ 10 % de la pop. totale),
- ◆ les Lobi et les Dagari au sud-ouest, région de Gaoua et Diébougou (7 et 5 %),
- ◆ les Bobo au sud-ouest, région de Bobo Dioulasso (7 %),
- ◆ les Sénoufo dans l'ouest (6 %),
- ◆ les Samogo dans la région de Tougan et Toma (2 %),
- ◆ les Gourounsi au sud et au centre dans les régions de Koudougou et Léo (5,5 %),
- ◆ les Gourmantché dans l'est (5 %).

Enfin, de plus petites sociétés regroupent quelques milliers à quelques dizaines de milliers d'individus : Goin, Karaboro, Turka, Biriffor, Bissa, Nounouma, Bwa, Marka, Tamachek, Dafing...

2.5.2 Langues

Dans cette société moderne pluriethnique que constitue le Burkina Faso, la langue officielle est le français, mais trois langues locales ont le statut de langues nationales.

- ◆ le *moré*, langue du peuple Mossi, est largement parlée dans le centre et l'est du pays.
- ◆ le *dioula*, importante langue véhiculaire de l'Afrique de l'Ouest, d'origine malinké, utilisée depuis des siècles par les commerçants, de la côte atlantique jusqu'au golfe de Guinée, est largement usitée dans l'ouest et le sud du pays.
- ◆ le *fulbé* ou *foufouldé* est la langue parlée dans le nord du pays par les peul, éleveurs traditionnellement nomades mais maintenant largement sédentarisés, qui vivent dans toute la zone sahéenne du Sénégal à l'Ethiopie, en passant par le nord-Cameroun.

2.5.3 Religions

Les religions dominantes sont les religions animistes, l'islam et le catholicisme, mais la proportion exacte de chacune d'entre elles est difficile à déterminer. Une grande partie de la population de religion monothéiste a également recours à des pratiques religieuses traditionnelles animistes. Des chiffres indicatifs¹¹ donnent la répartition suivante :

- ◆ Animistes : 50 à 60 %
- ◆ Musulmans : 30 à 40 %
- ◆ Catholiques : 10 %
- ◆ Protestants : 1 %.

¹¹ source : Ministère des Affaires Etrangères, Ouagadougou, 1989. La proportion de Catholiques est probablement sous-évaluée, de même que celle des protestants et autres « nouvelles églises », dont certaines sont de véritables sectes, et qui se sont multipliées de façon importante et à grand bruit ces dernières années.

2.5.4 Enseignement, scolarisation, alphabétisation ¹²

Le niveau de scolarisation est faible au Burkina Faso, évalué à 28 %, malgré de nets progrès depuis 1983. Le taux d'alphabétisation général de la population se situe à un peu plus de 16 %. L'enseignement public est laïc et officiellement obligatoire. Il est peu onéreux, mais pas gratuit.

Pour **l'enseignement primaire**, il existe actuellement un peu moins de 2000 écoles dans le pays, moins de 7000 maîtres, pour plus de 400 000 enfants scolarisés. Les classes dépassent couramment l'effectif de 100 élèves. Les moyens matériels à la disposition des enseignants et des élèves de l'enseignement primaire sont la plupart du temps réduits à l'extrême : un livre d'apprentissage de la lecture, un cahier et un stylo figurent un minimum qui n'est pas toujours atteint.

Avec plus de 60 000 élèves et 1700 professeurs, **l'enseignement secondaire**, majoritairement dispensé dans des établissements publics, n'amène qu'un millier de jeunes au baccalauréat chaque année. Les collèges ou lycées privés, dont les prestations sont plus onéreuses, sont essentiellement tenus par des congrégations religieuses (catholiques et protestants).

L'enseignement supérieur est dispensé à l'Université de Ouagadougou dans 11 écoles ou instituts, qui forment des étudiants dans presque toutes les disciplines jusqu'au niveau du 3ème cycle. Droit, Sciences économiques, Sciences humaines, Langues, Mathématiques, Physique, Chimie, Sciences de la nature, Médecine, Pharmacie, Développement rural, Technologie, Hydraulique, Sciences de l'éducation sont représentés à l'Université, où sont inscrits plus de 5000 étudiants.

L'alphabétisation est encore très faible au Burkina Faso, avec d'importantes disparités entre zones urbaines et zones rurales, ouest et nord du pays (le taux s'élève en ville ainsi que dans l'ouest). Les hommes sont plus souvent alphabétisés que les femmes, de même que la proportion de garçons est plus forte à l'école primaire. Des programmes d'alphabétisation en langues nationales sont développés par l'état avec le concours de la coopération internationale. Ils sont mieux adaptés aux adultes vivant en milieu rural, et notamment aux femmes.

¹² source : Ministère de l'Enseignement de Base et de l'Alphabétisation, Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche, Ouagadougou, 1992.

L'éducation et l'alphabétisation représentent des enjeux de développement fondamentaux pour le Burkina Faso, étroitement dépendants des contraintes économiques du pays. Leur interdépendance avec le développement sanitaire et la maîtrise de la démographie est cependant évidente¹³.

2.5.5 Villes

Les villes du Burkina Faso se sont considérablement développées depuis 20 ans, mais le pays reste encore essentiellement rural, avec un taux d'urbanisation parmi les plus faibles du monde (14 % en 1985).

- ◆ **OUAGADOUGOU**, capitale administrative et politique du pays, compte aujourd'hui près de 750 000 habitants (450 000 en 1985, 100 000 en 1960). L'ensemble des représentations diplomatiques étrangères, des organisations internationales, et toutes les institutions politiques et administratives nationales y sont installés. Centre d'affaires pour le commerce et l'industrie, Ouagadougou est aussi le centre de la vie politique, de la presse, de la radiodiffusion et de la télévision.
- ◆ **BOBO DIOULASSO** compte environ 400 000 habitants (290 000 en 1985). Ancienne capitale sous-régionale au temps des colonies, elle reste un centre économique et commercial essentiel du pays. Des implantations industrielles importantes y sont concentrées, et sa situation géographique est privilégiée : au carrefour routier et ferroviaire entre Mali, Côte d'Ivoire, et Ghana. C'est également le centre touristique du pays.

Ces deux grandes villes ont de vastes superficies (Ouagadougou a plus de 55 km de diamètre) et un accroissement géographique centrifuge continu par des quartiers pauvres. Elles sont confrontées à de très délicats problèmes d'urbanisme, tels que l'accès à l'eau et l'électricité. D'importants aménagements urbains ont cependant été conduits depuis dix ans, transformant des quartiers entiers de Ouagadougou (construction de logements sociaux) et son centre ville (élévation d'immeubles à étages, construction du Grand Marché central). Les

¹³ La transition démographique et l'amélioration des conditions sanitaires se sont opérées dans les pays occidentaux en même temps que l'élévation du niveau économique et du niveau de l'instruction.

transformations ont été plus modestes à Bobo Dioulasso, dont le plan de réaménagement urbain, prévu depuis une dizaine d'années, tarde à se réaliser.

Les autres villes du pays ne dépassent pas 150 000 habitants :

- ◆ **KOUDOUGOU**, capitale de l'industrie textile du pays, compte environ 120 000 habitants.
- ◆ **TENKODOGO**, chef-lieu du Boulgou, a 100 000 habitants.
- ◆ **OUAHIGOUYA**, chef-lieu du Yatenga, et principale ville du nord du pays, compte 80 000 habitants.
- ◆ **BANFORA**, ville de 60 000 habitants, abrite le grand complexe sucrier de la SO.SU.CO. (plus de 11 000 hectares de cannes à sucre en exploitation), une distillerie industrielle (SOPAL), et les minoteries industrielles du pays (Grands Moulins du Burkina). C'est aussi une ville-étape sur le chemin de la Côte d'Ivoire (transport routier et ferroviaire), et le chef-lieu d'une province touristique.

Avec moins de 40 000 habitants, les autres villes du Burkina Faso sont les capitales de provinces, petits centres administratifs et marchés pour les agriculteurs de la région. Certaines de ces petites villes ne sont pas encore alimentées en eau et électricité.

2.6 Infrastructures

2.6.1 Services

Quelques grandes sociétés publiques assurent les principales activités du secteur des services :

- ◆ la SONABEL distribue l'électricité,
- ◆ l'ONEA assure l'approvisionnement en eau,
- ◆ l'ONP et l'ONATEL assurent respectivement les services de télécommunication et postaux,
- ◆ la SCFB contrôle le transport ferroviaire,

Deux sociétés privées contrôlent les approvisionnements en carburants pétroliers et gaz (la SONABHY et la SOBUGAZ).

La distribution d'eau est assurée dans toutes les villes, mais se heurte à des contraintes techniques délicates : réserves faibles et épuisables, demande toujours croissante dans les grandes villes, capacité de traitement des eaux limitée... L'eau courante n'est donc pas à la disposition de toutes les populations urbaines. Dans les quartiers périphériques de Ouagadougou, le problème est particulièrement aigu. Les populations rurales ne disposent évidemment pas non plus d'eau courante. Leur approvisionnement en eau est encore souvent très difficile, surtout dans les régions du centre, du nord et de l'est du pays où les réserves en eau (puits, forages, barrages) sont plus limitées.

2.6.2 Transports

Avec plus de 13 000 km de routes, dont à peine 2 000 km sont bitumés, le Burkina Faso a beaucoup développé depuis 1983 son réseau routier, qui est maintenant relativement dense, comparé à celui des pays de la région. Les axes principaux sont les liaisons est-ouest Ouagadougou ↔ Bobo Dioulasso, et nord-ouest ↔ sud-ouest (Mali - Côte d'Ivoire), très

fréquentés par les transports de marchandises et de voyageurs. La saison des pluies rend encore inaccessibles beaucoup de localités rurales qui ne sont pas desservies par une route bitumée ou stabilisée, ce qui pose un problème d'enclavement pour des régions à fort potentiel agricole. Enfin, à l'instar de la plupart des PVD, les crédits alloués à l'entretien du réseau routier sont en constante diminution.

Le transport ferroviaire est maintenant largement supplanté par le transport routier, alors qu'il fut longtemps prédominant tant pour les marchandises que pour les passagers. La voie ferrée reliant Abidjan à Ouagadougou (1155 km de longueur, débutée en 1903, arrivée à Ouagadougou en 1954) est en perte d'activité continue, bien que la portion Ouagadougou-Bobo Dioulasso soit en net redémarrage. La récente ouverture de la liaison Ouagadougou-Kaya devrait permettre de désenclaver le gisement de manganèse de Tambao.

Ouagadougou est équipée d'un aéroport international, desservi par 7 compagnies, dont la compagnie nationale Air Burkina, qui assure les liaisons sous-régionales avec les capitales des pays limitrophes ainsi que la liaison Ouagadougou-Bobo Dioulasso.

2.6.3 Tourisme

De grandes et giboyeuses réserves ont été aménagées au Burkina Faso, dans le sud du pays (Nazenga, Arly). Elles attirent un tourisme de chasse de plus en plus nombreux. Quelques sites tels que la région de Gorom-Gorom en pays sahélien, la ville de Bobo Dioulasso, et la région de Banfora au sud-ouest sont réputés pour leur intérêt touristique. Cependant, le tourisme n'est pas très développé au Burkina Faso, malgré des ressources potentielles incontestables.

2.6.4 Radiotélévision et Presse :

La *Télévision Nationale du Burkina* (TNB, télévision d'état) est la plus ancienne télévision du continent africain, créée en août 1963. D'une qualité technique certaine, son audience ne cesse de grandir auprès des populations urbaines. Une chaîne télévisée privée est actuellement en développement dans les deux grandes villes du pays (Multi-Média).

La *Radio* reste l'outil d'information principal dès que l'on quitte le monde urbain, diffusant les informations nationales et internationales, mais aussi les informations locales (avis

de décès, communiqués de l'administration...). Une station nationale de la Radio Nationale du Burkina émet depuis la capitale, et des stations régionales existent dans de nombreuses villes secondaires. Des programmes sont réalisés en langues nationales, à l'attention des différentes communautés linguistiques. Des radios rurales à vocation locale existent également. Depuis 1991, des radios libres commerciales se sont installées à Ouagadougou et Bobo Dioulasso.

La *presse écrite* a vécu une véritable explosion à la suite de la libéralisation politique du régime. De nombreux titres sont ainsi nés, tribunes d'expression des différents partis d'opposition et des mouvements syndicaux. Leurs propos sont en général très libres. Le quotidien *Sidwaya* (la vérité) est l'organe de presse du pouvoir (sa société d'édition appartient à l'état). Ce quotidien était le seul autorisé pendant la période du Conseil National de la Révolution (CNR, voir plus loin). Il reste un des premiers quotidiens du pays, largement lu parmi les fonctionnaires. *L'Observateur Paalga*, premier quotidien d'opposition, de tendance politique modérée recrute lui aussi très largement ses lecteurs dans les milieux intellectuels et de la fonction publique. *Le Pays* et *Le Journal* sont des quotidiens d'information générale proches de l'opposition. Les tirages de ces quotidiens sont tous inférieurs à 10 000 exemplaires par jour. La presse à scandales ou satyrique est d'apparition plus récente, mais rencontre un succès d'audience incontestable (*Le Journal du Jeudi*, *L'ouragan* ou *L'intrus*). Une revue hebdomadaire d'information générale et de débats existe depuis 1992 (*Regards*).

2.7 Données historiques

2.7.1 Le Burkina Faso avant l'indépendance

Installés dès le 12^{ème} siècle dans le centre du pays, les Mossi y instituent un empire puissant qui ne sera pas inquiété par les différentes guerres de conquêtes qui agitent la région. A l'arrivée des colonisateurs français (deuxième moitié du 19^{ème} siècle), des querelles intestines et dynastiques facilitent la conquête de la région par l'armée française, qui soumettra les différentes chefferies Mossi entre 1895 et 1897. L'ensemble du territoire est d'abord rattaché à la colonie du Haut-Sénégal-Niger en 1904, puis devient colonie de Haute-Volta en 1919. Partagée en 1932 entre Côte d'Ivoire, Niger et Soudan¹⁴, elle sera reconstituée en 1947.

La Loi Cadre Defferre de 1956 donne à la Haute-Volta son autonomie, et un pouvoir exécutif s'installe dirigé par Ouezzin Coulibaly, puis par Maurice Yaméogo. La **République de Haute-Volta** est créée en 1958, l'indépendance est proclamée le 5 août 1960.

2.7.2 Le Burkina Faso après l'indépendance

La I^{ère} république présidée par **Maurice Yaméogo**, régime conservateur soutenu par l'ancienne puissance colonisatrice, est renversée en janvier 1966 par le Général **Sangoulé Lamizana** qui porte l'armée au pouvoir. Il dirige le pays pendant près de 15 ans, en tentant de réinstaurer une vie politique démocratique ouverte aux civils (II^{ème} république, 1978). Il est évincé en novembre 1980 par le Colonel **Saye Zerbo**, à la tête d'un Comité Militaire de Redressement pour le Progrès National (CMRPN), dont le régime durera à peine 2 ans.

C'est en novembre 1982 que commence l'aventure révolutionnaire avec le renversement du CMRPN par le Conseil du Salut Public (CSP), présidé par le Commandant **Jean-Baptiste Ouedraogo**, et soutenu par un groupe de jeunes officiers parmi lesquels les Capitaines Sankara, Compaoré, Lingani et Zongo. Le 4 août 1983, à la suite de profondes divergences apparues entre ces derniers et le président du CSP, le jeune Capitaine **Thomas**

¹⁴ ancienne appellation de l'actuel Mali.

Sankara, ancien premier ministre, prend le pouvoir avec l'aide du Capitaine Blaise Compaoré, chef influent des commandos-parachutistes de Pô.

2.7.3 L'expérience révolutionnaire

Chef de L'état, et Président du Conseil National de la Révolution (CNR), Thomas Sankara est secondé par Blaise Compaoré. Tous deux sont doués d'un charisme personnel incontestable et vont impulser au pays une démarche révolutionnaire visant à le transformer en profondeur. Très symboliquement, la Haute-Volta deviendra ainsi le **Burkina Faso**¹⁵ un an plus tard, changeant tout à la fois de drapeau, d'hymne national, et de devise.

Ils reposent leur action sur une politique d'inspiration socialiste, aux accents parfois populistes et nationalistes, mais aussi sur un refus des modèles imposés de l'extérieur (notamment soviétique et libyen). Le Capitaine Sankara recherche surtout l'appui d'un monde rural, depuis toujours laissé pour compte. Il suscite un élan national autour des mots d'ordre de la révolution. Il affronte la bourgeoisie et les pouvoirs traditionnels de son pays et critique les puissances occidentales, dénonçant leurs pratiques économiques et politiques néocolonialistes.

La politique économique du régime est cependant relativement pragmatique, mêlant mesures révolutionnaires (nationalisation du sol et du sous-sol, distribution des terres aux paysans, contributions forcées des entreprises aux grands programmes de l'état, contrôle de l'état sur les importations et les prix) et mesures libérales (par exemple le code des investissements pour les entreprises de 1984). Une moralisation de la vie politique marque cette période (gestion correcte des fonds publics, rigueur salariale dans la fonction publique, lutte contre la corruption). Des progrès sont réalisés en matière de scolarisation et d'alphabétisation, de couverture sanitaire, de soutien aux productions locales (industrielles, artisanales et artistiques) ou encore d'émancipation féminine. Le pays enregistre une progression de la croissance économique, due en bonne partie à la politique de soutien de l'état au monde rural (croissance annuelle de 7,3 % de la production agricole entre 1983 et 1987¹⁶). En revanche, les grands projets révolutionnaires (aménagement urbain des deux principales villes du pays, voie ferrée de Kaya, vallée du Sourou, lutte contre la désertification...) ont des résultats plus discutables.

¹⁵ association du mot moré Burkina et du mot dioula Faso, signifiant textuellement « pays des hommes intègres ».

¹⁶ TARI M, BUTEL MC, COLIN DE LA VERDIERE M et coll. *déjà cité*.

Cependant, l'élan populaire fait place en 1986 à une lassitude générale par rapport à une révolution qui demande beaucoup d'efforts. Le Capitaine Thomas Sankara se retrouve à partir de 1986-87 en butte à une contestation interne de plus en plus forte, venant à la fois de l'aile gauche de la révolution, de son opposition libérale, mais aussi de l'armée.

2.7.4 L'après révolution et la III^{ème} république

Le 15 octobre 1987, Sankara est tué lors d'un coup d'état qui porte au pouvoir le Capitaine Blaise Compaoré, à la tête du Front Populaire, avec un programme politique de rectification de la révolution¹⁷. Le nouvel homme fort s'emploie alors à se concilier certaines forces du pays qui s'étaient détournées de la révolution : les fonctionnaires, les syndicats, les entrepreneurs, les commerçants. Il rassure les classes moyennes en abandonnant un certain nombre de pratiques et de slogans révolutionnaires, se rapproche des opérateurs économiques et des pouvoirs traditionnels, puis normalise les relations diplomatiques avec la France et les pays voisins (Côte d'Ivoire, Togo, Mali...).

Un vent de démocratisation souffle sur le continent africain. Le Capitaine Compaoré prépare à partir de 1989 une transition vers un régime pluraliste. Le Burkina Faso fait l'économie d'une conférence nationale¹⁸, et adopte une constitution en juin 1991 par référendum. La presse d'opposition reparaît, le multipartisme est réinstauré. La constitution permet d'organiser des élections présidentielles en décembre 1991, qui sont remportées par Blaise Compaoré, dans des conditions contestées¹⁹ par une opposition largement divisée (plus de 20 partis politiques se sont créés en quelques mois). Quelques mois plus tard, les élections législatives sont remportées largement par le parti du nouveau Président de la III^{ème} République du Burkina Faso.

Considéré aujourd'hui comme le dirigeant d'un des régimes politiques les plus stables de la région, le Président Compaoré a acquis une reconnaissance internationale, notamment par son rôle diplomatique en Afrique de l'Ouest (conflit togolais, conflit touareg du Niger).

¹⁷ DE LA GUERIVIERE J. *Le Monde*, 17/10/87 ; FRALON JA. *Le Monde*, 18-19/10/87, 27/10/87, 14/09/88.

¹⁸ Les conférences nationales se multiplient sur le continent africain à cette époque.

¹⁹ L'opposition avait retiré ses candidats, considérant que les conditions d'organisation de la campagne étaient trop favorables au parti du Capitaine Compaoré. Avec une participation de 25 %, le candidat unique avait donc été élu (85 % des voix).

2.8 Données administratives

2.8.1 Organisation administrative

L'organisation administrative distingue :

- ◆ la province (au nombre de 30)²⁰
- ◆ le département (environ 300)²¹
- ◆ la commune (une centaine)
- ◆ le village (plus de 7 000)

Chaque province est dirigée par un haut-commissaire²² nommé par le chef de l'état. Il est assisté d'un Secrétaire Général, administrateur civil. Le département est administré par un Préfet, directement placé sous l'autorité du haut-commissaire. Les communes sont les chefs lieux de provinces, et de départements. Elles sont administrées par des maires, jusqu'à présent nommés, et sont divisées en secteurs (de 5 à 50). Constitué d'au moins 100 habitants, ou 20 familles, le village est administré par un délégué de village nommé par le Ministre de l'Administration Territoriale.

²⁰ équivalent d'un département français.

²¹ équivalent d'un canton français.

²² équivalent du préfet français.

2.9 La santé au Burkina Faso



2.9.1 Généralités

La politique sanitaire du Burkina Faso est conforme aux orientations de la politique *Santé pour tous en l'an 2000* de l'OMS. Le Burkina Faso a pour cela adopté la stratégie des *soins de santé primaires*, développée par l'Organisation Mondiale de la Santé à la suite de la conférence d'Alma-Ata en 1978. Elle vise à rendre les soins de santé essentiels accessibles à l'ensemble de la population, en recherchant sa pleine participation. Cette stratégie du développement sanitaire et social a été conçue pour être adaptée à la réalité des pays pauvres, en particulier dans leurs zones rurales. Les mesures de prévention et d'assainissement du milieu sont privilégiées, en mobilisant les populations elles-mêmes. Les ressources budgétaires nécessaires, permettant d'assurer la gratuité des soins de santé essentiels, doivent être mobilisées par l'état avec l'aide de soutiens extérieurs.

Selon leur définition, les *soins de santé primaires* comprennent au minimum : une éducation concernant les problèmes de santé qui se posent, ainsi que les méthodes de prévention et de lutte qui leur sont applicables, la promotion de bonnes conditions alimentaires et nutritionnelles, un approvisionnement suffisant en eau saine et des mesures d'assainissement de base, la protection maternelle et infantile y compris la planification familiale, la vaccination contre les grandes maladies infectieuses, la prévention et le contrôle des endémies locales, le traitement des maladies, des lésions courantes et la fourniture de médicaments essentiels²³.

Dans le cadre des *soins de santé primaires*, le Burkina Faso a recentré sa politique de santé en 1983 (lors de la période révolutionnaire) autour de trois grands principes : « insister sur la prévention de l'ensemble des maladies, décentraliser les services de santé, consolider ces services en privilégiant la formation des personnels de santé ».

En 1987, la stratégie des *soins de santé primaires* est essoufflée. Les résultats sur le terrain sont loin d'atteindre les objectifs fixés. Pour la redynamiser, l'OMS et l'UNICEF

²³ ANONYME. Conférence internationale sur les soins de santé primaires. Alma-Ata, septembre 1978. OMS-FISE, Genève, 1978.

définissent de nouvelles orientations dans *l'Initiative de Bamako*²⁴, qui sont adoptées par l'assemblée des Chefs d'Etat et de Gouvernement des pays membres de l'Organisation de l'Unité Africaine en 1988. Les principes de *l'Initiative de Bamako* réaffirment la nécessité d'un engagement des PVD sur la voie des *soins de santé primaires*. La priorité doit être mise sur l'importation et à la production de médicaments essentiels, la participation financière des communautés aux services de santé (principalement sous la forme de paiement des consultations et traitements), la décentralisation de la gestion et de la planification des *soins de santé primaires*.

Le Burkina Faso a mis en application à partir de 1990 les principes de *l'Initiative de Bamako*, en instituant un système de recouvrement des coûts de la santé dans les formations sanitaires (cf. plus loin).

2.9.2 Les grands problèmes de santé

2.9.2.1 Quelques indicateurs^{6,25}

L'espérance de vie à la naissance est estimée à 45 ans pour les hommes, et 48 ans pour les femmes.

Le *taux de mortalité infantile* (moins de 1 an) est chiffré à 145 pour mille. Le taux de mortalité infanto-juvénile (moins de 5 ans) est de 254 pour mille. Ils sont parmi les plus élevés du monde. Environ 100 000 enfants de moins de 5 ans sont morts en 1990. La proportion d'enfants pesant moins de 2500 g à la naissance était de 11 % en 1990. Le *taux de malnutrition infantile* est variable selon les études disponibles, et les indicateurs de malnutrition utilisés, et se situe vraisemblablement entre 15 et 20 % parmi les enfants âgés de 6 à 59 mois^{26,27}.

Le *taux de mortalité maternelle* (décès en cours de grossesse, d'accouchement ou en post-partum, en rapport avec la maternité) est extrêmement élevé, estimé à environ 750 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes (à peu près 100 fois plus élevé qu'en France). Cela

²⁴ ANONYME. *L'Initiative de Bamako*. OMS/UNICEF, 1989.

²⁵ BAKOUAN D, GUIARD-SCHMID JB. Documentation OCCGE, 1991.

²⁶ GAZIN P. *Méd. Tropicale* 1987; 47.

²⁷ DUBOIS MC. Direction de la Santé Urbaine de Bobo Dioulasso 1991.

représente entre 4000 et 5000 décès de femmes par an. Le taux de consultations prénatales (proportion de femmes enceintes venant aux trois consultations prénatales recommandées pendant leur grossesse) est faible, estimé à 32 % dans l'ensemble du pays. Le *taux d'accouchements assistés* par du personnel soignant qualifié était de 21 % pour la période 1983-90. Les évacuations sanitaires vers les centres de référence sont particulièrement problématiques lors de difficultés obstétricales (retard à la décision, retard à la réalisation), et concourent également à la forte mortalité maternelle et néonatale^{28 29}.

2.9.2.2 Principales pathologies

Les principales maladies tropicales infectieuses et parasitaires dominent la pathologie au Burkina Faso. Les statistiques sanitaires rapportent une nette prédominance du paludisme et des maladies diarrhéiques³⁰. Viennent ensuite les infections respiratoires infantiles, les parasitoses intestinales, la rougeole (qui tue encore des milliers d'enfants par an), les maladies sexuellement transmissibles. La tuberculose est en nette progression, renforcée par l'extension de l'épidémie de sida.

Les grandes endémies restent une menace permanente : méningite, fièvre jaune et choléra resurgissent régulièrement par flambée épidémiques. La lèpre et la trypanosomiase restent faiblement présentes, tandis que l'onchocercose semble avoir quasiment disparu depuis plusieurs années, grâce aux efforts du *Programme Onchocercose* de l'OMS, qui est actuellement en phase de dévolution. Le ver de Guinée (dracunculose) est endémique dans certaines localités rurales du pays.

La pathologie nutritionnelle infantile (marasmes, kwashiorkor) et la pathologie gynéco-obstétricale sont également sur le devant de la scène.

Globalement, une grande part des problèmes sanitaires du pays sont dépendants de l'accès à l'eau potable, de l'assainissement du milieu et des conditions d'alimentation et de nutrition.

²⁸ OUEDRAOGO IB. Faculté des Sciences de la Santé, Université de Ouagadougou, 1989.

²⁹ LOMPO K, HUTIN YJF, TRAORE G et coll. *Ann. Soc. belge Méd. trop.* 1993; 73.

³⁰ ANONYME. Rapport annuel 1989. Statistiques socio-sanitaires. Ministère de la Santé et de l'Action Sociale, 1991.

2.9.3 Système de santé

2.9.3.1 Organisation politico-administrative

Le système de santé est administré par le Ministère de la Santé, de l'Action Sociale et de la Famille (MSASF), chargé d'appliquer la politique de santé définie par les autorités politiques. A sa tête, le Ministre de la Santé est secondé par le Ministre-délégué à l'Action Sociale. Sous leur autorité directe se trouve le Secrétariat Général de la Santé et de l'Action Sociale, qui administre une dizaine de Directions techniques centrales, les deux hôpitaux nationaux et les trente Directions Provinciales de la Santé et de l'Action Sociale (DPSAS), administrations décentralisées de la santé dans chaque province.

A l'échelon de la province, la DPSAS est en général dirigée par un médecin, dont l'équipe technique, d'importance variable selon les provinces, comprend en principe :

- ◆ un pharmacien provincial,
- ◆ un administrateur,
- ◆ un responsable technique de l'assainissement,
- ◆ un responsable des statistiques sanitaires,
- ◆ une équipe des grandes endémies.

2.9.3.2 Services de santé³¹

Au sein de ce système de santé, les structures prestataires de soins s'organisent en trois niveaux de référence. Elles forment la *pyramide sanitaire*, dont la base représente le niveau le plus périphérique et le sommet, le niveau central.

Le niveau primaire concerne les villages, où ont été installés en nombre des *Postes de Santé Primaires* (PSP), depuis 15 ans. Ils sont animés par des agents de santé communautaires et/ou des accoucheuses traditionnelles recyclées³². Le système national de santé n'y intervient pas directement sinon par l'intermédiaire des programmes mobiles (tels que le *Programme Elargi de Vaccination* - PEV -), et de la supervision réalisée par les agents des services de

³¹ Source : Ministère de la Santé, de l'Action Sociale et de la Famille du Burkina Faso, 1992.

³² Il s'agit de volontaires issus du village ou du secteur, formés à la prise en charge des problèmes de santé les plus simples (dans le cadre de la stratégie des *soins de santé primaires*).

santé du département. En principe, ces PSP sont construits et entretenus par les populations, et la rémunération des animateurs est prise en charge par le village. Le PSP est la structure de base des *soins de santé primaires*. En réalité, la plus grande partie de ces PSP ne sont plus ou n'ont jamais été fonctionnels.

Au niveau secondaire, à la limite périphérique de la couverture par les services de santé nationaux, se trouvent les *Centres de Santé et de Promotion Sociale (CSPS)*. Ils sont dirigés par un infirmier d'état, secondé par une sage-femme, un infirmier breveté, un agent de santé itinérant et un manoeuvre. Ils correspondent du point de vue administratif au département. Les éléments les plus importants du niveau secondaire sont les *Centres Médicaux (CM)*. Ils correspondent au plan administratif à la province (*district*, selon la terminologie de l'OMS). Ils sont dirigés le plus souvent par un médecin, aidé de plusieurs infirmiers d'état ou brevetés, d'une ou plusieurs sages-femmes, et d'auxiliaires de santé. Le CM comprend une petite unité d'hospitalisation de quelques lits, une maternité, mais ses moyens techniques sont en général extrêmement limités. Le médecin-chef de CM est responsable de la planification, de la gestion et de l'évaluation de l'ensemble des activités de santé : médecine curative, activités de prévention, administration, supervision des personnels (des CSPS environnants). Au sein de la pyramide sanitaire, il s'agit du niveau essentiel d'intégration de toutes les activités de santé (différents programmes de lutte contre les endémies, notamment contre le sida).

Le niveau tertiaire recouvre à la fois les niveaux régional et national, avec les *Centres Hospitaliers Régionaux (CHR)* et les *Centres Hospitaliers Nationaux (CHN)*, qui sont structurés de façon proche du système hospitalier français. C'est le niveau de référence pour les formations sanitaires secondaires, où se trouvent des spécialistes et un plateau technique en principe plus sophistiqué.

Les nombres respectifs de ces différentes formations sanitaires et la population moyenne desservie figurent dans le tableau 2-3.

Les services de santé du Burkina Faso sont en proie à de nombreux problèmes, que l'on rencontre également dans les différents pays de la sous-région (leur pyramide sanitaire est à peu près identique). En termes généraux, ces services sont coûteux pour les finances publiques et pour les usagers, mais restent peu accessibles (aires d'attraction étroites, notamment pour des raisons de transport). Ils dispensent des soins de qualité souvent médiocre par manque de matériel, de médicaments, mais aussi par manque de qualification, de conscience professionnelle et de supervision des personnels soignants. Ils privilégient souvent

les soins curatifs au détriment des activités de prévention. Le décalage entre les équipements spécialisés sophistiqués des hôpitaux centraux et l'indigence des formations périphériques est grand. Le système de référence médicale (PSP⇒CSPS⇒CM⇒CHR⇒CHN) ne fonctionne pas selon les règles établies, si bien que les formations sanitaires des niveaux supérieurs reçoivent souvent toutes les demandes. Ces raisons (entre autres) permettent de comprendre pourquoi le recours aux services de santé (qui ne correspondent pas aux attentes de la population) s'effectue souvent en dernière extrémité.

Tableau 2-3*

Structures de soins	Nombre	Population desservie
CHN	2 (Ouagadougou et Bobo Dioulasso)	Ensemble du pays
CHR	9	450 à 500 000 habitants
CM	70 (dont 54 avec médecin)	150 à 200 000 habitants
CSPS	577	15 à 20 000 habitants
PSP	6 185	villages

* source : Ministère de la Santé, de l'action Sociale et de la Famille du Burkina Faso, 1992

Par ailleurs, il existe d'autres structures sanitaires au Burkina Faso, principalement localisées dans les grandes villes :

- ◆ les cliniques, maternités et dispensaires religieux,
- ◆ les centres de santé des forces armées,
- ◆ les cliniques privées.

Les cliniques et dispensaires confessionnels ou privés sont encore peu nombreux, mais tendent à se multiplier depuis 5 ans, de même que les pharmacies privées (plus d'une quarantaine dans l'ensemble du pays actuellement). La création de cabinets médicaux privés par des médecins ou des infirmiers d'état s'est également beaucoup accrue depuis quelques années. L'exercice libéral de la médecine est en effet maintenant autorisé.

2.9.3.3 *Personnel de santé*

Le personnel de santé est encore peu nombreux au Burkina Faso, puisqu'on compte :

- ◆ 1 médecin pour 28 000 habitants
- ◆ 1 pharmacien pour 106 000 habitants
- ◆ 1 infirmier diplômé d'état pour 12 000 habitants
- ◆ 1 infirmier breveté pour 120 000 habitants
- ◆ 1 sage-femme pour 30 000 habitants
- ◆ 1 accoucheuse auxiliaire pour 30 000 habitants
- ◆ 1 attaché de santé pour 40 000 habitants
- ◆ 1 technicien de laboratoire pour 600 000 habitants
- ◆ 1 aide laborantin pour 545 000 habitants

Une quinzaine de médecins sont formés chaque année au Burkina Faso, depuis la création il y a 10 ans de la Faculté des Sciences de la Santé à l'Université de Ouagadougou. Cette faculté forme également des pharmaciens. Les spécialistes vont se former à l'étranger (Abidjan, Dakar, ou en Europe selon les filières).

Les infirmiers et sages-femmes sont formés à l'école Nationale de Santé Publique (une trentaine de chaque par an).

2.9.3.4 *Planification des actions de santé*

La planification des actions de santé prévoit :

- ◆ l'organisation et la mise en oeuvre des services de santé selon les trois niveaux de la pyramide sanitaire,
- ◆ des programmes de santé verticaux, concernant des problèmes de santé spécifiques.

L'organisation des actions de santé au niveau périphérique (primaire) répond aux principes des *soins de santé primaires*. Les niveaux secondaire et tertiaire ont été détaillés plus haut.

Les programmes de santé développés au plan national sont de nature verticale et concernent des problèmes de santé jugés prioritaires. Ils doivent en principe s'intégrer à l'administration et aux services de santé à l'échelon provincial, puis local. Certains font partie de la stratégie des *soins de santé primaires*, d'autres sont proches des campagnes de lutte contre les grandes endémies, telles que la médecine coloniale française en avait créées avant les indépendances.

Plusieurs programmes de ce type existent au Burkina Faso, en général soutenus par l'aide extérieure :

- ◆ Le *Programme Elargi de Vaccinations (PEV)* a pour objectif de rendre disponibles pour tous les enfants les vaccins contre la rougeole, le tétanos, la coqueluche, la poliomyélite, la diphtérie, la fièvre jaune, la méningite cérébro-spinale (méningocoques A et C) et la tuberculose. Le PEV est soutenu par l'UNICEF.
- ◆ Le *Programme de Planification Familiale (PF)* vise à mettre à disposition de l'ensemble des femmes l'information et les moyens de maîtriser leur fécondité (espacement des naissances). La PF est soutenue par la Banque Mondiale.
- ◆ Le *Programme de lutte contre les maladies diarrhéiques* vise à éduquer les mères sur la prévention et le traitement des maladies diarrhéiques, à mettre à leur disposition des sels de réhydratation orale (UNICEF).
- ◆ Le *Programme de Santé Maternelle et Infantile* regroupe en réalité les trois précédents, auxquels s'ajoutent les activités de dépistage et de prévention des grossesses à risques, l'assistance médicalisée de l'accouchement...
- ◆ Le *Programme de Lutte contre le Paludisme* (soutenu par la coopération italienne),
- ◆ le *Programme de lutte contre la Cécité*,
- ◆ le *Programme de lutte contre la Lèpre* (fondation Raoul Follereau),
- ◆ le *Programme de lutte contre la Tuberculose* (coopération française),
- ◆ et depuis 1986-87, le *Programme de lutte contre le Sida et les Maladies Sexuellement Transmissibles*.

2.9.4 Financement des services de santé

Le financement des services de santé assuré par le budget de l'état reste limité, gravement compromis par les difficultés économiques considérables que supporte le Burkina Faso.

Son évolution est à la baisse depuis 1989, en pourcentage du budget national, comme on peut le constater sur le tableau 2-4.

Tableau 2-4³³

	1985	1986	1988	1989	1990	1992**	1993
(A) Budget national*	-	-	962,87	1072,14	1052,77	1765,35	2167,33
(B) Budget MSASF*	-	-	70,9	98,02	77,38	99,78	134,72
(B)/(A)	6,34 %	7,05 %	7,36 %	9,14 %	7,35 %	5,65 %	6,21 %

* en millions de FF

** En 1991, les prêts et subventions ont été intégrés au budget de l'état. Les chiffres ne sont pas présentés ici.

Si l'on tient compte de la croissance démographique et de la récente dévaluation du franc CFA, le financement public des services de santé rapporté par habitant se réduit chaque année. Il était évalué en 1990 à 3 dollars US par habitant³⁴. Il se situe probablement à 2 dollars US par habitant en 1994.

Cependant, la part de l'état dans les dépenses globales de santé mérite d'être examinée. Durant les 20 dernières années, l'aide extérieure a permis au Burkina Faso d'investir dans la construction et l'aménagement de formations sanitaires³⁵. Dans le même temps, de nombreux emplois ont été créés dans le secteur de la santé. Les charges de fonctionnement des services de santé se sont donc alourdies, tandis que les charges salariales engloutissent une part de plus en plus importante du budget de la santé. Il en résulte un manque de crédits de fonctionnement qui a pour conséquences³⁶ :

³³ ANONYME. Plan à Moyen Terme de lutte contre le sida (1990-92).

³⁴ ANONYME. Plan à Moyen Terme 1 de lutte contre le sida (1990-92).

³⁵ DESTEXHE A. *Politique Africaine* 1987; 28.

³⁶ BALIQUE H. In : Rougemont A, Brunet-Jailly J et coll. *Planifier, gérer, évaluer la santé en pays tropicaux*. Paris, 1989.

- ◆ le délabrement des locaux et de l'équipement,
- ◆ la pénurie de médicaments et de matériels consommables, qui contraint le personnel médical à tout prescrire sur ordonnance, de l'aiguille pour injection jusqu'au thermomètre,
- ◆ la diminution des tournées de supervision,
- ◆ et parfois la démobilisation des personnels confrontés journallement à l'ensemble de ces problèmes.

Dans le financement global des dépenses de santé, l'état contribuait pour moins de la moitié, au début des années 1980 dans les pays de la sous-région³³. Ce sont les ménages qui viennent ensuite (plus de 30 %). Les dépenses de santé représentent ainsi un poste très important de l'économie familiale au Burkina Faso, avoisinant le budget de l'alimentation.

Les contributions extérieures (APD, ONG...) représenteraient moins de 10 % du financement global de la santé. L'aide internationale qui intervient au Burkina Faso dans ce domaine est composée des agences de coopération internationale (agences de l'ONU, FED...), des coopérations bilatérales (Europe et Amérique du Nord), et des Organisations Non Gouvernementales (qui sont particulièrement nombreuses). Les principaux partenaires du Burkina Faso pour la santé sont l'USAID (agence de coopération américaine), les coopérations française, italienne, allemande et canadienne. L'OMS, le PNUD, le FNUAP et l'UNICEF sont également engagés à des niveaux variables dans la coopération sanitaire. La Banque Mondiale est un bailleur de fond important, mais sous forme de crédits.

2.9.5 La santé : un lourd poids pour les populations

2.9.5.1 Politique de recouvrement des coûts

Conformément aux directives de l'OMS (*Initiative de Bamako*), et sous la pression des bailleurs de fond internationaux (France, Banque Mondiale), une politique de recouvrement des coûts financiers de la santé a été instituée dans le pays, visant à augmenter la participation des populations. La gestion des établissements sanitaires a été modifiée à cet effet, et les services offerts par les hôpitaux sont devenus systématiquement payants (la présentation d'un

certificat d'indigence rendait ces services gratuits auparavant). Les soins sont ainsi devenus payants pour la majorité de la population, qui ne les payaient pas auparavant³⁷.

La quasi-totalité des frais occasionnés par l'utilisation des services de santé repose donc sur le patient ou sa famille.

2.9.5.2 Assurance maladie

Il n'existe pas de système d'assurance maladie au Burkina Faso. Certaines assurances privées en proposent, mais à des tarifs au delà des possibilités de la plus grande majorité des Burkinabè. Une *Caisse Nationale de Sécurité Sociale* existe cependant pour les salariés de la fonction publique et du secteur privé officiel. Les salariés du secteur informel et les agriculteurs ne sont bien sûr pas affiliés à la CNSS. Cette « sécurité sociale » ne concerne donc qu'une minorité de travailleurs (moins de 10 % de la population active). Elle assure des prestations familiales (1000 FCFA par enfant et par trimestre jusqu'à 5 enfants) et une retraite proportionnelle aux cotisations versées. Cependant, elle ne propose pas d'assurance maladie pour ses cotisants.

2.9.5.3 Médicaments

Le Burkina Faso a tardé à adopter une politique en faveur des médicaments essentiels et génériques. Une *Centrale d'Approvisionnement en Médicaments Essentiels et Génériques* (CAMEG) a cependant été créée récemment pour développer l'usage et la disponibilité de médicaments à meilleur marché. Un travail de rationalisation de la prescription est également nécessaire en complément de ces dispositions, car les ordonnances sont fréquemment chargées de médicaments coûteux, voire inutiles. Le développement de l'usage des kits opératoires (matériels consommables pour les interventions chirurgicales à prix réduit) va certainement dans ce sens.

Le marché public du médicament est faible (SONAPHARM). Le poids du secteur privé pharmaceutique (plutôt défavorable à la politique du médicament essentiel) est maintenant devenu important dans le pays. Il couvre plus de 80 % de l'approvisionnement en médicaments du pays. Les pharmaciens prélèvent des marges confortables sur les spécialités vendues en officine (jusqu'à 53 %). Leurs prix sont souvent plus élevés qu'en France. Les difficultés économiques d'accès aux médicaments se sont aggravées récemment avec la dévaluation du

³⁷ La consultation médicale vaut 1000 FCFA (10 FF) à l'hôpital.

franc CFA. Les prix des médicaments en officine ont presque doublé depuis janvier 1994, et une boîte d'antibiotique peut maintenant coûter un mois de salaire. Les mesures d'accompagnement de la dévaluation, annoncées par le gouvernement français dans le domaine du médicament, ne se sont pas fait sentir pour le moment.

2.9.6 La médecine traditionnelle

Les confusions autour de l'expression « médecine traditionnelle » méritent quelques approfondissements. On parle en effet très souvent de « médecine traditionnelle », notamment à l'OMS, qui en a recommandé la prise en compte dans la stratégie des *soins de santé primaires*. Ce que recouvre l'expression dans le langage de la santé publique est pourtant très imprécis. La médecine traditionnelle ne repose pas uniquement sur des connaissances empiriques transmises de génération en génération, concernant les plantes médicinales, les pharmacopées, des techniques corporelles, etc. Comme l'explique Dozon³⁸, « Les médecines traditionnelles africaines [...] ne forment pas à proprement parler un univers médical, c'est à dire un domaine autonome formant un corps de règles, de savoirs, de pratiques et de spécialistes. [...] Les institutions qui prennent en charge la maladie sont tout à la fois religieuses, politiques et thérapeutiques ; elles recouvrent un champ de compétences et de fonctions (devin, clairvoyant, antisorcier, féticheur, prêtre de culte) qui subordonnent l'efficacité thérapeutique à une efficacité plus large, mettant en jeu des puissances tutélaires, des structures normatives et symboliques, des rapports de force et de pouvoir... ».

Au Burkina Faso, la médecine traditionnelle est bien sûr présente, car la médecine importée par les Européens ne s'est pas substituée aux pratiques thérapeutiques traditionnelles, mais s'y est davantage ajoutée. La médecine traditionnelle constitue même pour la majorité de la population un premier recours dans bon nombre de problèmes de santé.

³⁸ DOZON JP. *Politique Africaine* 1987: 28.

3. Historique du sida dans le monde et au Burkina Faso

3.1 Introduction

Une brève rétrospective historique du sida dans le monde s'impose, afin de souligner les principales étapes qui ont marqué l'évolution des idées sur cette épidémie.

La première phase de cet historique s'étend de la découverte des premiers cas dans le monde à la découverte des VIH et des tests sérologiques. Le phénomène épidémique, que l'on croyait limité à quelques groupes de population bien identifiés, fait rapidement place à une pandémie mondiale, dont l'extension est inquiétante et rapide, particulièrement sur le continent africain.

L'organisation de la lutte contre le sida se met en place sous l'égide de l'Organisation Mondiale de la Santé, tandis que la recherche thérapeutique et vaccinale se révèle impuissante. La situation épidémiologique actuelle est évoquée en dernier lieu.

A chacune des étapes de ce chapitre, nous rappelons les éléments chronologiques principaux qui ont marqué la réflexion sur le sida, et nous traçons en parallèle l'historique du sida au Burkina Faso.

3.2 De la découverte de l'épidémie à la mise au point des tests sérologiques

3.2.1 Premières observations américaines

C'est à Los Angeles, au cours de l'année 1980, que Joël Weisman et Michael Gottlieb se trouvent confrontés à plusieurs patients souffrant d'altération profonde de l'état général avec polyadénopathie, fièvre, pneumopathie à *Pneumocystis Carinii* et lymphopénie. Ces patients sont de jeunes hommes issus de la communauté homosexuelle californienne. L'évolution clinique de leur affection est rapidement mortelle. Le *M.M.W.R.*, bulletin des *Centers for Disease Control* d'Atlanta, puissante agence américaine de recherche épidémiologique, signale ce fait curieux le 5 juin 81³⁹. Des observations similaires sont relevées simultanément à New York City et font l'objet d'une deuxième annonce⁴⁰ des CDC.

Le nombre de malades homosexuels ou bisexuels augmente rapidement (200 à la fin de décembre 1981), et les premiers articles scientifiques paraissent sur cette curieuse épidémie^{41 42}.

L'enquête diligentée dans la communauté homosexuelle américaine par les CDC⁴³ précise les contours cliniques de l'affection, et la « promiscuité homosexuelle » est présentée comme un facteur de risque déterminant⁴⁴. Cliniciens et épidémiologistes ne trouvent pas l'étiologie de cet état de profonde immunodépression aboutissant rapidement à la mort, qui touche préférentiellement des jeunes homosexuels et bisexuels américains, mais s'étend aussi à quelques patients haïtiens, toxicomanes, puis hémophiles.

³⁹ CDC. *Morb. Mortal. Weekly Rep.* 1981a; 30.

⁴⁰ CDC. *Morb. Mortal. Weekly Rep.* 1981b; 30.

⁴¹ HYMES KB, GREENE JB, MARCUS A *et al.* *Lancet* 1981; 2.

⁴² MASUR H, MICHELIS MA, GREENE J *et al.* *New Engl. J. Med.* 1981; 305.

⁴³ CDC. *New Engl. J. Med.* 1982k; 306.

⁴⁴ HENRY WA. *Time Magazine* 1987.

3.2.2 Premières observations en Europe

En Europe, durant l'année 81, on localise des cas similaires à Copenhague, à Londres et à Barcelone, ainsi qu'en Suisse, en R.F.A., en Belgique. A Paris, le premier cas est identifié fin 1981.

D'emblée, l'étude des premières observations, dont certaines remontent à 1976, fait ressortir la présence parmi ces malades de patients hétérosexuels. Quelques-uns sont toxicomanes, mais la plupart d'entre eux entretiennent des liens avec la région Caraïbe ou l'Afrique Equatoriale.

Au cours de 1982 et 1983, les cas survenant chez des ressortissants de pays d'Afrique centrale (Zaïre, Congo, République Centre Africaine, Ouganda et Rwanda), vivant à Paris et Bruxelles se multiplient, et confirment l'idée d'un foyer africain de la maladie^{45 46}.

3.2.3 Premières observations en Afrique

En octobre 1983, sont rapportés les premiers cas de cette maladie (multiplication des cas de cryptococcose méningée) sur le sol africain, diagnostiqués au Mama Yamo Hospital de Kinshasa (Zaïre)⁴⁷. Au même moment, des cas de Sarcomes de Kaposi agressifs sont observés en Zambie⁴⁸ et dans le sud de l'Ouganda^{49 50} (où ils sont associés à des diarrhées chroniques avec importante perte de poids, ce qui leur vaut l'appellation locale de « slim disease »). Dans la même année, des patients atteints de la même affection sont identifiés au Congo, au Burundi, au Rwanda, en Tanzanie^{51 52}.

⁴⁵ CLUMECK N, MASCART-LEMONE F, DE MAULBEUGE J *et al. Lancet* 1983; i.

⁴⁶ BRUNET JB, BOUVET E, CHAPERON J *et al. Lancet* 1983; i.

⁴⁷ PIOT P, QUINN TC, TAELEMAN H *et al. Lancet* 1984; 2.

⁴⁸ BAYLEY AC. *Lancet* 1984; i.

⁴⁹ DOWNING RG, ELGIN RP, BAYLEY AC. *Lancet* 1984; i.

⁵⁰ SERWADDA D, MUGERWA RD, SEWANKAMBO NK *et al. Lancet* 1985; ii.

⁵¹ GAYLE HD, HEYWARD WL, NZILAMBI N. *In* : ESSEX M, M'BOUP S, KANKI P, KALENGAYI MR. *AIDS in Africa* 1994.

⁵² VAN DE PERRE P, ROUVROY D, LEPAGE P *et al. Lancet* 1984; 2.

3.2.4 Syndrome d'Immuno-Déficience Acquise, SIDA

Du point de vue épidémiologique, quatre foyers principaux de la maladie sont identifiés: l'Amérique du Nord, les Caraïbes, l'Europe de l'Ouest et l'Afrique Centrale (dans l'ordre de découverte). Cette nouvelle maladie est baptisée AIDS (pour *Acquired Immunodeficiency Syndrome*) en anglais, et SIDA (pour *Syndrome d'Immuno-Déficience Acquise*) en français.

Dans la presse internationale, l'épidémie de sida déclenche une vague d'articles sans précédent, stigmatisant parfois les populations touchées (« maladie des quatre H »⁵³, pour Homosexuels, Héroïnomanes, Hémophiles et Haïtiens).

3.2.4.1 Etiologie du sida

La question de l'origine du sida (agent étiologique et genèse de l'épidémie) occupe largement le débat. La maladie paraît nouvelle car totalement inattendue pour la communauté scientifique⁵⁴, déconcertante par sa nature biomédicale⁵⁵, et parce qu'elle constitue un modèle épidémiologique nouveau⁵⁶. C'est l'époque des hypothèses les plus variées sur l'étiologie de l'affection et l'origine de l'épidémie : « poppers »⁵⁷, dermocorticoïdes, virus de la peste porcine, de la leucémie féline, rituels du vaudou haïtien⁵⁸, arme biologique⁵⁹, etc.

Les informations concordent cependant à cette époque pour soupçonner le caractère infectieux et viral de cette maladie. En effet, les modes de transmission de la maladie se

⁵³ GRMEK MD. *Histoire du sida, début et origine d'une pandémie actuelle*, 1990.

⁵⁴ Si quelques nouvelles maladies infectieuses ont été découvertes dans les trente dernières années, leur importance en termes épidémiologiques est restée très faible et on assiste à un recul global des maladies infectieuses dans le monde occidental. Vers la fin des années 70, l'apparition dans le monde occidental d'une épidémie léthale de grande envergure, si improbable qu'elle puisse paraître aux yeux des scientifiques, ne pouvait donc être le fait d'une maladie ancienne.

⁵⁵ Le sida ne répond à aucune entité de la nosographie médicale connue jusqu'alors. Il s'agit en effet plutôt d'une mosaïque associant infections et cancers (préalablement connus), que d'une maladie au sens habituel du terme. La définition médicale précise du sida pose d'ailleurs initialement problème, et aboutit à la classification diagnostique des CDC en 1983. C'est la première fois qu'une maladie infectieuse se définit par une association de maladies déjà connues.

⁵⁶ A l'époque, le sida semble frapper électivement des groupes particuliers de la population. Or les grandes épidémies classiques affectaient les populations sans distinction de mœurs ou de condition sociale. Aucun phénomène épidémique n'avait jusqu'alors fait preuve d'une affinité aussi précise pour des communautés si clairement identifiables.

⁵⁷ JORGENSON KA, LAWESSON SO. *New. Engl. J. Med.* 1982; 307.

⁵⁸ GREENFIELD WR. *J. Amer. Med. Ass.* 1986; 256. LEONIDAS et HYPPOLITE, MOSES et MOSES, repris par FARMER P (Harvard University), colloque « Anthropologie et sida », Aix-en-Provence, 18-20 mai 1994.

⁵⁹ L'hypothèse d'une maladie créée de toute pièce dans les laboratoires de recherche américains est développée par *Literatournaya Gazeta* du 30/10/85. Elle fait rapidement le tour du monde et alimentera la rumeur publique pendant des années. Voir aussi SEGAL J, SEGAL L, DEHMLow R, 1986 ; SEALE J, 1986 ; GIRARD R, 1987.

précisent peu à peu au cours des années 82-83, avec les descriptions de cas chez des patients « hétérosexuels exclusifs » ou transfusés (on découvre ainsi la gravité de la situation parmi les hémophiles), chez des enfants de mères atteintes (affirmant la possibilité d'une contamination verticale mère-enfant du sida).

3.2.4.2 Découverte des VIH

C'est l'équipe pasteurienne de Luc Montagnier à Paris qui détecte la présence d'un rétrovirus inconnu chez un patient parisien atteint de lymphadénopathie généralisée persistante⁶⁰. Cette découverte est publiée en mai 1983 dans *Science*⁶¹ et Montagnier dénomme son isolat viral LAV (pour *Lymphadenopathy Associated Virus*). Le séquençage de son génome est réalisé fin 1984, et le virus est définitivement nommé HIV pour *Human Immunodeficiency Virus*, VIH pour *Virus de l'Immunodéficience Humaine*, en traduction française (afin de trancher le différent franco-américain sur la paternité de la découverte^{62 63}).

Des équipes françaises découvrent en 1985 et 1986, chez des patients asymptomatiques et sidéens, la présence d'un deuxième rétrovirus (Francis Barin, François Denis, Souleymane M'Boup en 1985⁶⁴; Clavel et coll. en 1986⁶⁵). Ce nouveau virus⁶⁶, dénommé HIV-2, semble responsable d'un véritable foyer épidémique centré sur la Guinée Bissau, s'étendant au Sénégal, au Cap Vert ainsi qu'à la Gambie et la Guinée-Conakry.

La mise au point de tests sérologiques selon les méthodes ELISA et Western Blot, permettant de détecter les anticorps dirigés contre les VIH, met à jour une réalité nouvelle: le statut de séropositivité. Cette phase de l'infection est asymptomatique, et semble pouvoir durer plusieurs années, au cours desquelles les personnes infectées peuvent transmettre le virus.

C'est une véritable face cachée de l'épidémie de sida qui se dévoile.

⁶⁰ Comme le souligne Mirko Grmek dans son « Histoire du sida », il est troublant de constater que c'est seulement à la fin des années 70 (période de l'apparition de l'épidémie) que les connaissances en virologie et biologie moléculaire sont réunies pour permettre la découverte des rétrovirus humains.

⁶¹ BARRE-SINOSSI F, CHERMANN JC, REY F *et al. Science* 1983; 220.

⁶² GALLO RC, SALAHUDDIN SZ, POPOVIC M *et al. Science* 1984; 224.

⁶³ GALLO RC, MONTAGNIER L. *Nature* 1987; 326.

⁶⁴ BARIN F, M'BOUP S, DENIS F *et al. Lancet* 1985; 2.

⁶⁵ CLAVEL F, GUETARD D, BRUN-VEZINET F *et al. Science* 1986; 233.

⁶⁶ CLAVEL F, GUYADER M, GUETARD D *et al. Nature* 1986; 324.

3.3 Découverte de la pandémie

3.3.1 Développement des connaissances sur la maladie et la transmission des VIH

Pendant ce temps, les recherches cliniques sur l'infection à VIH se développent. La phase de primo-infection et l'état de « latence » de l'infection virale qui s'ensuit sont décrits. Le cortège d'infections opportunistes caractérisant la phase de maladie est également mieux précisé, ainsi que ses variations selon les aires géographiques de l'épidémie^{66,67}. Les CDC établissent une classification⁶⁷ des différents états de l'infection HIV en 1983, dont l'utilisation est généralisée après révision en 1987⁶⁸.

Du point de vue épidémiologique, d'importantes études sont consacrées aux modes et aux risques de transmission du HIV. Apparaissent potentiellement contaminants :

- ◆ les rapports sexuels, particulièrement ano-génitaux et en cas de maladie sexuellement transmissible associée,
- ◆ la transfusion sanguine et les produits sanguins concentrés (le dépistage du HIV est généralisé dans les banques de sang américaines et françaises dans le courant de l'année 1985),
- ◆ les transplantations d'organes,
- ◆ l'échange ou la réutilisation de seringues ou d'aiguilles infectées (toxicomanie, négligence des personnels de soin⁶⁹)
- ◆ les piqûres septiques accidentelles,
- ◆ la voie transplacentaire et l'allaitement.

⁶⁷ CDC. *Case definitions of AIDS used by CDC for epidemiology surveillance*, 1983a.

⁶⁸ CDC. *J. Amer. Med. Ass.* 1987b; 258.

⁶⁹ Le cas de l'hôpital pédiatrique d'Elista (U.R.S.S), découvert en 1988, où une trentaine d'enfants furent infectés par réutilisation de matériels non ou mal stérilisés, ainsi que celui des orphelinats roumains, ont à ce titre marqué l'opinion internationale.

Aucun cas de contamination n'est cependant décrit dans les conditions habituelles de vie au contact d'un séropositif ou d'un malade.

3.3.2 Extension de l'épidémie

L'extension de l'épidémie a déjà des proportions considérables. Les enquêtes de séroprévalence montrent que le nombre de personnes infectées par le HIV dans le monde est beaucoup plus important qu'on avait pu l'imaginer. Les CDC et l'OMS publient des estimations alarmantes en 1985 et 1986. La situation épidémiologique semble très différente selon les 4 grands foyers épidémiques, et très hétérogène sur le continent africain.

3.3.2.1 Amérique du nord

En Amérique du nord, le sida affecte surtout les homosexuels ou bisexuels, les toxicomanes utilisant la voie intraveineuse, les transfusés et les ressortissants caraïbéens (Haïti). Les estimations évaluent entre 700 000 et 1 million le nombre d'Américains infectés par le VIH⁷⁰.

3.3.2.2 Europe, France

En Europe, et particulièrement en France, pays le plus touché du continent, la situation épidémiologique est voisine. La proportion de séropositifs contaminés par voie hétérosexuelle est cependant plus importante, parmi lesquels des ressortissants africains. 50 000 à 100 000 français seraient contaminés. Globalement, sur ces deux continents, les transmissions homosexuelle et sanguine dominent largement, avec un sex-ratio parmi les séropositifs entre 15:1 et 20:1^{66,67}. Les taux de séroprévalence en population générale sont inférieurs à 5 pour mille.

3.3.2.3 Continent africain

Les premières données épidémiologiques collectées sur le continent africain sont communiquées à la *Conférence Internationale sur le Sida en Afrique* de Paris (1986)^{71 72}. En

⁷⁰ BIGGAR RJ. *Clinical Immunology and Immunopathology* 1987; 45.

⁷¹ BIGGAR RJ. *Lancet* 1986; 1.

⁷² QUIN TC, MANN JM, CURRAN JW et al. *Science* 1986; 234.

Afrique, le mode de contamination hétérosexuel est en revanche très largement dominant avec un sex-ratio entre 1:1 et 2:1^{66,67}. La transmission materno-infantile joue ainsi un rôle beaucoup plus important. Ceux de la transfusion sanguine, des matériels d'injection usagés, des pratiques traditionnelles (excision, circoncision, scarification), bien que très mal connus, ne sont probablement pas négligeables. L'Afrique combine deux épidémies géographiquement et étiologiquement distinctes (VIH-1 et VIH-2), dont l'extension et la progression semblent très rapides. Les résultats d'enquêtes de séroprévalence sont encore rares en 1985-86, mais montrent des taux variant de 0,7 au Congo à 18 % au Rwanda, chez les donneurs de sang. Chez les prostituées, selon les études, ces taux varient de 27 à 88 %^{66 67}. En population générale, ils s'élèveraient entre 5 et 10 % de la population générale dans les villes de Kinshasa, Kigali et Kampala. Selon Jonathan Mann, l'incidence annuelle de l'infection à VIH en population adulte serait de 0,75 % à Kinshasa en 1984-85⁶⁷. Les estimations sur le nombre de séropositifs en Afrique sont controversées⁶⁸, mais seraient supérieures à 1 million de personnes.

3.3.2.4 *Burkina Faso*

Au Burkina Faso, le premier cas clinique de sida est observé en août 1985 au Centre Hospitalier National Yalgado Ouedraogo de Ouagadougou, à la consultation de vénéréologie. Le laboratoire de biologie de l'hôpital Yalgado n'est pas encore équipé pour réaliser les tests sérologiques VIH. Les sérums de plusieurs dizaines de patients vus à cette consultation sont testés à Paris. Les résultats confirment l'infection à VIH chez certains d'entre eux. Parmi les patients atteints beaucoup ont vécu en Côte d'Ivoire. A la nouvelle de la présence de cas d'infections à VIH au Burkina Faso, la réaction des autorités sanitaires est prudente⁷³.

Malgré certaines réticences administratives, un jeune biologiste burkinabè réalise au début de 1986 une enquête de séroprévalence sur des groupes de patients considérés comme très exposés, dans la capitale. Il recueille près de 800 échantillons de sérum dans divers milieux (prostituées établies, patients souffrants de MST), avec groupe « témoin » de femmes enceintes et d'adultes sains. Les tests sérologiques sont effectués à Dakar dans le laboratoire du Pr M'Boup et contrôlés à Boston dans le laboratoire de Ph. Kanki, durant l'année 1986. Les résultats confirment la présence des deux VIH au Burkina Faso. Ils sont publiés dans *Science*⁷⁴ et communiqués au Ministère de la Santé du Burkina Faso. Bien que très parcellaires,

⁷³ Elles laissent les médecins continuer leurs recherches, mais ne diffusent pas immédiatement l'information.

⁷⁴ KANKI P, M'BOUP S, RICARD D *et al.* *Science* 1987; 236.

ces résultats séro-épidémiologiques confirment la présence d'infections à VIH-1 et découvrent des infections à VIH-2. Le sida constitue donc un nouveau problème de santé publique au Burkina Faso.

3.3.3 Origine du sida

Le débat sur l'origine de l'épidémie bat son plein. La « nouveauté » du sida est battue en brèche à partir de la revue systématique des littératures médicales européenne et américaine depuis le début du siècle. Plusieurs dizaines de cas, qui ont fait l'objet de publications scientifiques depuis le début des années 50, répondent très précisément au diagnostic de sida, selon les critères des CDC. Des sérothèques conservant des sérums anciens sont testées, pour tenter d'identifier des cas de sida ou de séropositivité antérieurs à 1976, date de « début officiel » de l'épidémie en Europe et aux Etats Unis. A la lumière de ces recherches, le premier cas américain de sida hautement probable remonte à 1952⁷⁵, le premier cas canadien à 1958⁷⁶. Un premier cas anglais observé en 1959 est rétrospectivement peu contestable⁷⁷.

En Afrique, le problème est plus délicat, car les publications scientifiques détaillées et les sérothèques sont beaucoup moins nombreuses. Cependant, un cas d'infection à HIV-2 antérieure à 1966, contractée en Guinée Bissau, est bien documenté⁷⁸, alors que quelques sérums collectés en Côte d'Ivoire⁷⁹ la même année étaient également déjà positifs pour HIV-2. Le HIV-1 semble, pour sa part, présent dès 1959 en Afrique centrale⁸⁰, mais l'étude rétrospective de sérothèques anciennes se heurte au problème des fausses séropositivités^{66,67}, qui sont fréquentes en Afrique.

Dès 1983, les regards se tournent vers le continent africain où l'on situe l'origine de la maladie. L'hypothèse de l'origine africaine du sida se fonde sur un consensus scientifique et médiatique occidental trop rapide. Les arguments cliniques⁸¹, épidémiologiques⁸² et

⁷⁵ NICHOLS PW. *New. Engl. J. med.* 1982; 306.

⁷⁶ ANDERSON CD, BARRIE HJ. *Amer. J. Clin. Path.* 1960; 34.

⁷⁷ WILLIAMS G, STRETTON TB, LEONARD JC. *Lancet* 1983; II.

⁷⁸ BRYCESON A, TOMKINS A, RIDLEY D *et al. Lancet* 1988; 2.

⁷⁹ Kawamura *et coll.*

⁸⁰ NAHMIAS AJ, WEISS J, YAO X *et al. Lancet* 1986; 1.

⁸¹ Le sarcôme de Kaposi est endémique en Afrique Centrale (Zaïre, Ouganda), mais sa forme habituelle est différente de sa forme agressive au cours du sida.

⁸² L'analyse des sérothèques contenant des sérums africains montre que les cas de séropositivité à VIH étaient exceptionnels avant la fin des années 1970.

virologiques avancés ne sont pourtant pas très solides⁸³. Si en définitive, l'origine africaine du sida reste plausible, la rapidité avec laquelle s'est imposée cette opinion n'en demeure pas moins entachée des nombreux présupposés occidentaux qui ont cours à propos du continent africain et de ses habitants. Dans une atmosphère de désinformation, des allégations circulent sur les pratiques sexuelles responsables du sida (on accuse le plus souvent « l'hypersexualité » supposée des africains, et plus accessoirement leur zoophilie, ou leur homosexualité). Elles sont couplées à des scénario-catastrophes sur l'épidémie de sida en Afrique.

3.3.3.1 *Conséquences en Afrique*

L'ensemble provoque de vives réactions sur le continent africain, dénonçant la tournure raciste et anti-africaine prise par le débat⁸⁴. Dans ce contexte, un septicisme général accueille en Afrique les premières données séro-épidémiologiques inquiétantes, renforcé par le fait que certaines d'entre elles se révèlent fausses par la suite. Dans de nombreux pays africains, les autorités politiques et même scientifiques restent sur la défensive, niant parfois le problème en refusant de divulguer les informations disponibles sur le sida (en particulier jusqu'en 1987). Par cette attitude de dénégation, ces gouvernements veulent éviter des vagues de panique parmi leurs populations, la discrimination dont leurs ressortissants à l'étranger pourrait faire les frais, les retombées économiques (sur le tourisme en particulier), et surtout les conséquences politiques d'un tel phénomène⁸⁵. Ce sont les travaux menés par des chercheurs nationaux qui conduiront la plupart de ces Etats à envisager sérieusement le problème de l'extension rapide de cette épidémie⁸⁶.

3.3.3.2 *Le cas du Burkina Faso*

Au Burkina Faso, les premiers travaux sur l'infection à VIH sont le fait de médecins et chercheurs du pays, en collaboration avec des équipes étrangères. Les résultats obtenus en 85

⁸³ La découverte du VIH-2 en Afrique de l'ouest et de rétrovirus chez diverses espèces de singes africains a semblé déterminante dans la compréhension de l'origine de la maladie. Le SIV serait un cousin des VIH, découvert fin 1984 chez un macaque asiatique atteint d'une maladie analogue au sida. En Afrique, on détecte en 1985 la présence du SIV chez des grivets (singes verts), des mangabeys, des babouins et des mandrills. Cependant, des études précises sur la généalogie des rétrovirus à partir d'analyses fines de leurs génomes, ne permettent pas, dans l'état actuel des choses, de préciser clairement ni l'origine géographique, ni l'ancienneté des VIH. Ces données montrent que la parenté VIH-1/VIH-2 est relativement éloignée (en particulier l'un ne descend pas de l'autre), tandis que celle entre VIH-2 et SIVmac semble plus proche sans que l'on puisse dire lequel est le plus ancien des deux. SIVagm serait plus proche de VIH-1 que de VIH-2, mais la parenté reste lointaine.

⁸⁴ KONOTEY-AHULU F. *Lancet* 1987; i.

⁸⁵ DOZON JP, FASSIN D. *Sciences Sociales et Santé* 1989; 7.

⁸⁶ BERKLEY SF. In : ESSEX M, M'BOUP S, KANKI P, KALENGAYI MR. *AIDS in Africa* 1994.

et 86 par les médecins de l'hôpital de Ouagadougou et par l'enquête sur des « groupes à risque » dans la capitale sont confortés par ceux des médecins d'une clinique confessionnelle de la ville. Il faut cependant attendre mars 1987 pour que les autorités politiques du pays reconnaissent la présence du sida au Burkina Faso⁸⁷. La décision politique a été prise par le chef de l'Etat, qui a autorisé des médecins hospitaliers à prendre la parole en février 87, pour la première fois sur les ondes radiophoniques, à propos du sida. Cette émission permet d'annoncer la présence du sida à Ouagadougou, et de diffuser des informations générales sur la maladie et les mesures de prévention. Le retentissement de l'émission est important et provoque même des critiques contre ces médecins. Cette reconnaissance officielle du problème du sida est assez tardive à l'échelle du continent africain, mais les pays d'Afrique de l'ouest ont globalement reconnu ce problème un peu plus tard que le reste du continent.

Si les autorités politiques burkinabè ont préféré (comme dans de nombreux pays africains) retarder l'annonce du problème du sida à leur opinion publique jusqu'au début de 1987, elles ont pourtant mené pendant ce temps une série d'actions, poussées par l'insistance des médecins locaux et par les premières recommandations de l'OMS. Parmi ces dispositions, la création d'un comité national sur le sida est proposée par les médecins hospitaliers et les cadres du Ministère de la Santé (lors d'une des réunions semestrielles des directeurs centraux et provinciaux de la Santé, au milieu de l'année 86, où sont examinés les premiers résultats sérologiques). Elle aboutit le 26 octobre 1986 à la création officielle d'un *Comité National de Lutte contre les infections à LAV/HTLV III*, ou *Comité National de Lutte anti-SIDA* (Raabo n° AN IV 062/CNR/MS/SG/L). La *Direction de la Surveillance Epidémiologique* du Ministère de la Santé est chargée de l'élaboration d'un « Programme de lutte contre les MST, le SIDA y compris ». Enfin, le Ministère de la Santé déclare officiellement 10 cas de sida à l'OMS en décembre 1986. Toutes ces mesures sont mises en oeuvre sans publicité, jusqu'à l'annonce officielle de mars 1987.

⁸⁷ Sous le titre rassurant de « *Plus de panique que de mal au Burkina* », le Ministre de la Santé « *confirme l'existence du sida au Burkina et affirme que les cas de sida constatés au Burkina se situent surtout chez les groupes à risques (prostituées, prisonniers, tuberculeux chroniques)* ». Voir KAMBOU S. *Carrefour Africain* 1987; 980.

3.4 Organisation de la lutte contre le sida

3.4.1 Rôle de l'OMS

Face à un processus épidémique d'une ampleur exceptionnelle, la lutte contre le sida s'organise. En 1985, l'Organisation Mondiale de la Santé en prend le *leadership*. Un *Programme Spécial sur le Sida (Special Program on AIDS)*, rebaptisé en février 1987 *Programme Global sur le Sida (Global Program on AIDS)*, est créé au sein d'une cellule organisationnelle spéciale : *l'OMS/GPA*. Il est chargé de travailler avec les gouvernements de tous les pays concernés, pour susciter le développement de stratégies concertées de lutte contre le sida. L'OMS envoie dans tous ces pays des équipes d'experts qui collaborent avec les ministères de la santé pour développer dans un premier temps des *Plans à Court Terme* de lutte contre l'épidémie (PCT). Ces PCT sont suivis de *Plans à Moyen Terme (PMT)*, triennaux ou quinquennaux, pour lesquels des financements extérieurs tentent d'être mobilisés.

3.4.2 Programmes nationaux de lutte contre le sida

Dès 1987, ces premiers programmes nationaux de lutte contre le sida se mettent en place. Ils sont actuellement au nombre de 150 à travers le monde. En 1991, 44 PCT suivis de 43 PMT ont été mis en place sur le continent africain^{85,88}. Assistés financièrement par l'OMS pour les PCT, puis par d'autres bailleurs de fond internationaux pour les PMT, ils sont en général basés au Ministère de la santé, et comportent au départ un personnel réduit comprenant un médecin, un épidémiologiste, un éducateur de la santé.

Ces programmes, standardisés et verticaux, s'orientent autour de quatre axes principaux :

- ◆ prévention de la transmission par voie sanguine (sécurité transfusionnelle),

⁸⁸ ANONYME. *Special Program on AIDS. Progress Report*, N° 7. Geneva : World Health Organization, 1991.

- ◆ prévention de la transmission par voie sexuelle (développement de programmes d'Information, Education, Communication - IEC -, promotion du préservatif),
- ◆ surveillance épidémiologique,
- ◆ prise en charge des personnes infectées.

L'OMS fournit une assistance technique permanente dans chaque pays (85 postes d'assistants techniques en Afrique) pour le développement des plans de lutte contre le sida. Elle tente d'inciter la déclaration obligatoire des cas de sida dans le monde, ce qui permet de suivre l'évolution du processus épidémique dans les pays possédant un système d'information sanitaire solide et qui acceptent de déclarer leurs cas (ces données sont donc à peu près fiables pour les pays occidentaux seulement).

3.4.3 Burkina Faso

Au cours des mois de juillet et août, une mission d'experts de l'OMS séjourne à Ouagadougou pour travailler avec les autorités compétentes à la mise au point d'un plan de contrôle du sida. Il s'agit d'un premier plan (*Plan à Court Terme*) dont la durée prévue est de 9 mois, au terme duquel serait adopté un *Plan à Moyen Terme* », d'une durée de 3 à 5 ans.

Ce document est finalisé au cours du mois août, et dénommé « Projet SIDA. Plan à Court Terme ». Ses objectifs spécifiques principaux sont :

- ◆ l'évaluation de la prévalence des infections à VIH,
- ◆ la prévention des transmissions par voie sexuelle, sanguine et « iatrogène »,
- ◆ le renforcement des capacités diagnostiques du pays.

Son budget prévisionnel est fixé à 250 000 \$, soit 75 millions de FCFA (1,5 millions de FF).

Le Ministère de la Santé déclare en fin d'année 1987 un total de 21 cas de sida à l'OMS.

3.4.4 Evolution de la lutte contre le sida

Depuis 1990, les grandes orientations de l'OMS pour la lutte contre le sida dans les pays en voie de développement se sont sensiblement modifiées :

- ◆ intégrer la lutte contre le sida dans les stratégies de la politique des Soins de Santé Primaires,
- ◆ coupler la lutte contre le sida avec la lutte contre les maladies sexuellement transmissibles,
- ◆ décentraliser l'organisation de la lutte contre le sida de Genève vers les directions régionales,
- ◆ susciter le développement de la collaboration des Organisations Non Gouvernementales et des associations avec les programmes nationaux de lutte contre le sida,
- ◆ développer la multisectorialité des programmes,
- ◆ décentraliser les activités de lutte contre le sida.

Le leadership jusqu'alors incontournable de l'OMS dans la lutte contre le sida fait place actuellement à l'intervention d'autres organisations onusiennes, telles que l'UNICEF, le PNUD, la Banque Mondiale⁸⁵.

3.5 Recherche thérapeutique et vaccinale

3.5.1 Recherche fondamentale

La recherche scientifique fondamentale de moyens de lutte contre la maladie se développe rapidement après la découverte des VIH, mais se heurte à des difficultés considérables, qui tiennent à la complexité étonnante des virus, notamment à la nature de leur parasitisme cellulaire et à leur grande variabilité génétique. Sa capacité d'induire une réponse immunitaire inefficace contre lui-même apparaît notamment comme une adaptation particulière à son hôte humain.

3.5.2 Traitements

La piste des immunomodulateurs s'est vite révélée être une impasse. Des centaines de molécules antivirales sont testées dès 1983, mais les résultats restent bien décevants. Seule l'azidothymidine (AZT), capable d'inhiber la réplication du virus, semble prometteuse, et l'essai américain⁸⁹ de 1986 nourrit de grands espoirs. Mais ceux-ci seront malheureusement révisés à la baisse, car l'AZT ne s'avère pas efficace à long terme. L'utilisation de ce médicament à des fins préventives (pour retarder le passage au stade de la maladie de patients séropositifs) est également décevante⁹⁰. D'autres inhibiteurs de la transcriptase inverse (didéoxycytidine - ddI -, didéoxyinosine - ddC -) sont aussi décevants du fait d'un échappement thérapeutique systématique après quelques mois de traitement.

Dans ce domaine de recherche, les grandes équipes de virologie et les laboratoires pharmaceutiques sont engagés dans une course contre la montre, face à la pression de l'opinion internationale et devant des perspectives économiques considérables en terme de marché.

En matière de traitement des infections opportunistes, des progrès considérables sont tout de même réalisés, essentiellement dans le monde occidental. On n'arrive cependant pas à les guérir définitivement, mais à les tenir efficacement en respect pendant un certain temps, ce

⁸⁹ FISCHL MA, RICHMAN DD, GRIECO MH *et coll.* *New Engl. J. Med.* 1987; 317.

⁹⁰ SELIGMAN M, WARREL DA, ABOULKER JP and the Concorde Coordinating Committee. *Lancet* 1994; 343.

qui permet un allongement notable de la durée et une amélioration de la qualité de vie des malades. A partir de 1987-88, se développent des protocoles de traitement préventif à l'égard de certaines d'entre elles (pneumocystose, toxoplasmose) qui contribuent certainement aussi à l'amélioration de la qualité de vie des patients, mais n'évitent ni ne reculent l'échéance fatale du sida.

3.5.3 Vaccins

Dans le domaine de la recherche vaccinale, les déclarations triomphalistes⁹¹ entendues lors de la découverte du virus paraissent rétrospectivement sinon cruelles, du moins fort imprudentes. Après une première victoire sur le sida (l'identification de son agent étiologique), des scientifiques, peut-être trop sûr d'eux et certainement soumis à une très forte pression extérieure, se sont hasardés à prévoir la découverte du vaccin en fixant des délais. Ils ne cessent depuis de repousser l'échéance d'une solution vaccinale. En effet, les méthodes habituelles de préparation d'un vaccin échouent, tant ce virus est (entre autre) antigéniquement variable. La solution semble toujours lointaine, sans qu'il soit possible d'en préciser l'échéance (on parle à l'heure actuelle de l'horizon 2000). On sait cependant déjà qu'elle ne sera pas universelle, puisqu'on entrevoit dans un premier temps des vaccins « sélectifs », dirigés contre quelques souches virales, et qui ne seraient donc valables que dans une aire géographique donnée. Des essais vaccinaux sont actuellement en cours, en particulier aux Etats-Unis.

Une protection vaccinale universelle est-elle possible pour le sida ? Sinon (ou en attendant), qui pourra en bénéficier ? De récentes déclarations de Peter PIOT (directeur d programme sida de l'OMS), concernant le désengagement progressif depuis 1990 des grandes compagnies pharmaceutiques internationales du domaine de la recherche vaccinale, viennent sévèrement renforcer les inquiétudes concernant une éventuelle solution vaccinale de l'épidémie. Celui-ci s'inquiète de cette attitude mercantile, dictée par des perspectives de marché insuffisantes : plus de 90 % des populations concernées par un tel vaccin sont en effet insolubles⁹².

⁹¹ Le Secrétaire d'Etat américain à la santé, Margaret Heckler, déclare lors d'une conférence de presse à Washington, le 24 avril 1984, qu'avant deux ans les laboratoires d'état auront trouvé et produit un vaccin efficace contre le sida.

⁹² ANONYME. Editorial. *Le Monde*, 6/5/94.

3.6 Situation actuelle de la pandémie

Les estimations concernant le nombre de séropositifs et le nombre de cas de sida dans le monde ne cessent d'être revues à la hausse. Le nombre estimatif de cas de sida était de 4 millions d'individus au 1er juillet 1994, le nombre de cas effectivement déclarés à l'OMS s'élève à 985 119. La progression du nombre estimatif de cas serait de 60 % depuis juillet 1993. Le nombre estimé de personnes infectées par les VIH est de 17 millions, dont 1 million d'enfants. 3 millions d'adultes se seraient infectés depuis juillet 93. Les prévisions pour l'an 2000 sont de 30 à 40 millions d'individus contaminées^{93 94}.

3.6.1 Zone Australie-Amérique du nord-Europe

L'Australasie, l'Amérique du Nord et l'Europe cumulent plus de 1,5 millions de personnes infectées, dont les deux-tiers aux Etats-Unis, avec plus de 400 000 cas de sida. Les homosexuels et bisexuels masculins sont encore les plus touchés, avec les toxicomanes utilisant la voie intraveineuse et leurs partenaires. L'incidence de l'infection à VIH baisse toutefois depuis plusieurs années chez les homosexuels, tandis qu'elle monte chez les toxicomanes, et que le nombre de contaminations hétérosexuelles augmente de façon notable (jusqu'à 30 % des nouveaux cas dans certaines villes occidentales).

3.6.2 Zone Amérique latine-Caraïbes

En Amérique Latine et dans les Caraïbes, les taux de séroprévalence en population générale sont beaucoup plus élevés (entre 1 et 3 % aux Bahamas, dans l'état de Sao Paulo au Brésil, à St Domingue...). La transmission hétérosexuelle du VIH est majoritaire dans les Caraïbes, représente environ 30 % des cas en Amérique Latine, mais progresse continuellement. Plus de 1,5 millions de personnes infectées vivent dans cette région du Monde. Plus de 250 000 cas de sida s'y sont déclarés.

⁹³ ANONYME. Programme Mondial de Lutte contre le Sida. WHO/GPA/TCO/SEF/ 1994.

⁹⁴ ANONYME. Programme Mondial de Lutte contre le Sida. WHO/GPA/CNP/EVA/1993.

3.6.3 Afrique sub-saharienne

On estime que c'est en Afrique sub-saharienne que le nombre de cas de sida est le plus élevé (plus de 2,5 millions). L'OMS estime à 8 millions au moins le nombre de personnes infectées vivant sur ce continent au 1er juillet 1994. Près de 70 % des séropositifs proviendraient (depuis le début de la pandémie) du continent africain, qui ne représente par ailleurs que 10 % de la population mondiale.

3.6.4 Asie et Pacifique

Le continent asiatique, qui semblait jusqu'à la fin des années 1980 épargné, vit depuis 5 ans une explosion de l'épidémie tout aussi inquiétante, avec un nombre de nouveaux cas qui devrait dépasser celui du continent africain. Le nombre de personnes infectées serait au 1er juillet 1994 de 2,5 millions pour l'Asie du Sud et du Sud-est et les prévisions prévoient un quadruplement de ce nombre d'ici l'an 2000. Les pays les plus touchés seraient la Thaïlande, avec des taux de séroprévalence supérieurs à 5 % dans certaines provinces, l'Inde dont de nombreux états sont touchés. La transmission du VIH est surtout hétérosexuelle, mais les toxicomanes sont également de plus en plus touchés.

3.6.5 Autres zones

L'Asie de l'Est et le Pacifique cumulent environ 25 000 cas d'infections à VIH, l'Europe orientale et l'Asie centrale environ 50 000.

Dans le Maghreb et le Moyen-Orient, la situation épidémiologique est particulièrement mal connue, mais des informations font état d'une progression assez rapide de l'infection parmi les toxicomanes et les prostituées notamment. Cette région du monde cumulerait environ 75000 séropositifs⁹³.

3.6.6 Cas particulier de l'Afrique de l'Ouest

Les deux pays les plus touchés par l'épidémie de sida dans cette région du monde semblent être la Guinée-Bissau et la Côte d'Ivoire.

La Guinée-Bissau est un petit pays, éloigné des grands axes de communication de la sous-région, dont la population est essentiellement rurale. Une des explications des forts taux de séroprévalence (entre 5 et 10 % de la population générale serait infectée par le VIH-2 ; taux le plus élevé du monde pour ce virus⁹⁵) tient aux désordres socio-politiques qui ont agité ce pays entre 1956 et 1980. Ceux-ci sont probablement en cause dans la diffusion rapide de l'épidémie, à travers la dislocation des familles et des repères sociaux traditionnels, mais aussi par les mouvements migratoires de réfugiés (plus de 150000 personnes se sont réfugiés pendant la période de guerre dans les pays voisins, principalement en Casamance - Sénégal -). La Guinée-Bissau serait le point de départ de l'épidémie à VIH-2 en Afrique.

Le Sénégal, la Guinée et le Cap-Vert ont de forts taux de séroprévalence à VIH-2 également, mais avec un niveau de séroprévalence inférieur (entre 1 et 5 % en population générale). Le Mali se trouve dans une situation proche de celle du Burkina Faso en matière de répartition des VIH, mais les taux de séroprévalence y seraient inférieurs. Le Niger serait également moins touché, avec peu d'infections à VIH-2. D'une manière générale, plus on s'éloigne de la côte ouest, en direction de l'Afrique centrale, plus la proportion de VIH-1 domine. Dans la région des grands lacs, le VIH-2 n'existe pratiquement pas.

A l'autre bout de la sous-région, la Côte d'Ivoire est en revanche une voie de passage ancienne pour les voyageurs et le commerce international. Plus de 4 millions d'immigrés, vivent en Côte d'Ivoire, provenant des pays voisins : Ghana, Mali, Guinée, Niger et surtout Burkina Faso. Beaucoup d'entre ces immigrants sont des hommes jeunes, célibataires et travailleurs saisonniers, qui trouvent des emplois dans les plantations ou au port d'Abidjan. Avec des taux de séroprévalence situés entre 5 et 14 % de la population adulte selon les régions du pays, la situation épidémiologique est très sérieuse en Côte d'Ivoire. Les hôpitaux sont asphyxiés par un nombre de malades en augmentation continue. Abidjan et sa région payent le plus lourd tribut à l'épidémie. Une des voies majeures de diffusion de l'épidémie en Afrique de l'ouest semble partir de la région d'Abidjan, pour aller vers les différents pays francophones limitrophes en empruntant les voies de communication les plus importantes. Dakar au Sénégal et Accra au Ghana jouent approximativement le même rôle qu'Abidjan. C'est ainsi que les axes Abidjan-Ouagadougou et Dakar-Bamako sont les voies de diffusion majeures des VIH en Afrique de l'Ouest. Les pays voisins (Ghana, Togo, Bénin) sont moins gravement touchés que la Côte d'Ivoire.

⁹⁵ ESSEX M, M'BOUP S, KANKI PJ, KALENGAYI MR. *AIDS in Africa*, 1994.

***4. Epidémiologie de
l'infection à VIH au
Burkina Faso.***

4.1 Introduction

Les données épidémiologiques sur l'infection à VIH au Burkina Faso sont relativement peu nombreuses, et ne permettent pas de se faire une idée précise et actualisée de l'épidémie dans ce pays.

En effet, la plupart des études concerne des groupes de population considérés comme *groupes à risque* pour l'infection à VIH, alors que les enquêtes consacrées à la population générale sont peu nombreuses. Or la notion de *groupes à risque*, largement répandue en épidémiologie, est imprécise, si bien que les chiffres ressortant de tels études sont d'un maniement délicat. L'extrapolation de telles données séro-épidémiologiques doit ainsi être très prudente.

Nous passerons en revue les différentes études séro-épidémiologiques que nous avons pu trouver sur l'infection par VIH au Burkina Faso, en commentant leurs résultats.

4.2 Enquêtes de séroprévalence en population générale

4.2.1 Population générale

A notre connaissance, les résultats sérologiques les plus anciens remontent à 1983.

Ils proviennent d'une étude réalisée rétrospectivement à partir de sérums prélevés dans différentes régions du Burkina Faso, lors de l'épidémie de Fièvre Jaune de 1983, par une équipe du *Centre Muraz* de Bobo Dioulasso, institut de recherche de l'*Organisation de Coopération et de Coopération pour la lutte contre les Grandes Endémies* (OCCGE). Publiée en 1989 dans *Médecine d'Afrique Noire*, par **Baudon, Guigemdé, Lecamus et coll.**⁹⁶, cette étude regroupe plusieurs échantillons de population :

- ◆ 772 personnes vivants en zone rurale, dans les régions de Tenkodogo et Fada N'Gourma (dans les foyers épidémiques de Fièvre Jaune), âgés de 4 à 82 ans.
- ◆ 141 enfants de 1 à 4 ans, prélevés dans la région de Kaya.
- ◆ 451 enfants de 7 à 9 ans, scolarisés en classes primaires à Tenkodogo, Fada N'Gourma et Bobo Dioulasso.
- ◆ 116 adolescents de 12 à 16 ans, scolarisés en écoles secondaires à Ouagadougou.

Dans cette publication, il manque cependant certaines précisions utiles sur les échantillons de population, notamment la répartition par sexe et tranches d'âge ainsi que le mode de recrutement des sujets du premier groupe présenté (n = 772). Les sérums ont été testés en ELISA (Kit ELAVIA-1, diagnostic Pasteur) et confirmés en Western Blot (LAV-BLOT-1, diagnostic Pasteur). Il n'a pas été réalisé de test ELISA pour le VIH-2. Les résultats font état d'un seul cas de séropositivité VIH-1 dans le premier groupe, soit **0,13 %** de séropositivité dans les populations étudiées.

⁹⁶ BAUDON D, GUIGEMDE TR, LECAMUS L *et coll.* *Méd. Afr. Noire* 1989; 36.

Wendler et coll.⁹⁷ ont testé 299 sérums collectés au Burkina Faso en 1983, en milieu rural. La région d'origine des patients n'est pas précisée, ni la raison pour laquelle ils ont été prélevés. Les sérums ont été en immunofluorescence indirecte (utilisant des cellules H9 infectées par le HTLV-III) . Aucun sérum n'était positif dans l'échantillon, selon cette technique.

Une étude en population générale a été réalisée dans le nord du pays (petite ville rurale) en 1989 par **Ouedraogo et coll.**⁹⁸ . Sur un échantillon représentatif de 270 adultes de 15 à 49 ans, ils trouvent 3,3 % de sujets séropositifs pour les VIH, dont un tiers pour VIH-1, 11 % pour VIH-2 et 55 % de doubles profils. Les sérums étaient testés en ELISA et confirmés en WBlot.

Sangaré et coll. ont étudié le statut sérologique de 166 patients masculins en bonne santé de Bobo Dioulasso en 1990-91. Ils trouvent un taux de séropositivité globale considérable : 13,8 %, dont 78 % de VIH-1, 13 % de VIH-2 et 9 % de doubles profils. Cependant ces chiffres de séoprévalence ne correspondent pas à ceux de la population générale, car le recrutement de cette étude était biaisé.

4.2.2 Femmes enceintes

4.2.2.1 Enquêtes diverses

Plusieurs travaux concernent des populations de femmes enceintes, considérées en épidémiologie comme *population sentinelle*, représentative de la population générale.

Dans une des premières études sur le VIH au Burkina Faso, publiée dans *Science* en mai 1987, **Kanki, M'Boup, Sangaré et coll.**⁹⁹ avaient testé 778 sérums recueillis à Ouagadougou parmi plusieurs populations (prostituées, patients hospitalisés, prisonniers, patients atteints de maladies sexuellement transmissibles). Un groupe contrôle composé de femmes enceintes (n = 58) et d'adultes en bonne santé (n = 303) était inclus dans cette enquête de séoprévalence, conduite en 1986. Les prostituées étaient recrutées sur la base du volontariat (l'enquête ayant été présentée sous la forme d'une étude sur les MST, mais sans

⁹⁷ WENDLER I, SCHNEIDER J, GRAS B *et al.* *British Medical Journal*, 1986; 293.

⁹⁸ OUEDRAOGO LH, LORENZ N, BAKOUAN D *et al.* *VIème International Conférence on AIDS, San Francisco* 1990.

⁹⁹ KANKI P, M'BOUP S, RICARD D *et al.* *Science* 1987; 236.

parler du sida)¹⁰⁰; les patients hospitalisés provenaient des différents services de médecine du CHNYO; les prisonniers, incarcérés à la Maison d'Arrêt Civile de Ouagadougou, étaient prélevés s'ils étaient volontaires; les patients atteints de MST étaient recrutés dans un laboratoire de la ville.

Les résultats faisaient apparaître un taux global de séropositivité de 6,2 % pour VIH-1 et 8,9 % pour VIH-2 parmi les 778 sérums analysés. Cependant, ils ne trouvaient aucune séropositivité pour l'un ou l'autre des VIH dans le groupe contrôle d'adultes en bonne santé, et un seul cas de séropositivité pour chaque VIH dans le groupe de femmes enceintes (soit un taux de 1,7 % pour chacun). Ces chiffres sont les premiers produits sur l'épidémie au Burkina Faso. Ils n'ont cependant qu'une valeur indicative, en l'absence de renseignements très précis sur les groupes étudiés et du fait de la petite taille des effectifs. C'est grâce à cette étude que l'on découvre la présence du VIH-2 au Burkina Faso.

L'étude réalisée en collaboration avec les américains des CDC en octobre 1987 à Ouagadougou portent sur 200 femmes enceintes. Nous n'avons pas trouvé de précisions sur leur mode de recrutement. Parmi elles, on trouve 7,5 % de séropositivité pour les VIH, sans distinctions entre les deux virus.

4.2.2.2 *Enquête de Banfora*

Une vaste enquête de cohorte sur la transmission materno-infantile des VIH a été conduite à **Banfora** par le GEEP (Groupe d'Etudes Epidémiologiques et Prophylactiques, Pr Lafaix, Villeneuve St Georges) et L'OCCGE entre 1987 et 1993. Un groupe de 3400 femmes enceintes ont été testées de septembre 1987 à décembre 1991 par ELAVIA-1 et 2, puis confirmées en WBlot-1 ou 2 et Peptilav en cas de double Blot positif. L'étude a fait l'objet de plusieurs publications dans les congrès internationaux de San Francisco, Florence, Dakar et Yaoundé. Les résultats de séroprévalence montraient une augmentation régulière du taux de séropositivité global pendant l'étude : de 2,3 à 4,2 % entre 1987 et 1990. VIH-1 représentait 76 % des cas, VIH-2 17 % et 7 % des cas étaient des doubles séropositivités VIH 1 et 2¹⁰¹. Les co-infections ne peuvent cependant être affirmées par les techniques d'analyse utilisées.

¹⁰⁰ SANGARE L, M'BOUP S, KANKI P *et al.* II Int. Symp. on « AIDS and associated Cancers in Africa », Naples, 1987.

¹⁰¹ PRAZUCK T, GULARD-SCHMID JB, YAMEOGO JMV *et coll.* *Vième Conférence Internationale sur le Sida en Afrique*, Dakar, 1991.

4.2.2.3 Enquête nationale de 1989

Une grande enquête de séroprévalence, destinée à évaluer le niveau de séroprévalence pour les VIH en population générale sur l'ensemble du territoire national, a été réalisée sous l'autorité du Ministère de la Santé et de l'Action Sociale de juin à décembre 1989. Elle a concerné les trente provinces du pays. Dans 26 d'entre elles, la population étudiée était les femmes enceintes, recrutées dans les services de Santé Maternelle et Infantile des chefs-lieux de provinces au moment de la consultation prénatale. L'effectif souhaité par site était fixé à 300, mais n'a été approximativement atteint que dans 10 provinces sur 26. Dans 6 provinces, cet effectif a été finalement inférieur à 100. Dans 2 autres provinces, l'étude a porté sur les patients hospitalisés au Centre Hospitalier ou Médical local (Tenkodogo, Diébougou et Dano). Une province n'a pas rendu de résultats exploitables. Les tests sérologiques ont été réalisés dans le laboratoire de référence du Centre Hospitalier National Yalgado OUEDRAOGO de Ouagadougou (Pr Soudré). Deux ELISA de type différents (ELAVIA Pasteur, ELISA Behring) ont été effectués pour chacun des VIH, avec confirmation en Western Blot. Les femmes testées n'ont pas été informées de l'objet de l'étude, et les prélèvements sanguins sont restés anonymes. Au total **5118** femmes enceintes ont été testées dans 26 sites, soit une moyenne de 197 femmes par site (extrêmes : 58-310).

Tableau 4-1

Ville	effectif	% VIH +
Banfora	67	7,5
Ouagadougou	300	7,0
Quahigouya	185	6,5
Zorgho	95	6,3
Gacoua	137	5,8
Yako	280	5,7
Koudougou	279	5,4
Bobo Dioulasso	310	5,2

Source : Direction de la Médecine Préventive, Ministère de la Santé et de l'Action Sociale, Ouagadougou.

Les caractéristiques socio-épidémiologiques précises de ces échantillons de population ne sont pas connues, mais il s'agissait logiquement de femmes enceintes d'origine plutôt urbaine. Le taux global de séropositivité pour les VIH parmi ces femmes était de 3,7 %. Les taux les plus élevés ont été enregistrés dans les villes de Ouagadougou, Banfora, Ouahigouya, Zorgho, Gaoua, Yako, Koudougou et Bobo Dioulasso, mais doivent être pondérés par la taille des effectifs (cf. tableau).

4.2.2.4 *Etudes récentes*

Une étude de plus petite envergure a été conduite à Bobo Dioulasso entre avril 90 et juin 91 par **Rochereau, Lankoandé et coll.**¹⁰², incluant 267 femmes enceintes, recrutées en service de PMI. Les résultats de séroprévalence font apparaître 4,9 % et 7,8 % de séropositivité globale (VIH-1, VIH-2 ou les deux), respectivement pour 1990 et 1991. 55,5 % de séropositivités concernaient VIH-1, 33,4 % VIH-2 et 11,1 % les deux virus (co-infections supposées). Cependant l'augmentation apparemment importante du taux de femmes enceintes séropositives entre 90 et 91 n'est pas statistiquement significative ($\chi^2 < 1$).

Sangare, Luki et coll.¹⁰³ ont également conduit en 1991 une enquête sur des femmes enceintes de la ville de Bobo Dioulasso. Les tests pratiqués sont des ELISA VIH-1 et VIH-2, confirmés en WBlot. Sur un échantillon de 126 femmes, dont le mode de recrutement n'est pas précisé, ils trouvent 7,1 % de séropositivité globale pour les VIH, dont 44 % de séropositivité VIH-1, 22 % de VIH-2 et 33 % de doubles profils. Ils ont pu tester 44 des conjoints de ces femmes, parmi lesquels 7 sont également séropositifs (15,9 %).

Une étude menée au Centre Hospitalier Régional de Gaoua, avec l'aide de l'agence de coopération allemande G.T.Z.¹⁰⁴, sur les femmes enceintes consultant à la maternité entre mai et juillet 1993, montre un chiffre de 11,26 % de séropositivité globale pour les VIH. Cependant le laboratoire de l'hôpital n'a testé les sérums qu'en ELISA, sans confirmation par WBlot.

¹⁰² ROCHEREAU A, LANKOANDE S, YAMEOGO M *et coll.* VIème Conférence Internationale sur le Sida en Afrique, Dakar 1991.

¹⁰³ SANGARE L, LUKI N, TRAVERS K *et al.* VIème Conférence Internationale sur le Sida en Afrique, Dakar 1991.

¹⁰⁴ DESMARTHON M. GTZ, 1993. Etude non publiée.

4.3 Enquêtes de séroprévalence ciblées

4.3.1 Patients adultes atteints de Maladies Sexuellement Transmissibles (MST)

Les taux de séropositivité pour les VIH sont beaucoup plus élevés parmi les patients recrutés lors de consultations pour infections génitales que dans les populations sentinelles.

La plus ancienne étude sur le VIH au Burkina Faso est celle de **Tiendrebeogo et coll.**¹⁰⁵, qui ont testé 61 patients vus en consultation pour MST à l'hôpital de Ouagadougou entre juillet 85 et juillet 86. Les tests sérologiques étaient réalisés en ELISA, et contrôlés en immunofluorescence. Parmi ces patients, ils trouvent **21,7 %** de séropositifs aux deux tests. Ce taux particulièrement élevé s'explique probablement par le fait que les auteurs ne testaient que les patients atteints de MST traînantes ou récidivantes.

Ainsi, **Baudon et coll.**⁹³ rapportent **2,4 %** de séropositivité VIH-1 parmi 410 patients adultes référés au laboratoire du Centre Muraz pour sérologie syphilitique entre janvier et juin 1986. Cependant, il n'a pas été réalisé de test ELAVIA pour le VIH-2 dans cette étude et seuls les sérums confirmés en WBlot VIH-1 ont été testés en WBlot VIH-2. Cinq cas de double séropositivité sont signalés, soit **1,2 %** des patients testés. Les sérums positifs pour VIH-2 seul passent donc inaperçus dans cette étude, et les co-infections ne peuvent être que supposées en l'absence de test de confirmation complémentaire (type PCR).

Un groupe de 32 patients atteints de MST figure dans l'étude de **Kanki et coll.**⁹⁵ en 1986. Selon les résultats sérologiques, **15,6 %** d'entre eux étaient infectés par le VIH-2 mais aucun par le VIH-1.

L'étude **CDC 1987** montre **59 %** de séropositifs parmi les 200 patients testés, consultants pour MST dans divers services de santé de Ouagadougou (2/3 de VIH-1, 1/3 de doubles profils).

¹⁰⁵ TIENDREBEOGO H, SOUDRE RB, CATALAN F. *Med Afr Noire* 1988: 35.

Rochereau et coll.⁹⁹ ont testés les sérums de 192 hommes adultes atteints de MST, consultant en février-mars 1990 et pendant la même période un an plus tard, dans 8 dispensaires de Bobo Dioulasso. Les taux de séropositivité pour les VIH étaient respectivement de 19,6 et 17,5 % pendant ces deux périodes. 80 % de ces cas d'infections étaient à VIH-1, 5,7 % à VIH-2, 14,3 % étaient des co-infections (supposées).

Lankoandé et coll.¹⁰⁶ rapportent, dans une étude consacrée aux étiologies des ulcérations génitales, réalisée à Bobo Dioulasso en juin-juillet 1990 et mars-avril 1991, 18 % de séropositivités aux VIH parmi une population de 205 hommes adultes atteints de MST. Ces cas se répartissaient en 80 % d'infections à VIH-1, 6 % à VIH-2, 14 % de co-infections supposées.

Méda et coll.¹⁰⁷ ont étudié une population de 223 femmes en âge de procréer, consultant dans le service de Gynécologie-Obstétrique du Centre Hospitalier National Sourô SANOU de Bobo Dioulasso, pour infection génitale de mai à octobre 1992. Parmi celles-ci, 41,8 % étaient séropositives pour les VIH. Ce résultat très élevé s'explique probablement par le type de recrutement particulier de l'étude (service de référence national). En effet, ces femmes étaient souvent référées par d'autres structures sanitaires à la suite d'infections particulièrement sévères, résistantes aux traitements, ou récidivantes. =

Sangaré et coll.¹⁰⁰ ont étudiés les sérums de 25 patients atteints de MST, recrutés à Bobo Dioulasso en 1990-91. Dix d'entre eux étaient séropositifs (40 %), dont 6 à VIH-1, 1 seul à VIH-2 et 3 pour les deux virus.

4.3.2 Prostituées

Les données les plus anciennes proviennent de l'enquête de **Kanki et coll.**⁹⁵ de 1986. Dans cette étude, 308 prostituées de Ouagadougou, recrutées au niveau d'un dispensaire urbain, sur la base du volontariat et avec l'aide de travailleurs sociaux, ont été testées pour les VIH. Les résultats font apparaître des taux de séropositivité pour VIH-1 et VIH-2 : respectivement de 8,8 % et 14,6 %, tandis que 5,8 % de ces femmes sont séropositives pour les deux virus à la fois (sans que l'on puisse cependant affirmer formellement une co-infection).

¹⁰⁶ LANKOANDE S, ROCHEREAU A, MUGRDITCHIAN D *et al.* *International Congress for Infectious Diseases*, Nairobi 1992. Une publication précédente au Congrès de Dakar 1991, rapportaient des résultats intermédiaires de cette étude.

¹⁰⁷ MEDA N, LEDRU S, FOFANA M *et coll.* *VIIIème Conférence Internationale sur le Sida et les MST*, Marrakech 1993.

L'année suivante, **Sangaré**¹⁰⁸ réalise une étude similaire sur 261 prostituées de la même ville, recrutées dans les mêmes conditions, et trouve **14,9 %** et **5,6 %** de séropositives respectivement pour les VIH-1 et 2. **4,8 %** d'entre elles sont séropositives pour les deux virus.

Bakouan et coll.¹⁰⁹ étudient en 1989 une petite population de prostituées (n = 38) d'une région rurale du nord du pays. Ils trouvent **44,7 %** de séropositivité pour VIH-1 et **23,7 %** pour VIH-2. Les doubles profils sont comptabilisés dans chacun de ces taux.

Lankoandé et coll.¹⁰² trouvent **45 %** de séropositivité globale pour les VIH parmi 182 prostituées et « filles de bar »¹¹⁰, référées durant novembre et décembre 1991 par le Service d'Hygiène de la ville de Bobo Dioulasso. Le VIH-1 représente 80 % des cas d'infection, le VIH-2 6 % et les doubles profils 12 %.

4.3.3 Enfants et adolescents

L'étude de la séroprévalence des VIH parmi des groupes d'enfants a fait l'objet de plusieurs publications. Les plus anciens groupes testés (1983) figurent dans le travail rétrospectif de **Baudon et coll.**⁹³, qui avaient étudié :

- ◆ 141 enfants de 1 à 4 ans,
- ◆ 451 enfants de 7 à 9 ans,
- ◆ 116 adolescents de 12 à 16 ans.

Aucun cas de séropositivité n'avait alors été découvert.

Plusieurs études ont été réalisées au Centre Hospitalier National Sourô SANOU de Bobo Dioulasso, dans le service de pédiatrie du Dr François TALL. **Tall et coll.**¹¹¹ trouvent un taux de séropositivité VIH global de **3,3 %** parmi 897 enfants âgés de 0 à 36 mois, admis dans le service de pédiatrie entre janvier 1990 et mars 1991. Il s'agit d'une étude systématique, sans distinction entre les différents motifs d'hospitalisation. VIH-1 représente 87 % des infections tandis que 10 % des enfants infectés ont des profils WBlot VIH-1 indéterminés et 3% des

¹⁰⁸ SANGARE L, KANKI P, SOUDRE R *et coll.* *Vème Conférence Internationale sur le SIDA, Montréal* 1989.

¹⁰⁹ BAKOUAN D, LORENZ N, OUEDRAOGO LH *et al.* *Vième International Confernce on AIDS, San Francisco* 1990.

¹¹⁰ Ce sont les femmes employées dans les bars et dancings de la ville pour le service des clients. Elles sont fréquemment d'origine étrangère (venant du Togo, du Bénin, du Ghana...) et exercent souvent une activité régulière de prostitution.

¹¹¹ TALL F, SICARD JM, LEDRU E *et coll.* *VIIIème Conférence Internationale sur le Sida et les MST, Marrakech* 1993. Voir aussi SICARD JM, TALL F, LEDRU E *et coll.* *IIèmes Journées Scientifiques du Houet, Bobo Dioulasso* 1993.

doubles séropositivités VIH-1+2. Les tests pratiqués étaient des ELISA et WBlot classiques pour les enfants âgés de 18 mois et plus, et la recherche d'antigène p24 chez les moins de 18 mois. L'étude du statut sérologique des mères montrait 9,8 % de séropositivités pour les VIH (87 % de VIH-1, 8 % de VIH-2 et 5 % de doubles profils). Là encore, les doubles profils ne traduisent pas forcément des co-infections.

Tall et coll.^{112 113} ont également étudié les enfants hospitalisés pour malnutrition. Entre juillet 1989 et octobre 1990, parmi les 433 enfants recrutés, la séoprévalence globale des VIH était de 14,5 %, avec 96 % de ces infections dues à VIH-1. Il est particulièrement intéressant dans cette étude de noter que 77 % de ces infections étaient d'origine maternelle prouvée, tandis que 12 % étaient probablement d'origine transfusionnelles et les 13 % restantes de cause inconnue. Les quelques cas d'infections à VIH-2 ne semblaient pas d'origine maternelle.

Une étude du **Centre Muraz**¹¹⁴ réalisée en 1991 chez 679 enfants atteints de maladies diarrhéiques montre 5,3 % de séropositivité globale, dont 1 seul enfant séropositif pour VIH-2. Parmi les mères de ces enfants, 266 ont pu être testées, et 15 d'entre elles sont séropositives (5,6 %), dont une seule à VIH-2.

4.3.4 Patients atteints de Tuberculose

Plusieurs enquêtes de séoprévalence ont été conduites dans des groupes de malades tuberculeux au Burkina Faso.

L'enquête **CDC 1987** a étudié le statut sérologique de 200 patients tuberculeux de Ouagadougou. Une prévalence de 29 % de séropositifs (pour les deux VIH confondus) est découverte.

Dans l'étude de **Rochereau et coll.**⁹⁹, 683 patients tuberculeux, dépistés entre janvier 1989 et juin 1991 au Centre Régional de Lutte Anti-Tuberculeuse de Bobo Dioulasso ont été testés par sérologie VIH. Près d'un quart d'entre eux sont infectés par VIH : 24,2 %. VIH-1 prédomine avec 76,8 % des cas d'infections, VIH-2 ne représente que 9,2 % d'entre elles, tandis que 14 % des cas sont des doubles séropositivités VIH 1 et 2. Entre 1989 et 1991, la

¹¹² TALL F, PRAZUCK T, SANOU T *et coll.* *Pédiatrie en Afrique* 1992; 4. Voir aussi TALL F, PRAZUCK T, SANOU T *et coll.* *VIème Conférence Internationale sur le Sida en Afrique, Dakar* 1991.

¹¹³ PRAZUCK T, TALL F, NACRO B *et al.* *AIDS* 1993; 7.

¹¹⁴ ANONYME. Programme National de Lutte contre le Sida. Revue de la première année de mise en oeuvre du Plan à Moyen Terme, 1991.

prévalence de l'infection à VIH ne semble pas augmenter significativement parmi cette population : 23,8 % en 1989, 23,5 % en 1990, 25,8 % en 1991.

Cependant des études antérieures montraient une progression très nette des VIH dans cette population avec, parmi les nouveaux patients dépistés dans ce même CRLAT de Bobo Dioulasso en 1987 et 1988, des prévalences respectives de 12,5 %¹¹⁵ et 19 %¹¹⁶ pour les infections à VIH. Plus récemment, et toujours dans le même centre de lutte antituberculeuse, sur une série de 71 patients atteints de tuberculose pulmonaire évolutive recrutés en 1993, Yaméogo et coll.¹¹⁷ trouvent 36,6 % de séropositivités VIH. VIH-1 représentait 73 % de ces infections, tandis que les 27 % restants étaient des doubles profils, car ils ne trouvent curieusement pas de cas d'infection à VIH-2 dans cette série.

29 % des tuberculeux testés dans l'étude CDC de 1987 à Ouagadougou sont séropositifs. Deux tiers des cas de séropositivités sont à VIH-1 seul, le tiers restant sont des doubles séropositivités.

4.3.5 Prisonniers

Dans l'enquête de Kanki et coll.², conduite en 1986, un groupe de 55 adultes incarcérés à Ouagadougou a été étudié. Un seul cas de séroposivité avérée pour VIH-1 était découvert et il n'y avait aucun patient infecté par le VIH-2 dans ce groupe.

4.3.6 Donneurs de sang

Les hôpitaux nationaux de Ouagadougou et Bobo Dioulasso ont progressivement réorganisé la collecte, le conditionnement et le contrôle de la transfusion sanguine depuis 1987, date de l'adoption du premier programme national de lutte contre le sida. Les banques de sang des deux hôpitaux nationaux sont ainsi équipés en chaîne ELISA, pour tester en sérologies VIH les sangs de donneurs. La population de donneurs est assez hétérogène, puisqu'y figurent à la fois des scolaires, des militaires, des employés de grandes entreprises, régulièrement

¹¹⁵ PRAZUCK T, CAUCHOIX B, YAMEOGO M et coll. *VIème Conférence Internationale sur le Sida en Afrique, Dakar* 1991.

¹¹⁶ MALKIN JE, PRAZUCK T, YAMEOGO M et coll. *VIème Conférence Internationale sur le Sida en Afrique, Dakar* 1991. Voir aussi MALKIN JE, YAMEOGO M, PRAZUCK T et al. *VII International Conference on AIDS, Florence* 1991.

¹¹⁷ YAMEOGO M, LEDRU E, CAUCHOIX B et coll. *VIIIème Conférence Internationale sur le Sida et les MST, Marrakech* 1993.

sollicités pour le don du sang, mais aussi des parents de patients hospitalisés, etc. Le don du sang est volontaire et non rémunéré.

L'étude **CDC 1987** montrait une séroprévalence de **11 %** pour les VIH (confirmée en WBlot) dans une population de 200 donneurs de sang, testés en octobre 1987.

Les résultats obtenus depuis 1990 à la Banque du Sang du Centre Hospitalier Yalgado OUEDRAOGO de Ouagadougou sont exposés dans le tableau ci-dessous.

Tableau 4-2

	1990	1991	1992	1993	1994*
Donneurs	4823	5259	5121		1833
% VIH +	11,49	9,38	9,69		5,84

* janvier à mai compris

Les résultats de la Banque de Sang du Centre Hospitalier National Sourô SANOU figurent au tableau .

Tableau 4-3

	1989	1990	1991	1992	1993	1994*
Donneurs	2244	2578	3351	3105	2977	1522
% VIH +	14,4	13,6	11,58	11,05	10,25	10,45

* période du 1er janvier au 31 août 1994

Un seul Centre Hospitalier Régional est également équipé en chaîne ELISA (Koudougou), mais n'utilise pas ce matériel faute de réactifs. Les autres hôpitaux du pays ne réalisent que des tests rapides de sérologie VIH sur les sang de donneurs.

4.3.7 Militaires

A notre connaissance, plusieurs études ont été menées dans l'armée burkinabè depuis 5 ans au moins, par des médecins ou biologistes militaires dans différentes régions militaires du pays, mais il n'est pas possible d'obtenir des précisions sur leurs résultats, car ceux-ci sont

considérés comme confidentiels, relevant du « secret défense ». Il n'y aurait cependant pas de dispositions officielles interdisant la publication de tels résultats. Les taux de séroprévalence dans l'armée sont très probablement nettement plus élevés qu'en population générale, comme cela a pu être constaté dans de nombreux autres pays. Ils dépassent probablement 10 % à l'heure actuelle. L'armée s'est d'ailleurs engagée activement dans la lutte contre le sida au Burkina Faso.

4.3.8 Malades hospitalisés

Parmi 22 patients hospitalisés à Ouagadougou en 1986, Sangaré^{96,97} trouve 4,5 % de séropositifs pour VIH-1, aucune séropositivité pour VIH-2.

19 % des 200 malades testés, hospitalisés au CHNYO, sont séropositifs dans l'enquête CDC 1987 (2/3 de VIH-1, 1/3 de doubles profils).

Lors de l'enquête nationale de 1989, 6 % des patients consultant à l'hôpital de la ville de Gorom-Gorom étaient séropositifs¹¹⁸. Les taux de séropositivité parmi les populations de malades hospitalisés à Tenkodogo et Diébougou-Dano étaient beaucoup plus élevés, respectivement 34,9 et 28,4 %.

¹¹⁸ ANONYME. Comité National de Lutte contre le Sida, Plan à Moyen Terme II (1993-95), 1992.

4.4 Déclaration officielle des cas de sida au Burkina Faso :

La reconnaissance officielle de la présence de malades du sida au Burkina Faso remonte à 1986, avec la première déclaration de cas à l'OMS. Depuis, le nombre de cas déclaré a très rapidement augmenté, mais ne reflète pas fidèlement la réalité épidémiologique de la maladie. La sous-déclaration des cas de sida est manifeste. Les effectifs de cas déclarés depuis 1986 figurent au tableau 3-4 .

Tableau 4-4

Années	Nbre de cas	Cas cumulés
1986	10	10
1987	21	31
1988	394	425
1989	351	776
1990	202	978
1991	835	1813
1992	1073	2886
1993	836	3722
1994	*	*

Source : Ministère de la Santé, de l'Action Sociale et de la Famille, Direction de la Médecine Préventive.

* non disponible

Ces chiffres sont certainement très en dessous de la réalité, pour de multiples raisons sur lesquelles nous reviendrons dans le dernier chapitre. La déclaration des cas de sida (de même que celle des MST), de principe obligatoire pour toutes les structures sanitaires du pays, repose sur une notification mensuelle auprès des Directions Provinciales de la Santé par l'intermédiaire d'une « fiche de notification des cas de sida ». Pour tenter d'améliorer cette notification, des mesures techniques viennent d'être proposées par le Sous-comité Surveillance Epidémiologique du CNLS :

- ◆ les personnels de santé doivent être sensibilisés à l'occasion des séminaires de formation sur le sida,
- ◆ les *Comités de Surveillance Epidémiologique* mis en place dans les DPS doivent procéder à la collecte, la saisie et l'analyse des données transmises par les structures sanitaires,
- ◆ celles-ci doivent être transmises chaque trimestre au CNLS pour le *sous-comité Surveillance Epidémiologique*, qui doit établir une analyse trimestrielle et annuelle de la situation, ainsi qu'une rétro-information des structures sanitaires,
- ◆ une note explicative sur la définition des cas de sida et sur le remplissage de la fiche de notification doit être diffusée par le CNLS dans toutes les formations sanitaires publiques ou privées,
- ◆ une notification des séropositivités par les laboratoires est instituée.

5. Politique de lutte contre le sida au Burkina Faso

5.1 Introduction

Dans ce chapitre, nous tentons de préciser les caractéristiques de la lutte contre le sida au Burkina Faso. Nous reprenons le sens chronologique, en détaillant les étapes de son élaboration à partir de 1987, date à laquelle nous avons abandonné l'historique du sida au Burkina Faso dans le chapitre 3.

Les différents plans de lutte contre l'épidémie sont détaillés, en exposant les différents objectifs et stratégies adoptés, les moyens mis en oeuvre. Nous étudions également l'évolution des institutions nationales en charge de la lutte contre le sida.

Les acquis et les limites de chacun de ces plans sont soulignés et commentés.

5.2 Comité National de Lutte anti-SIDA

Comme nous l'avons souligné plus haut, c'est avec la création du *Comité National de lutte contre les infections à LAV/HTLV III*, appelé *Comité National de lutte Anti-SIDA* (CNLS), que commence la lutte contre le sida au Burkina Faso. Sa création remonte au 27 octobre 1986, précédant de quelques mois celle des comités analogues dans les pays environnants. Ce premier comité, composé de fonctionnaires du Ministère de la Santé et de quelques médecins est essentiellement technique et consultatif, sans pouvoirs ni moyens. Il est surtout chargé de prendre les dispositions de programmation nécessaires à la réalisation du « Programme de lutte contre les MST, le sida y compris » élaboré par la *Direction de la Surveillance Epidémiologique*.

5.3 Programme de lutte contre les MST, le sida y compris

Ce programme assez succinct comprend quelques orientations stratégiques pour la lutte contre le sida et les maladies sexuellement transmissibles. Il faut remarquer que ce programme, élaboré rapidement par des responsables techniques du Ministère de la Santé, couple en toute logique la lutte contre le sida à la lutte contre les MST. Au niveau de l'OMS, il faudra attendre les *Plans à Moyen Terme* (1990), pour que le sida soit considéré comme une MST et que les programmes de lutte soient couplés. Ce programme prévoit la mise en place dans les services de santé d'équipements de laboratoires pour le diagnostic des MST (syphilis, gonorrhée, chlamydioses, chancre mou) et du sida (tests ELISA), ainsi que l'approvisionnement en médicaments (antibiotiques) adéquats. La formation des personnels de la santé en diagnostic et traitement des MST et du sida sera réalisée. Des campagnes d'informations à l'usage du grand public seront conduites sur les MST.

En réalité, ce programme aura eu une durée de vie très courte, sans donner lieu à des réalisations très approfondies, faute de financements. Ce sont les plans de l'OMS qui s'imposent rapidement, et qui obtiennent le soutien des *bailleurs de fond*.

5.4 Plan à Court Terme

5.4.1 Contexte, objectif général du PCT

Le *Plan à Court Terme* de lutte contre le sida est finalisé en août 1987. Il est élaboré lors de réunions entre les animateurs du *Comité National de Lutte anti-Sida* et une mission de consultants de l'OMS/GPA, après rencontre des différents responsables politiques et techniques du Ministère de la Santé.

L'objectif général de ce plan est de « réduire l'incidence et la prévalence du sida et des MST sur l'ensemble du territoire du Burkina Faso, par l'éducation, la formation, et le renforcement des structures sanitaires ». Il doit mettre en conformité les activités de lutte contre le sida au Burkina Faso avec les directives de l'OMS/GPA, élaborées dans le cadre de son Programme Mondial sur le Sida. Les bailleurs de fond sollicités dans la lutte contre le sida ont conditionné leurs engagements financiers à l'adoption d'une politique de lutte contre la maladie conforme aux recommandations de l'OMS. L'aide internationale passe ainsi obligatoirement par la mise en place de plans de lutte, élaborés selon les stratégies définies par l'OMS, dans l'ensemble des pays touchés par l'épidémie.

Les autorités sanitaires du Burkina Faso, à l'instar de celles des pays voisins, sont logiquement amenées à adopter une stratégie de lutte contre le sida tenant étroitement compte des recommandations de l'OMS.

A l'époque de la rédaction du *Plan à Court Terme*, les préoccupations de ses auteurs sont de plusieurs ordres. Une première évidence reconnaît la présence des deux virus du sida au Burkina Faso, non seulement dans les groupes dits *à risque*, mais aussi dans la population dite générale ou « témoin ». Dix décès ont déjà été imputés avec certitude au sida dans la ville de Ouagadougou. L'introduction du document final du PCT précise sur ce sujet : « Il est à craindre que le chiffre transposé à l'ensemble du pays soit très supérieur ». Cependant, les auteurs constatent que la situation épidémiologique est encore inconnue, et qu'elle « empêche toute estimation du nombre actuel de porteurs de virus ».

Des mesures urgentes apparaissent néanmoins indispensables devant l'exemple d'autres pays, dans lesquels l'épidémie a pris une extension extrêmement rapide. Les rédacteurs du PCT prennent acte des premières mesures prises par les autorités politiques du Burkina Faso (création du CNLS et du programme de lutte contre les MST, le sida y compris) et de la demande du gouvernement à l'OMS de dépêcher une mission d'étude pour préparer le PCT.

5.4.2 Place du PCT dans la lutte contre le sida

Du point de vue stratégique, le *Plan à Court Terme* doit constituer une première étape de la lutte contre le sida, destinée à évaluer sa prévalence dans l'ensemble de la population, et à mettre en place les capacités diagnostiques ainsi que les principales activités de prévention de la maladie. Il est ainsi censé préparer une deuxième phase de la lutte contre le sida que représentera le *Plan à Moyen Terme*, dont l'objectif général est d'approfondir les actions initiées. Le PCT doit en quelque sorte « défricher le terrain ». Sa durée est prévue pour 9 mois, de septembre 1987 à juin 1988.

5.4.3 Objectifs spécifiques

Les objectifs spécifiques du PCT sont au nombre de neuf. Ils couvrent en réalité l'ensemble du champ de la lutte contre le sida.

5.4.3.1 Evaluer la prévalence des infections à VIH

Le premier objectif vise à évaluer la prévalence des infections à VIH-1 et VIH-2 dans les populations urbaine et rurale du pays. Il affirme la nécessité de préciser l'épidémiologie de ces infections pour guider les programmes de lutte contre le sida. En pratique, il prévoit la réalisation d'une enquête séro-épidémiologique de grande envergure, sur des échantillons de population représentatifs des milieux urbains et ruraux. La taille d'échantillon nécessaire est évaluée à 2000 personnes. Les sérums seront traités au *Laboratoire National de Référence* (cf. plus loin), testé pour les deux virus, éventuellement congelés pour analyses ultérieures (ce qui revient à créer une sérothèque nationale). Il est également prévu dans cet objectif de « poursuivre et élargir l'étude à petite échelle des groupes à risque ». Les « groupes à risque » identifiés dans le PCT sont les prostituées, les détenus et les malades souffrant de MST. D'autres groupes non encore étudiés sont considérés comme « potentiellement à risque », tels

les tuberculeux, les drépanocytaires, les personnels de maternités. Enfin, la surveillance régulière des femmes enceintes par « échantillonnage périodique » est souhaitable.

Le budget prévu pour ce premier volet du PCT est de 26.450 \$, soit 160 000 FF.

5.4.3.2 Prévention de la transmission de l'infection par les VIH

Les quatre objectifs suivants (n° 2 à n° 5) du *Plan à Court Terme* abordent la prévention de la transmission de l'infection par les VIH. Leurs mises en oeuvre représentent 33 % du budget prévisionnel total du PCT, avec 83.500 \$ (soit environ 500 000 FF), si l'on excepte le budget d'aménagement du *Laboratoire National de Référence* sur les VIH (26 % du budget total du PCT à lui seul, soit 64.300 \$).

5.4.3.2.1 Transmission par voie sexuelle

Pour ce qui concerne la transmission par voie sexuelle, l'approche doit combiner une action éducative, par la mise en place d'un programme d'éducation sanitaire sur le sida, et une amélioration de l'accessibilité et de l'usage des préservatifs.

Un programme d'éducation sanitaire, appelé « Information, Education, Communication » (IEC), prévoit de former par ateliers de 2 jours des éducateurs pour la prévention du sida, choisis parmi les personnels de santé : formateurs paramédicaux, personnel médical de toutes les DPS et 800 agents de santé des CSPS. Des responsables de l'éducation, des responsables politiques et des personnels d'ONG pourront également bénéficier de cette formation. Une information plus large à l'attention du grand public utilisera comme relais les média audiovisuels. Elle sera complétée par des actions auprès des populations employant des approches éducatives « *non conventionnelles* » (chanson, affiche, théâtre). La promotion des préservatifs sera incluse dans chacune de ces actions. Le programme IEC considère l'information des *groupes à risque* comme prioritaire. A titre d'exemple, les prostituées seront invitées à visiter les consultations MST pour réalisation éventuelle d'un test sérologique VIH, recevoir des préservatifs gratuits, ainsi que des informations et conseils sur le sida. Parmi les autres *groupes à risque*, ou groupes dits *non conventionnels*, cibles du programme, sont cités pêle-mêle les étudiants, les routiers, la police, l'armée, les chauffeurs de taxi et les prisonniers.

Le CNLS demande l'assistance d'un consultant de l'OMS sur ce programme d'IEC.

Dans ce volet du PCT sur la prévention de la transmission sexuelle du sida, on met également l'accent sur la promotion du préservatif. Jusqu'en 1987, ceux-ci n'étaient distribués

que dans l'optique du contrôle des naissances, dans les services de SMI. On pouvait également en trouver dans les pharmacies (à des prix prohibitifs). Leur utilisation était donc particulièrement peu répandue au Burkina Faso, leur existence souvent méconnue.

Le PCT demande aux bailleurs de fond d'assurer la fourniture initiale d'1 million de préservatifs, destinés à une distribution générale. Il en assurera l'accessibilité par une autorisation de distribution dans le maximum d'endroits : Comités de Défense de la Révolution, formations sanitaires, groupements villageois, bars, hôtels, clubs de sport et de jeunesse, université, stations services, usines, garages. La promotion de leur utilisation rentre dans les objectifs du *Programme IEC*, cités plus haut. L'objectif est de rendre les préservatifs « disponibles, accessibles et utilisés sur l'ensemble du territoire » au terme du PCT.

5.4.3.2.2 Transmission par voie sanguine

La place de la transmission des VIH par voie sanguine est très mal connue au moment de la rédaction du PCT. Il n'y a qu'une seule banque de sang opérationnelle dans le pays, celle de l'hôpital Y. Ouedraogo de Ouagadougou, dans laquelle aucun test virologique n'est pratiqué. Le recours à la transfusion sanguine permet en général de résoudre des situations d'urgence (les produits de substitution du sang tels que les solutés de macromolécules sont très onéreux, et peu disponibles), mais il est assez fréquent dans d'autres indications. On traite souvent les anémies profondes par transfusion sanguine en dehors de l'urgence (anémies carencielles des femmes enceintes et des enfants malnutris, anémies infectieuses...).

Quatre orientations stratégiques sont énoncées dans le PCT pour tenter de prévenir la transmission des VIH par la voie sanguine. Il convient tout d'abord de diminuer le nombre de transfusions sanguines, dont les indications sont jugées excessives. Un effort dans ce sens est demandé aux médecins de l'hôpital de Ouagadougou. Le CNLS est chargé de réaliser une consultation nationale auprès des prescripteurs (pédiatres, obstétriciens et chirurgiens surtout) pour préciser et normaliser les indications de transfusion, informer sur le risque transfusionnel. Il est également nécessaire de mettre à disposition de ces médecins des alternatives thérapeutiques à la transfusion, et d'en stimuler l'utilisation.

Si l'on peut certainement réduire le nombre de transfusions sanguines, elles n'en demeurent pas moins indispensables dans certains cas. Il faut donc tenter de limiter le risque de transmission des VIH au niveau de la banque de sang. Les trois orientations suivantes visent cet objectif :

- ◆ mettre en place à la banque de sang de Ouagadougou un questionnaire pour les donneurs de sang, afin de trier les sangs recueillis et d'écartier les sangs supposés « à risque » qui ne seront utilisés « *qu'en cas d'extrême nécessité vitale* ».
- ◆ créer un laboratoire de dépistage sida à l'hôpital Y. Ouedraogo, chargé de réaliser les examens sérologiques de dépistage pour la banque de sang, de diagnostic pour les malades hospitalisés ou vus en consultation, et d'enquêtes séro-épidémiologiques.
- ◆ identifier les besoins décentralisés en transfusion sanguine. Un projet de banque de sang est en cours de développement à l'hôpital de Bobo Dioulasso.

5.4.3.2.3 Transmission iatrogène

Proche de la transmission par voie transfusionnelle, de par son caractère médicalisé, la transmission dite *iatrogène* des VIH concerne les gestes médicaux et paramédicaux tels que :

- ◆ injections intraveineuses, intramusculaires, vaccinations, prélèvements sanguins...
- ◆ soins divers tels que parages de plaies, sutures, soins dentaires...
- ◆ accouchements et interventions chirurgicales.

Ce mode de transmission est très mal connu au Burkina Faso à l'époque de la rédaction du PCT. Cependant, « la responsabilité des services sanitaires face au public » est fort justement invoquée pour justifier des mesures de prévention urgentes. Les mesures proposées visent tout d'abord à **réduire le nombre d'injections prescrites**. Celui-ci est en effet très élevé au Burkina Faso, où le prestige de la piqûre (comme dans les autres pays de la région) n'est plus à démontrer. Il serait trop long et hors de propos de détailler ici les raisons socio-anthropologiques complexes de cet état de fait, mais la limitation de l'usage des injections en les remplaçant par des traitements oraux équivalents pose d'incontestables problèmes d'acceptabilité de la part des patients et des prescripteurs. Le PCT préconise de développer des messages d'éducation sanitaire dans ce sens et d'inciter les prescripteurs à réduire l'usage des injections par une large information sur le risque de transmission des VIH qu'ils font encourir à leurs patients.

L'amélioration des procédures de stérilisation du matériel est nécessaire. La plupart des structures de soins utilisent en effet l'ébullition non couverte, technique qui n'assure pas

une sécurité satisfaisante (pour l'ensemble des agents infectieux en général), d'autant que l'observation des procédures montre de nombreuses erreurs. Il est prévu d'étudier ces procédures, afin de proposer des solutions techniques adaptées, et d'équiper toutes les structures sanitaires en matériels de stérilisation fiables (autocuiseurs, réchaud à gaz ou à pétrole), en assurant un renouvellement des combustibles. La **mise à disposition de seringues et d'aiguilles stérilisables** dans toutes les structure sanitaires devra succéder à l'objectif précédent. Les personnels de santé recevront une formation en matière de techniques de stérilisation et d'injections, et seront motivés à l'application de ces techniques. Le PCT prévoit l'utilisation de slogans tels que : « *un enfant, une aiguille* ».

Une dernière orientation concerne la destruction sans danger des produits contaminés (provenant notamment des blocs opératoires et des maternités). Le PCT étudiera les procédures existantes ainsi que les besoins en matériel d'incinération, afin de proposer une stratégie dans le cadre du plan suivant (PMT). Au titre de cette dernière orientation, le problème particulier du placenta est abordé en quelques mots. La pratique de l'enterrement coutumier du placenta est extrêmement répandue au Burkina Faso, considérée comme essentielle par de nombreuses familles (il en va symboliquement de la vie de l'enfant venu au monde). La question du risque contaminant d'une telle pratique est évoquée dans le PCT, qui préconise d'étudier les moyens de « rendre cette coutume non contaminante ».

5.4.3.2.4 Transmission par des pratiques non médicales

Le dernier des quatre objectifs définis dans le cadre de la prévention de la transmission des VIH par le PCT aborde le difficile problème des pratiques non médicales contaminantes. Il n'y a pas d'études disponibles sur le risque de contamination lors de la circoncision, de l'excision, des scarifications ou injections « sauvages »¹¹⁹. Ces pratiques sont pourtant répandues au Burkina Faso. Elles sont le fait de multiples acteurs (dont des tradipraticiens¹²⁰), plus ou moins spécialisés dans l'une ou l'autre d'entre elles. Elles échappent le plus souvent au champ de la médecine « moderne », car elles ne sont en général pas pratiquées par des agents de la santé. L'excision, pratiquée traditionnellement par des femmes âgées, est en effet

¹¹⁹ ce risque n'a pas fait l'objet, pour l'instant et à notre connaissance, d'études spécifiques au Burkina Faso.

¹²⁰ on doit cette appellation à l'OMS, qui l'a créée pour désigner les praticiens de la « médecine traditionnelle », entendue comme : « l'ensemble des représentations, des pratiques et des institutions qui interviennent au moins partiellement autour de la maladie et qui se réfèrent à un savoir local » (définition énoncée par Didier Fassin).

officiellement interdite par la loi, mais n'a pas disparu pour autant¹²¹, même si sa pratique est plus clandestine. La circoncision devient en revanche plus médicalisée, notamment en milieu urbain, où elle est réalisée plus tôt dans la vie (nourrissons), et par des agents de santé. La pratique des scarifications (sur le visage, le torse) est fréquente dans certaines sociétés (Bwa, Nounouma...), mais devient de moins en moins courante. Enfin, certains « soigneurs », sans rapport avec la médecine officielle ou avec la « médecine traditionnelle », pratiquent des traitements à base d'injections.

Le PCT prévoit un recensement et une identification précise de l'ensemble de ces pratiques, pour en déterminer la fréquence dans la population et le potentiel contaminant. Il préconise la généralisation de l'intervention des agents de santé qualifiés en ce qui concerne la circoncision, l'établissement de contacts avec les associations locales de tradipraticiens, pour mieux connaître leurs pratiques et leur dispenser une éducation sanitaire sur le risque de transmission des VIH.

5.4.3.3 Renforcement des capacités diagnostiques

L'objectif 6 du PCT pose le problème du renforcement des capacités locales en matière de diagnostic clinique et biologique des infections à VIH. La création d'un centre de diagnostic biologique (LNR), prévue dans le cadre de l'objectif 3 du plan, répond déjà à cette nécessité. Il est recommandé au CNLS d'entretenir des contacts réguliers avec des partenaires scientifiques internationaux qui pourront assurer les tests sérologiques de confirmation pour les VIH, en attendant la mise au point des tests Western Blot au *Laboratoire National de Référence*.

La formation des personnels de santé au diagnostic clinique des infections à VIH apparaît impérative aux rédacteurs du PCT. Elle est prévue lors des séminaires-ateliers programmés dans le cadre des objectifs de prévention de la transmission des VIH. Pour les agents de santé primaire, l'accent sera mis sur les « critères de suspicion » de sida, le conseil individuel et la confidentialité.

Enfin, on mettra en place un système de notification des cas de sida dans le pays. Un formulaire sera mis au point, couplé à un système de rapport d'urgence. Un centre national de traitement des données sera créé pour exploiter les notifications de cas, de façon à pouvoir suivre l'évolution de l'épidémie, et initier la déclaration régulière du nombre de cas à l'OMS.

¹²¹ au moment de la rédaction du PCT, une campagne énergique de lutte contre l'excision est à l'oeuvre depuis environ 3 ans, sous l'impulsion du régime révolutionnaire et du Président Sankara lui-même, qui en a fait une des grandes batailles de la révolution, dans le cadre de la revalorisation du statut de la femme.

5.4.3.4 Amélioration de la prise en charge médicale, psychologique et sociale des malades atteints de sida et des séropositifs

Les orientations affirmées par le PCT dans cet objectif n°7 vont dans quatre directions principales. Le PCT s'oppose à la création de centres spéciaux de traitement des malades du sida, ou de suivi des séropositifs, en préconisant des activités de soins décentralisées dans toutes les structures sanitaires du pays. Il convient pour cela de motiver les personnels de santé dans cette nouvelle activité thérapeutique, mais aussi dans le soutien psychologique aux malades et à leurs familles, de façon à éviter l'isolement, voire l'abandon des patients. Le CNLS est chargé de coordonner les activités de prise en charge qui seront développées par les ONG et associations et l'aide aux structures sanitaires dans ce domaine. D'un point de vue plus technique, le CNLS est invité à travailler à l'élaboration de « protocoles thérapeutiques standard » pour le traitement des malades du sida, qui permettront d'établir une liste de médicaments essentiels. Le but de ces mesures tendra à limiter les dépenses reposant sur les patients et leurs familles.

5.4.3.5 Création d'un centre de référence et de documentation sur les MST et le sida

L'objectif 8 du PCT prévoit la création d'un *Centre National de Référence sur les MST et le Sida*, dont les principales fonctions seront :

- ◆ centraliser les données nationales épidémiologiques et cliniques sur ces pathologies,
- ◆ réfléchir sur les problèmes posés par ces pathologies, initier et coordonner les activités de prévention, de prise en charge et de recherche concernant ces maladies,
- ◆ rechercher et mettre en oeuvre des programmes de coopération internationaux pour la lutte contre les MST et le sida.

L'enveloppe financière prévue à cet effet se monte à 56.000 \$, soit 340 000 FF, et représente 22,5 % du budget total.

5.4.3.6 Elaboration d'un plan de lutte contre le sida et les MST à moyen terme

A l'aide des données acquises au cours du PCT, le CNLS devra avec le concours de l'OMS élaborer une planification de la lutte contre le sida pour les années suivantes. Certains des objectifs principaux du futur Plan à Moyen Terme (PMT) seront identifiés pendant le PCT

par le CNLS, qui au terme de ce plan recevra une mission de l'OMS/GPA, chargée d'évaluer ses réalisations. Le PMT sera rédigé à partir de cette évaluation, par une commission mixte OMS/CNLS. Cet objectif n'est pas budgétisé.

5.4.3.7 Modification du Comité National de Lutte contre le Sida

L'ensemble des objectifs que nous venons de passer en revue est assorti d'une proposition de modification du *Comité National de Lutte contre le Sida*. Son but avoué est de « lui assurer une plus grande représentativité tout en lui gardant une taille compatible avec l'efficacité ». Toujours placé sous la présidence du Ministre de la Santé, le **bureau** comprendrait les membres suivants :

- ◆ le Secrétaire Général du Ministère de la Santé,
- ◆ les directeurs centraux des *Directions de la Surveillance Epidémiologique (DSE)*, de *l'Education pour la Santé, l'Assainissement et l'Hygiène (DESA)*, de *la Santé de la Mère et de l'Enfant (DSME)*,
- ◆ les médecins-chef de la banque du sang et des laboratoires de l'hôpital Y. Ouédraogo de Ouagadougou,
- ◆ un spécialiste, enseignant des MST et du sida,
- ◆ un représentant des Ministères de *l'Enseignement Supérieur et de la Recherche*, de la *Défense Populaire* (forces armées), de *l'Education Nationale*, de *l'Environnement et du Tourisme*, des *Relations Extérieures et de la Coopération*, de *l'Information*, de *l'Administration Territoriale et de la Sécurité*, de *la Justice*, ainsi qu'un représentant du *Secrétariat Général des Comités de la Révolution* et deux représentants du *Ministère de l'Essor Familial et de la Solidarité Nationale*.

Le **comité technique**, aux fonctions de conseil et de diffusion de l'information, comprendrait les Directeurs Provinciaux de la Santé, les Directeurs Centraux du Ministère de la Santé, les Directeurs des deux Centres Hospitaliers Nationaux et des deux banques de sang.

Cette proposition de refonte du CNLS va dans le sens de l'intégration de la lutte contre le sida dans tous les secteurs d'activité de la société, mais répond aussi à un sentiment d'isolement des quelques individus qui en ont la charge à l'époque. Ils espèrent susciter une prise de conscience plus rapide du problème et faire ainsi avancer leurs activités. Il faut

rappeler que l'on commence à peine (fin 1987) à parler ouvertement du sida dans les médias comme d'un problème touchant le Burkina Faso. Le discours public est occupé par les affaires politiques, tandis que le sida commence seulement à poindre dans le discours privé.

5.4.4 Commentaires

5.4.4.1 *Evaluer la prévalence*

Si la nécessité d'une meilleure connaissance de l'épidémiologie des VIH au Burkina Faso ne fait aucun doute, on peut cependant discuter les options choisies dans le plan, d'un point de vue théorique et pratique.

Une seule étude séro-épidémiologique transversale, même d'envergure (l'effectif retenu n'est cependant que de 2000 personnes), ne permet pas d'évaluer avec fiabilité le phénomène épidémique. La mise en place d'un réseau de surveillance épidémiologique des VIH, permettant un suivi continu par enquêtes longitudinales, n'est pas proposée dans le PCT. Tout au plus est-elle jugée souhaitable pour les femmes enceintes.

La notion de *groupe à risque*, alors en pleine gloire en Europe et en Amérique du nord, pose un problème de définition. En dehors de son caractère « stigmatisant » pour la population visée, son emploi courant en épidémiologie paraît assez incontrôlé. Parler des prostituées en terme de « groupe », quand on connaît la variété des pratiques de prostitution au Burkina Faso^{122 123}, peut conduire à des généralisations épidémiologiques erronées. L'absence de définition claire de la notion de *groupe à risque* peut aboutir à des confusions : les tuberculeux sont-ils des *patients à risque* pour le sida au même titre que les prostituées? Les séropositifs sont des personnes *à risque* pour la tuberculose, mais l'inverse n'a pas été démontré. On peut aussi se demander à quel titre les drépanocytaires figurent dans la liste des personnes *à risque*.

Les études séro-épidémiologiques centrées sur des *groupes à risque* ont donc une validité et une utilité discutables.

¹²² BARDEM I, COMPAORE G, GOBATTO I, HOURS B. Femmes célibataires en milieu urbain africain face au risque « sida » : d'une connaissance anthropologique à une politique préventive à Ouagadougou. *Soumis pour publication*.

¹²³ BARDEM I, GOBATTO I. Les femmes célibataires analphabètes et descolarisées face au risque du sida. Une enquête à Ouagadougou. ANRS-ORSTOM 1993: 80 p.

5.4.4.2 Prévention de la transmission des VIH

La prévention de la transmission par voie sexuelle du VIH est la partie la plus ambitieuse et la plus délicate du PCT. La mise en place de la surveillance épidémiologique ou le renforcement des capacités diagnostiques (cf. objectif 6) posent en effet moins de problèmes. Cet objectif, primordial en l'absence de solution thérapeutique et vaccinale, est un des plus difficiles à atteindre. Un plan de durée aussi limitée ne peut évidemment y parvenir et les auteurs du PCT en sont conscients. Il doit surtout amorcer les activités dans ce domaine en choisissant les orientations stratégiques judicieuses, et à ce titre, la responsabilité du PCT est importante.

Quelques observations techniques peuvent être discutées. Si l'on exclut la part de budget destinée à l'aménagement du *Laboratoire National de Référence* pour les VIH, le budget prévu pour les objectifs de prévention du PCT est modeste en regard de l'importance de ces objectifs dans la lutte contre le sida. La prévention est un peu à cet égard le parent pauvre du PCT. Le choix de formations par ateliers-séminaires courts est assez onéreux. Ces formations ont rarement fait l'objet d'évaluations qualitatives, quand on ne les a pas simplement considérées comme improductives. Le contenu de la formation des éducateurs n'est pas abordé dans le PCT. Quant aux activités du programme IEC en direction des fameux « groupes à risque », auxquels il est prévu de s'adresser spécifiquement, on peut soulever les mêmes objections que précédemment sur la validité du concept de « groupe à risque ». Pour prévenir la transmission par voie sexuelle des VIH, le PCT s'engage logiquement et sans ambiguïté dans la promotion du préservatif. Si la déclaration d'intention apparaît louable, la stratégie de mise en oeuvre n'en est pas moins un peu simpliste, faisant l'impasse sur des obstacles prévisibles (l'image du préservatif, par exemple). Est-il nécessaire et suffisant de rendre les préservatifs disponibles et accessibles pour qu'ils soient utilisés ? Cette question centrale n'est pas clairement anticipée par le PCT dans lequel, par ailleurs, cet objectif n'est pas précisément budgétisé.

Concernant la lutte contre la transmission par voie sanguine des VIH, le choix budgétaire du PCT est manifestement de mettre en place avant tout le *Laboratoire de Référence*, car aucune des autres stratégies énoncées n'est inscrite au budget. Cela paraît rétrospectivement justifié, puisque la disponibilité d'un laboratoire de dépistage constitue un préalable incontournable au développement de la sécurité transfusionnelle. Cependant, la mise en oeuvre des autres stratégies (réduire le nombre des transfusions) est aussi indispensable,

mais ne fait pas l'objet de priorités budgétaires. Le PCT ne pose pas le problème de l'adoption d'une politique de transfusion sanguine. Au total, l'essentiel est concentré sur le *Laboratoire de Référence*, qui pèse très lourd dans le budget du PCT, avec plus de 380 000 FF à lui seul (soit 25 % du budget total).

Les transmissions iatrogènes et non médicales du VIH posent des problèmes également importants pour la prévention du sida au Burkina Faso. Les stratégies proposées pour les prévenir apparaissent plutôt comme des déclarations générales d'intentions, car aucune des mesures pratiques énoncées ne fait l'objet d'une inscription au budget du PCT.

5.4.4.3 *Prise en charge*

La prise en charge des malades apparaît au second plan des préoccupations du PCT. Elle y constitue tout de même un objectif à part entière. L'idée que « Cette prise en charge pourra poser de très sérieux problèmes si l'épidémie vient à s'élargir... » est pourtant avancée en introduction de l'objectif 7. Cependant, cette hypothèse semble relativement éloignée à l'époque de la rédaction du plan, où le nombre de cas de sida identifiés est faible. Cet objectif n'apparaît d'ailleurs pas dans le budget du PCT. Les orientations générales adoptées sont intéressantes. Le souci d'éviter les centres spéciaux de traitement du sida rejoint la préoccupation générale de ne pas créer de ghetto (« sidatoriums ») renforçant le particularisme déjà trop marqué de cette maladie. La rationalisation des traitements et l'utilisation de médicaments essentiels répond au difficile problème que pose le sida aux particuliers et qu'il risquera de poser au pays entier en terme d'économie de la santé.

En revanche, il n'y a rien sur la question de la prise en charge de la personne depuis la prise de sang du test, jusqu'au suivi de l'infection à VIH, en passant par l'annonce du résultat. Le texte du PCT n'est assorti d'aucune recommandation éthique ou légale sur ce sujet.

5.4.4.4 *Modifications du CNLS*

La création d'une structure technique centrale chargée de mettre en oeuvre le *Programme National de lutte contre le sida et les MST*, à travers les stratégies définies par le PCT, apparaît indispensable à l'époque de la rédaction du plan. Elle s'exprime précisément dans cet objectif. Les tâches qui lui seront confiées sont claires, et recourent celles du CNLS, mais son articulation avec ce dernier n'est pas précisément décrite dans cet objectif. Il s'agit là en réalité, des contours d'un véritable service technique exécutif du CNLS. Le PCT propose

pourtant des modifications de composition du CNLS, mais on n'y trouve pas de précision sur le positionnement institutionnel précis du centre de référence proposé à la création dans l'objectif 8.

5.5 Financement du Plan à Court Terme

Une fois rédigé et adopté, le PCT fait l'objet de discussions avec les principales agences internationales de développement (coopérations multilatérales et bilatérales). Il leur est soumis pour demande de financement. Les partenariats s'instaurent avec celles qui acceptent de financer des activités.

5.5.1 Rôles des *bailleurs de fonds*

Quelques observations générales s'imposent sur la nature de ces partenariats. Les *bailleurs de fond* prennent en charge les activités selon leur choix, et non pas le programme dans sa globalité. Cela entraîne inmanquablement des « trous » dans la réalisation du plan, là où les objectifs n'ont pas trouvé « preneur ». De plus, si l'esprit du PCT semble à peu près respecté dans sa mise en oeuvre, un certain nombre de ses objectifs sont tout de même remodelés par les *bailleurs de fond*, qui ont chacun leurs préoccupations, leurs méthodes et leurs domaines d'action privilégiés. Cette attitude des bailleurs n'est pas spécifique au sida, mais très générale dans ce qu'il est convenu d'appeler *l'aide au développement*. Elle répond sans doute au souci de mieux maîtriser la réalisation technique et budgétaire des activités choisies, et de mieux contrôler l'utilisation des fonds correspondants. La crainte de la gabegie, pudiquement appelée « coulage » dans le langage technocratique de la coopération internationale, sous-tend cette attitude. Elle n'est pourtant pas dénuée d'effets pervers. D'un point de vue général, c'est la nature même d'une politique (en l'occurrence la lutte contre le sida) qui peut s'en trouver modifiée, dans la mesure où les *bailleurs de fond* peuvent conditionner leur soutien financier à son remodelage. Du côté technique, c'est la cohérence d'un programme qui en souffre. Dans ce contexte de dépendance vis à vis de l'aide extérieure, la marge de décision des autorités politiques nationales peut ainsi se rétrécir singulièrement. L'expérience ne prouve pas pour autant que l'efficacité et la « rentabilité » des actions engagées de la sorte par les *bailleurs de fond* augmente.

5.5.2 Principaux partenaires

Le PCT arrive à mobiliser environ 180.000 \$ (940.000 FF) auprès des différents bailleurs, soit un peu plus de 70 % du budget prévisionnel. L'OMS joue un rôle déterminant, en prenant en charge une bonne partie des frais de fonctionnement. Les partenaires sont encore peu nombreux en 1987. Les principaux sont exposés ci-dessous, avec leurs domaines d'activités privilégiés.

5.5.2.1 OMS

Equipement du laboratoire du CHNYO en lecteur ELISA et matériel pour Western Blot, fourniture de réactifs à ce laboratoire et à la banque de sang du même hôpital, mise à disposition de consultants techniques en biologie, IEC et épidémiologie. Aide pour les frais de fonctionnement du CNLS et du PNLIS.

5.5.2.2 USAID

Equipement en matériels de laboratoire de la banque de sang du CHNYO et du CHR de Koudougou (lecteurs ELISA), fourniture de tests ELISA, Western Blot et HIVCHECK (tests rapides fournis pour expérimentation dans les différents CHR), fournitures de préservatifs (350 000 unités distribués dans toutes les provinces) et financement de leur promotion.

5.5.2.3 G.T.Z.

Equipement des banques de sang de Ouagadougou et Bobo Dioulasso en matériel de laboratoire, fourniture de tests VIH, Hbs et TPHA-VDRL pour ces banques, financement des activités IEC de la DESA (affiches, brochures, matériels pédagogiques...) et d'enquêtes CAPC en milieu scolaire sur les comportements sexuels.

5.5.2.4 Coopération française

Financement des activités de recherche du Centre Muraz en matière de VIH, fourniture de tests VIH pour la banque de sang de Bobo Dioulasso, dont les tests sont réalisés au Centre Muraz en attendant l'équipement de la banque en lecteurs ELISA.

5.6 Evaluation du Plan à Court Terme

Une mission OMS/GPA séjourne à Ouagadougou en octobre 1988 pour évaluer les activités du PCT. Les grands objectifs du plan sont repris point par point, mais leur état d'avancement est jugé insuffisant, et conduit à une extension du PCT pour une durée de huit mois et demi. Un amendement budgétaire d'un montant de 174.177 \$ (900.000 FF) est convenu avec l'OMS/GPA pour financer cette extension du PCT. La programmation des activités du PMT a lieu en mars-avril 1989, à l'issue de cette reconduction du premier plan, et sur les bases de son évaluation.

Nous reprenons les principaux éléments de cette évaluation, regroupés par volets d'activités¹²⁴, en les commentant.

5.6.1 Surveillance épidémiologique de l'infection à VIH

L'appréciation de la situation épidémiologique du sida au Burkina Faso à l'époque de l'évaluation du PCT ne repose que sur des informations très fragmentaires. Les études citées sont très peu nombreuses, mais confirment la gravité de la situation. L'étude réalisée en octobre 1987 à Ouagadougou avec les CDC d'Atlanta a montré 7,5 % de femmes enceintes et 27 % des malades hospitalisés séropositifs, dont 66 % à VIH-1 et 33 % de double profils. Deux autres études sont citées dans ce chapitre. La première date de 1986 et concerne des femmes à partenaires multiples de Ouagadougou, parmi lesquelles *la séroprévalence confirmée des VIH atteignait 64 %*. Les références de cette étude ne sont pas précisées. La seconde étude est celle de Banfora dont les résultats préliminaires cités rapportent *12,7 % de séroprévalence pour les VIH* (il s'agit d'une population de femmes enceintes). Enfin, une série consécutive de 1339 donneurs de sang testés à Ouagadougou entre novembre 1988 et mars 1989 montre une séroprévalence des VIH de 10 % environ en tests ELISA. L'enquête séro-épidémiologique nationale prévue dans l'objectif 1 du PCT n'a pas été réalisée, de même que la surveillance épidémiologique ciblée sur les « groupes à risque » et sur les femmes enceintes. La déclaration des cas de sida à la fin de 1988 fait apparaître 425 cas cumulés depuis le début de l'épidémie,

¹²⁴ ces éléments sont développés au début du document de programmation du PMT (chapitre B : « *Situation actuelle du sida au Burkina Faso* »). Programme National de Lutte contre le Sida, Burkina Faso, Plan à Moyen Terme (1990-1992).

avec 394 cas pour la seule année 1988. Le système de notification des cas utilisant les fiches (cf. objectif 1) n'est organisé qu'au début de 1989 pour les hôpitaux nationaux et régionaux.

La conclusion de la revue des réalisations de l'objectif 1 du PCT dit : « ...il est clair que la population du Burkina Faso est confrontée à une épidémie de grande envergure, qui touche déjà une proportion importante de la population des jeunes adultes. »

5.6.2 Commentaires

La surveillance épidémiologique, considérée comme une priorité du PCT, n'a pas mobilisé beaucoup d'efforts financiers et techniques. La production de connaissances nouvelles sur l'épidémie dans le cadre du PCT a été faible.

Parmi les résultats cités dans l'évaluation du PCT, on remarquera que l'étude des CDC produit des résultats plus inquiétants que ceux des études environnantes (cf. Chapitre précédent). Les chiffres recueillis chez les donneurs de sang sont des résultats par nature peu exploitables pour évaluer la situation épidémiologique de l'infection VIH (pas de renseignements sur la population de donneurs, pas de tests de confirmation). Enfin les résultats des deux enquêtes citées sont erronés (les résultats publiés alors dans l'enquête de Banfora situent le taux de séroprévalence globale à 2,3 %), ou invérifiables (pas de références précises pour l'autre enquête). Si cette dernière est l'étude de Sangaré (ce qui est possible selon nos recoupements), l'auteur trouvait 14,6 % de séropositivité globale parmi les 308 prostituées testées. Les résultats réels n'ont de toute façon nul besoin d'être modifiés pour être particulièrement inquiétants. Si la situation apparaît en effet alarmante début 1989, la progression des connaissances sur l'épidémie est très modeste, tandis qu'aucune véritable surveillance épidémiologique n'a été mise en place.

5.6.3 Prévention de la transmission sexuelle des VIH

Un certain nombre d'activités du programme IEC ont eu lieu au cours de l'année 1988.

- ◆ formation des personnels de DPSAS,
- ◆ formation des personnels paramédicaux dans 7 provinces du pays,

- ◆ campagne d'information de trois jours pour le grand public par télévision, radio, presse, projections de films dans les quartiers urbains, diffusion de documents sur le sida, à l'occasion de la journée mondiale de la santé 88,
- ◆ promotion des préservatifs par affiches, autocollants, dépliants, et au cours des interventions sur les média.

La distribution de préservatifs a démarré dans toutes les provinces, et leur diffusion s'est étendue aux « lieux populaires » (bars, hôtels, vendeurs de cigarette...). Le CNLS et la DESA, qui pilotent cette activité, soutenus par l'USAID, ont décidé de mettre en vente les préservatifs à un tarif de 10 FCFA l'unité (0,20 FF), en intéressant les revendeurs par une commission. Les premiers résultats sont considérés comme encourageants (25 000 unités vendus à Ouagadougou les deux premières semaines).

5.6.4 Commentaires

Le volume d'activité reste tout de même assez modeste dans ce domaine. Le programme de formation des personnels de santé accuse un grand retard. Les campagnes d'IEC à l'attention des *groupes à risque* n'ont pas démarré. Une distribution de 350 000 préservatifs a eu lieu dans les provinces du pays, mais cette distribution, même gratuite, ne préjuge pas de leur utilisation correcte. Une telle activité doit de plus être suivie, ce qui n'a pas été possible faute de stocks.

5.6.5 Prévention de la transmission sanguine

La mise en place des tests VIH est effective à la banque du sang du CHNYO, où tous les sangs sont désormais testés (lecteur ELISA de l'USAID, réactifs de l'OMS). Depuis novembre 1988, la banque de sang du CHNSS de Bobo Dioulasso, qui n'est pas équipée en ELISA, fait tester les sangs par le laboratoire du Centre Muraz (fournitures de la Coopération française). Un lecteur ELISA est installé au CHR de Koudougou (par l'USAID), et l'hôpital de Ouahigouya réalise des tests rapides (fournis par USAID). La redéfinition des indications de la transfusion sanguine a fait l'objet d'une réunion de consensus, dont les résultats ont été communiqués à l'ensemble des structures sanitaires du pays.

5.6.6 Commentaires

Les activités de prévention du risque transfusionnel ont été plus largement réalisées que celles des autres objectifs. Tous les bailleurs de fond ont en effet choisi d'investir préférentiellement dans ce volet du PCT, arguant de son urgence. Cependant, la contamination par produits sanguins est certainement secondaire dans l'épidémiologie de l'infection à VIH au Burkina Faso (moins de 10000 transfusions par an en 1987 dans l'ensemble du pays, et probablement moins de 1000 contaminations par an). Elle est en revanche une part plus facilement évitable des nouvelles infections. Outre les recommandations de l'OMS dans lesquelles la sécurité transfusionnelle est prioritaire, l'attitude des bailleurs a peut-être d'autres explications :

- ◆ assurer la sécurité transfusionnelle dans les établissements sanitaires du Burkina Faso est un objectif relativement facile à mettre en oeuvre (bien délimité, techniquement maîtrisable, financièrement supportable, résultats durables), et valorisant (argument important dans la logique interne des bailleurs).
- ◆ dans le cas des Etats-Unis, de la France et de l'Allemagne, des enjeux économiques sont présents. Les agences de coopération placent du matériel provenant de leur industrie, des tests sérologiques produits par leurs laboratoires pharmaceutiques (une partie des crédits de coopération alimente au passage leur propre activité économique), et peuvent ainsi se créer un marché local.

Prévue dans cet objectif, la fourniture de produits de substitution aux produits sanguins dans les services de santé n'a pas été organisée, pour des raisons évidentes de coût.

5.6.7 Prévention de la transmission iatrogène

Ce thème a été abordé au cours des séminaires de formation du programme IEC, mais aucune action pratique (par exemple équipement des formations sanitaires en matériel de stérilisation fiable) n'a été réalisée pendant la durée du PCT, faute de financements.

5.6.8 Renforcement des capacités diagnostiques

Cet objectif recouvrait partiellement, dans le PCT, celui de la prévention de la transmission sanguine des VIH : l'équipement en matériel de laboratoire permet non seulement de tester les donneurs de sang, mais aussi les malades. Le laboratoire central du CHNYO a reçu les équipements nécessaires pour réaliser des tests ELISA et Western Blot, et l'approvisionnement en réactifs correspondants (OMS et USAID). L'équipement de Koudougou rentre également dans le cadre de cet objectif. Il n'a pas été créé de *Laboratoire National de Référence*, indépendant du laboratoire central du CHNYO, comme cela était souhaité par le Ministère de la Santé.

Du point de vue de la formation des personnels, seule 7 provinces ont pu être touchées. Les personnels médicaux des DPSAS de l'ensemble du pays ont été formés. Cependant les travaux prévus sur les protocoles thérapeutiques, l'utilisation de médicaments essentiels, le recueil des données sanitaires n'a pas encore été amorcé

5.6.9 Création du Centre de Référence et de Documentation sur le Sida et les MST

Un *Centre National d'Information et de Documentation sur le Sida et les MST* a été inauguré en décembre 1988. Il ne s'agit pas de la structure prévue par le PCT, car ce service ne remplit aucune fonction de coordination et de maîtrise de la politique nationale de lutte contre le sida.

5.7 Conclusions sur le Plan à Court Terme

Le contexte de la négociation entre les autorités burkinabè et l'OMS, qui aboutit à l'adoption du *Plan à Court Terme*, doit être rappelé. En 1987, l'OMS n'a pas l'expérience de ce type de programme et en propose l'application de façon à peu près identique dans chaque pays. D'autre part, les autorités burkinabè connaissent très mal le problème du sida sur leur territoire. Si la marge de décision des autorités burkinabè est faible dans l'élaboration du PCT, son adoption ouvre cependant la possibilité de financements extérieurs pour la lutte contre le sida. Dans la situation économique et sanitaire du pays, ces soutiens sont indispensables.

Les principaux défauts du *Plan à Court Terme* découlent de ce contexte : c'est un programme vertical, dont les objectifs sont très larges, les stratégies peu précises, et dont il ne ressort pas de priorité nette. Cette absence de priorité entraîne des effets pervers, en conduisant les bailleurs de fond à choisir leur domaine d'action indépendamment des besoins réels du pays. Ainsi, les ressources extérieures sont-elles consacrées de façon disproportionnée à la sécurité transfusionnelle. Les activités d'information-éducation-communication sont tout juste débutées, l'organisation de la prise en charge des personnes infectées par VIH est à peine ébauchée. Les maigres résultats dans le domaine de la surveillance épidémiologique sont certainement la conséquence de l'absence regrettable de priorité sur ce sujet. Certains aspects de la lutte contre le sida sont totalement absents du *Plan à Court Terme*, tels la nécessité de recherches cliniques et anthropologiques sur la maladie, le rôle des partenaires associatifs et des ONG, le lien entre lutte contre les MST et lutte contre le sida, etc.

Il faut également rappeler que la mise en place de ce *Plan à Court Terme* a coïncidé avec une période de changements politiques (fin 1987), et de réorganisation administrative.

5.8 Plan à Moyen Terme (1)

5.8.1 Contexte, objectifs généraux

Comme son prédécesseur, le *Plan à Moyen Terme* est le fruit d'une collaboration technique entre le CNLS et une mission de consultants de l'OMS¹²⁵. Il est rédigé en mars et avril 1989. La programmation des activités de lutte contre le sida et les MST concerne les trois années 1990, 1991 et 1992. Il s'appuie sur les réalisations du PCT, et ses grandes lignes directrices sont :

- ◆ **sensibiliser la population** au problème du sida en développant les activités d'information, d'éducation et de communication (IEC),
- ◆ **renforcer les capacités nationales en infrastructures et en personnel** pour la prévention de la transmission des VIH et la prise en charge des personnes infectées,
- ◆ **intégrer les multiples activités** de lutte contre le sida, pour coordonner efficacement les investissements des bailleurs de fond, et les activités des différents partenaires,
- ◆ **impliquer au maximum les relais** constitués par les ONG et associations diverses,
- ◆ promouvoir la *multisectorialité* dans la lutte contre le sida, en y associant les institutions autres que celles de la santé.

Les stratégies d'action définies dans le *Plan à Moyen Terme* s'articulent autour de six objectifs, avec un accent particulier mis sur la formation des personnels chargés de les mettre en oeuvre. La nécessité de mettre en place une cellule fonctionnelle de gestion, de coordination et de supervision du programme est également soulignée en introduction du PMT.

Ces orientations sont conformes aux propositions du *Programme Mondial sur le Sida* de l'OMS, qui souhaite une mobilisation plus franche des états et des acteurs sociaux dans la lutte contre le sida, et notamment un soutien de son action par les ONG et associations locales.

¹²⁵ ANONYME. Programme National de Lutte contre le Sida, Burkina Faso, Plan à Moyen Terme (1990-1992).

Les résultats des premiers plans de lutte contre le sida mis en place en Afrique n'ont en effet pas été très probants et la mobilisation des bailleurs de fond plutôt timide.

5.8.2 Objectifs spécifiques

Sans passer en revue le détail des stratégies adoptées dans le *Plan à Moyen Terme*, nous soulignerons les principales mesures qui se distinguent de celles du *Plan à Court Terme*.

5.8.2.1 Prévention de la transmission sexuelle du VIH et des autres MST

Elle repose sur les quatre sous-objectifs suivants :

- ◆ information du grand public sur le sida, les MST, leurs modes de transmission et de prévention,
- ◆ information des groupes organisés sur les mêmes sujets,
- ◆ information et éducation des personnes à partenaires multiples et des personnes atteintes de MST ou de sida,
- ◆ promotion du préservatif.

5.8.2.1.1 Actions en direction du grand public

Dans le cadre du renforcement de la *Direction de l'Education Sanitaire et de l'Assainissement* (DESA), qui coordonne toutes les actions d'information et d'éducation relatives au sida, il est prévu de mettre en place 10 *Centres Régionaux d'Education pour la Santé* (CRESA). Ces centres, placés sous l'autorité du Directeur Provincial de la Santé, seront animés par un infirmier d'état, formé à la conception et au *management* de programmes d'éducation pour la santé en prévention sida et MST. Cet infirmier, chargé de coordonner les activités IEC, aura la responsabilité de trois provinces et bénéficiera d'un équipement audiovisuel léger.

La formation des personnels de santé, débutée pendant le PCT, conduira à introduire un enseignement sur le sida et les MST à *l'Ecole Nationale de Santé Publique*, *l'Ecole Supérieure des Sciences de la Santé* et à *l'Ecole des Educateurs Sociaux* de Gaoua. La formation des personnels déjà en poste se déroulera selon le principe de la *formation en cascade* :

formation de médecins formateurs,



formation/recyclage des infirmiers d'état et sages-femmes responsables des CSPS,



démultiplication de la formation vers les autres personnels de CM, CSPS, PSP.

Des enquêtes socio-comportementales sur les conduites, attitudes pratiques et croyances (enquêtes CAPC) en matière de comportements sexuels, seront réalisées dans le grand public et dans des *groupes cibles* pour mesurer les effets des activités d'IEC réalisées. L'implication de la *Direction de la Promotion de la Famille (Secrétariat d'Etat à l'Action Sociale)*, de la *Coordination des structures populaires* et du *Bureau de Suivi des Organisations Non Gouvernementales* dans la lutte contre le sida sera recherchée, dans le but d'associer ces structures d'encadrement populaires aux activités d'IEC. L'intégration d'un volet « prévention du sida » est prévue dans le programme de *Planification Familiale* du *Secrétariat d'Etat à l'Action Sociale*. Enfin, le rôle des médias audiovisuels et écrits dans l'information du grand public sera renforcé et encouragé, par une formation dispensée aux journalistes et la production d'un programme d'information radiophonique (en français et dans les trois langues principales du pays) régulier tout au long de l'année.

5.8.2.1.2 Actions en direction des « groupes organisés »

Les étudiants et élèves du secondaires seront visés par des programmes d'information adaptés avec conférences, débats, projections de films, distribution de documents imprimés sur le sida et les MST. Des enquêtes CAPC sont prévues parmi eux. L'implication du *Service de Santé des Armées* permettra de réaliser des actions du même genre auprès des militaires, et de les inciter à l'utilisation des préservatifs. Les routiers et transporteurs seront l'objet de campagnes d'information analogues, de même que les groupements professionnels par l'intermédiaire de leurs responsables syndicaux et de *l'Office de Santé des Travailleurs* (organisme chargé de la médecine du travail au Burkina Faso, dans le secteur privé et dans l'administration).

5.8.2.1.3 Actions en direction des personnes à partenaires multiples et des personnes infectées par les VIH

Des activités pilotes seront réalisées dans la ville de Ouagadougou, puis étendues à l'ensemble du territoire comprenant des enquêtes CAPC, la formation de leaders, la diffusion de préservatifs et de documentations, auprès des femmes à partenaires multiples et des personnes atteintes de MST.

5.8.2.1.4 Programme de promotion des préservatifs

Le développement de l'usage des préservatifs doit faire l'objet d'un « projet de marketing social », destiné à créer une image positive du préservatif dans le grand public, à partir d'actions publicitaires de formes multiples (radiotélévisées et presse, affiches, dépliants, autocollants...) autour d'une marque de préservatif créée pour le pays. Ce programme, dirigé par la DESA, prévoit de vendre les préservatifs à un tarif bon marché (quatre pour 50 FCFA, soit 1 FF en 1989), avec intéressement des vendeurs et multiplication des points de vente dans le pays.

5.8.2.2 Commentaires

Les stratégies sont plus précises dans le *Plan à Moyen Terme*. La décentralisation des activités devrait s'amorcer (CRESA, formations en cascade). Cependant, beaucoup d'activités doivent démarrer dans la capitale (promotion des préservatifs, actions auprès des femmes à partenaires multiples).

Les enquêtes socio-comportementales de type CAPC font leur entrée dans la lutte contre le sida au Burkina Faso, avec le *Plan à Moyen Terme*. Ces enquêtes, réalisées en principe sur de grands échantillons de populations, selon des protocoles standardisés donc facilement reproductibles, permettent d'étudier (sur le mode quantitatif) un grand nombre de variables descriptives et d'établir facilement des comparaisons dans l'espace et dans le temps. Les variables recueillies auprès des personnes interrogées concernent leur environnement socioculturel, leurs connaissances de la contraception, des MST, leur perception du *risque sida*, leur attitude à l'égard des préservatifs, leur connaissance de malades du sida, leurs comportements sexuels, etc. « Reconnues internationalement d'utilité scientifique »¹²⁶, elles ont été développées dans l'urgence par l'OMS/GPA, pour combler un vide en matière de

¹²⁶ selon l'expression de Monique Chevallier-Schwartz dans son article intitulé : Premières analyses de la littérature en sciences sociales consacrée au sida. *Actes de l'Atelier « Les sciences sociales face au sida »*, mars 1993.

connaissances des comportements sexuels. Un vaste programme enquête a ainsi été mis en place dans le monde à partir de 1988¹²⁷ (de telles études sont conduites dans une vingtaine de pays africains). Elles permettent d'obtenir rapidement des données utilisables pour orienter les programmes d'IEC, ou pour les évaluer. Un des reproches majeurs adressé à ce type enquête socio-comportementale tient à leur validité (les multiples paramètres qui influencent les réponses des personnes interrogées sont mal étudiés, si bien que l'on ne sait pas exactement ce que l'on mesure). L'approche quantitative des enquêtes CAPC ne peut certainement pas rendre compte de la complexité des conséquences du sida dans une société, et dispenser de l'approche qualitative propre à la démarche anthropologique. Après des années de promotion des enquêtes CAPC, l'OMS exprime d'ailleurs depuis 1993 un regain d'intérêt pour les enquêtes de type anthropologiques, en réservant l'approche quantitative des premières au domaine de l'évaluation des programmes nationaux de lutte contre le sida.

Si la signification exacte de « personne à partenaires multiples » n'est pas précisée dans le texte du PMT, on comprend qu'il englobe les femmes pratiquant la prostitution et les personnes atteintes de MST. Il a l'avantage d'être *politically correct*, mais il est très imprécis et ne représente certainement pas un groupe de population homogène. Le raccourci partenaires multiples = MST est également discutable.

La nécessité de réaliser des activités d'éducation pour la santé auprès de personnes infectées par les VIH apparaît pour la première fois dans le PMT. Cependant, aucun détail sur ces activités ne se trouve dans les stratégies proposées, si bien qu'il ne s'agit en réalité que d'une déclaration d'intention. Nous pouvons imaginer les difficultés des rédacteurs du plan devant cet objectif de l'OMS/GPA. Elles proviennent principalement du fait qu'au Burkina Faso, à l'époque, aucun patient n'est informé du diagnostic de sa séropositivité à VIH.

5.8.2.3 Prévention de la transmission par voie sanguine

Pour la transfusion sanguine, les mesures pratiques proposées sont globalement les mêmes que dans le PCT. Il est prévu de rendre opérationnels les services de transfusion sanguine des 9 CHR du pays, tandis que l'aménagement des banques de sang de Ouagadougou et Bobo Dioulasso sera parachevé. Ces mesures permettront d'obtenir une sécurité transfusionnelle satisfaisante sur l'ensemble du territoire. La nouveauté vient de la nécessité,

¹²⁷ CARAEL M. Bilan des enquêtes CAP menées en Afrique: forces et faiblesses. *Actes de l'Atelier « Les sciences sociales face au sida »*, mars 1993. GIDIS-CI/ORSTOM. Abidjan, 1993: p.27-43

exprimée par les rédacteurs du *Plan à Moyen Terme*, d'une véritable politique nationale de transfusion sanguine, et d'une réorganisation des collectes de sang (sensibilisation de la population, développement des collectes, implication de la Croix Rouge Burkinabè). Un consultant OMS viendra travailler sur ce sujet.

Pour la prévention de la transmission iatrogène et accidentelle des VIH, les propositions du PMT prennent nouvellement en compte le risque de contamination accidentelle des personnels de santé (dans la formation des personnels et l'approvisionnement des structures sanitaires en matériel de protection).

Une information du grand public sur les risques de transmission par les pratiques traditionnelles sera incluse dans les activités d'IEC. Les tradipraticiens seront sensibilisés sur les risques liés à leurs pratiques.

5.8.2.4 Prévention de la transmission des VIH de la mère à l'enfant

Cet objectif nouveau propose d'impliquer toutes les structures d'état ou privées développant des activités en direction des femmes (*Union des Femmes Burkinabè, Direction de la Santé de la Famille, Association Burkinabè pour le Bien Etre Familial...*) dans l'information des femmes sur les risques de transmission materno-infantile des VIH. Il conviendra de prévenir les grossesses chez les femmes séropositives en les informant sur le risque de transmission des virus, et en les incitant à utiliser des préservatifs.

5.8.2.5 Commentaires

On retrouve ici le problème posé à propos des activités d'IEC auprès des personnes infectées par les VIH. Les femmes séropositives n'étant pas informées de leur séropositivité, pourquoi accepteraient-elles d'éviter les grossesses ? La nécessité d'informer les personnes infectées de leur statut sérologique est incontournable.

5.8.2.6 Amélioration de la prise en charge des personnes infectées par le VIH

Le contenu de cette partie du *Plan à Moyen Terme* regroupe les objectifs 6 et 7 du précédent plan (formation clinique des personnels de santé et renforcement des capacités diagnostiques de l'infection à VIH). Quelques stratégies nouvelles sont énoncées :

- ◆ élaboration d'un document de référence sur le sida, sous forme de manuel (clinique et thérapeutique), qui sera distribué à tous les personnels de santé du pays,
- ◆ l'accent est mis sur le diagnostic et la prise en charge thérapeutique des infections opportunistes (renforcement des laboratoires de bactério-parasitologie, formation d'endoscopistes),
- ◆ la prise en charge de ces patients au point de vue diagnostique, thérapeutique et suivi sera homogénéisée par l'intermédiaire de deux coordonateurs nationaux.
- ◆ enfin, l'ensemble des dispositions concernant le sida sera appliqué aux autres maladies sexuellement transmissibles.

Des programmes d'assistance psychologique aux personnes atteintes seront mis en place dans les formations hospitalières, tandis que les structures et personnels de l'Action Sociale seront impliquées dans le suivi des patients en dehors de l'hôpital. Un consultant OMS viendra pour former les personnels des deux CHN. Une première allusion rapide à l'élaboration nécessaire de textes législatif garantissant la protection des malades et séropositifs figure dans la stratégie 4.2.3, destinée à prévenir les phénomènes d'exclusion sociale des patients.

5.8.2.7 *Commentaires*

On retrouve intégralement, dans la stratégie 4.2.1. du PMT, la création d'un *Laboratoire National de Référence* sur les VIH, telle que prévue dans la stratégie 3.3 du PCT. Pourtant le laboratoire du CHNYO a été passablement équipé pendant le premier plan. Les responsables de la lutte contre le sida souhaitent un *Laboratoire National de Référence* indépendant de celui de l'hôpital.

Dans le PCT, il était prévu d'établir des protocoles de prise en charge thérapeutique des principales infections survenant dans le cadre du sida, tenant compte des possibilités locales de traitement, des ressources des patients et de leurs familles, etc. Ce travail n'ayant pas été réalisé, ce sont les protocoles thérapeutiques de l'OMS qui sont cités en référence dans le PMT, et semblent, de fait, adoptés.

Le *Counseling* apparaît pour la première fois dans le *Plan à Moyen Terme*. Ce terme anglais, intégré au langage de l'OMS à partir de 1988, désigne l'ensemble des activités de soutien aux personnes infectées par les VIH. Développé sur le continent africain par l'organisation non gouvernementale ougandaise TASO (*The Aids Support Organization*), à

partir d'exemples anglais, le *counseling* vise à rendre les personnes capables de faire face aux problèmes sociaux, économiques et psychologiques découlant de leur infection par le VIH, et capables d'éviter de transmettre leur infection. « *To live positively with the virus* » est le slogan de *TASO*, qui forme des *counselor* dont le rôle est l'accompagnement des personnes depuis le test sérologique jusqu'aux étapes de la maladie. La prise en charge commence au moment du test, par un entretien préalable permettant de s'assurer que la signification du test sérologique et ses implications sont bien comprises. En attendant le résultat du test, un travail d'information et de prévention (avec apprentissage de l'usage des préservatifs) est habituellement réalisé par le *counselor*. Ce dernier rend le résultat du test à la personne, qu'il suivra en cas de séropositivité par un soutien psychologique et social. Depuis 1987, *TASO* a acquis une vaste expérience de ce type d'activité en Ouganda, reprise en exemple par l'OMS, qui l'a intégrée dans les priorités des politiques de lutte contre le sida en Afrique.

Cependant, la mise en place d'activités de *counseling* suppose que l'on soit prêt à dire le résultat des tests positifs aux personnes concernées, ce qui est acquis en Ouganda mais pas au Burkina Faso.

La prévention des phénomènes d'exclusion sociale passe selon les rédacteurs du PMT par l'élaboration de textes législatifs garantissant la protection des droits des malades du sida et des séropositifs. C'est ici la première mention de la nécessité d'un cadre législatif concernant le sida au Burkina Faso. Cependant, il n'est question que de la protection des droits des personnes infectées, mais nullement des nombreuses autres questions posées à la société burkinabè par le sida : problèmes liés au dépistage, à la confidentialité, au respect des règles éthiques, etc.

5.8.2.8 Mesurer les tendances évolutives de l'épidémie

Un protocole de séro-surveillance national des infections à VIH sera élaboré dans le cadre de cet objectif n°5 du PMT. Il pourrait identifier des « sites sentinelles » dans le pays (le nombre suggéré est de 7), dans lesquels le recueil d'informations épidémiologiques concernant les infections à VIH sera répété à intervalles réguliers, sur des *populations cibles* déterminées :

- ◆ donneurs de sang,
- ◆ femmes enceintes,
- ◆ consultants pour MST,

- ◆ tuberculeux,
- ◆ patients hospitalisés en services de médecine.

Des enquêtes ponctuelles sur *populations cibles* (cette appellation a remplacé celle de *groupe à risque*) seront réalisées en fonction des besoins.

5.8.2.9 Coordonner et promouvoir la recherche

La nécessité de développer la recherche apparaît dans le *Plan à Moyen Terme*. Les projets de recherche seront soumis à autorisation préalable du *Comité National de Lutte contre le Sida*, qui se prononcera sur leur intérêt pour le pays, leur validité méthodologique, leur faisabilité et leur éthique. La diffusion des résultats de recherche sera organisée par le CNLS. Les chercheurs locaux devront être soutenus financièrement et techniquement dans leurs initiatives de recherche dans le domaine du sida.

5.8.2.10 Gestion et coordination de la lutte contre le sida et les MST. Proposition de modification du Comité National de Lutte contre le Sida et les MST

Le PMT propose une refonte du *Comité National de Lutte contre le Sida et les MST*, qui sera placé sous la présidence d'honneur du Chef de l'Etat, et dont la présidence effective restera au Ministre de la Santé. Le nouveau comité s'élargit à d'autres personnalités et institutions du pays. Un *Bureau de Coordination* ainsi qu'un *Comité Technique* sont créés. Les personnalités de rang ministériel deviennent vice-présidents du CNLS, toujours présidé par le Ministre de la Santé. Parmi les nouveaux membres du CNLS, on compte :

- ◆ les hauts-commissaires des trente provinces,
- ◆ les présidents de sous-comité techniques du CNLS,
- ◆ les présidents des associations populaires « officielles » : Union Nationale des Femmes Burkinabè, Union Nationale des Jeunes Burkinabè, Union Nationale des Anciens Burkinabè.
- ◆ les représentants des communautés religieuses du pays, de la Croix Rouge et du Croissant Rouge,
- ◆ les membres du Comité Technique du CNLS,

- ◆ le doyen de la Faculté des Sciences de la Santé,

Les représentants des organisations internationales, des ONG, et de tous les pays conviés par le président du CNLS, sont admis en tant qu'observateurs au sein de la nouvelle structure.

Le *Bureau de Coordination*, sous la responsabilité directe du *Secrétariat Général de la Santé*, sera chargé de :

- ◆ définir les activités détaillées du PMT et leurs normes d'exécution,
- ◆ assurer l'intégration des activités dans les formations sanitaires, et superviser leur réalisation,
- ◆ la gestion matérielle, logistique et de personnels du PMT,
- ◆ assurer la coordination entre Ministère de la Santé, ONG, associations, organisations internationales, bailleurs de fonds,
- ◆ représenter le pays dans les réunions internationales sur le sida.

Composé d'un coordonateur national, d'un administrateur-gestionnaire détaché de l'OMS, d'un administrateur-gestionnaire adjoint national et des présidents de sous-comités du *Comité Technique* de Lutte contre le Sida et les MST (cf. plus loin), il pourra employer un personnel de soutien technique (secrétaires, chauffeurs, planton, gardiens), pris en charge par le programme durant toute son exécution.

Le *Comité Technique* réunira les sous-comité technique du CNLS et le coordonateur national. Les sous-comités techniques seront au nombre de cinq :

- ◆ *Sous-comité de Suivi* de la lutte contre le sida, chargé de mettre en application toutes les actions visant à réduire la transmission des VIH au Burkina Faso,
- ◆ *Sous-comité laboratoire*, chargé des activités visant à la sécurité transfusionnelle, et d'étudier les techniques de diagnostic sérologique les plus adaptées au contexte du pays,
- ◆ *Sous-comité recherche*, chargé de coordonner toutes les recherches sur le sida et les MST, et d'en considérer les aspects éthiques,

- ◆ *Sous-comité Information Education Communication*, chargé de mettre en oeuvre le programme d'IEC du PMT,
- ◆ *Sous-comité prise en charge et législation*, chargé de considérer tous les aspects de la prise en charge clinique et psychosociale des séropositifs et malades du sida, et de veiller à la protection de leurs droits.

La supervision du *Plan à Moyen Terme* sera assurée au niveau national par le *Bureau de coordination* et au niveau provincial par les *Directions Provinciales de la Santé et de l'Action Sociale*.

5.8.2.11 Commentaires

Une transformation du CNLS paraît indispensable. La restructuration du comité prévue pendant le PCT n'a pas eu lieu. Il est pourtant nécessaire d'ouvrir au maximum la lutte contre le sida dans la société burkinabè, d'impliquer plus activement les dirigeants politiques, administratifs et religieux du pays, etc. Il faut attendre le début de l'année 1990 pour qu'un texte de loi modifie la composition du CNLS, et son organisation interne. Le *Kiti N° An VII 219/FP/SAN-AS* du 27 février 1990, portant création du *Comité National de Lutte contre le Sida*, rend officielle les modifications proposées par le PMT concernant sa composition. Le *Raabo N° An. VII 0069/FP/SAS-IC* du 14 mai 1990, portant application du Kiti précédent, entérine la réorganisation du fonctionnement du CNLS, telle que proposée par le PMT. Une exception notable concerne cependant les sous-comités techniques. Le PMT n'en prévoit que cinq, oubliant curieusement le domaine de la surveillance épidémiologique. Cet oubli est réparé par le décret d'application de mai 1990, qui rétablit la surveillance épidémiologique parmi les priorités de la lutte contre le sida, en lui attribuant un sous-comité spécifique.

Des imprécisions concernent l'articulation entre les sous-comités techniques et le bureau de coordination du CNLS, dont les attributions se chevauchent souvent, sans que leur lien ne soit clairement précisé. Cette situation peut conduire à des conflits de compétences.

5.8.3 Evaluation du PMT

Selon les usages en cours dans les institutions internationales, l'évaluation du PMT emploiera des indicateurs de trois niveaux :

- ◆ indicateurs de *monitoring*, mesurant simplement les réalisations effectives par rapport aux prévisions,
- ◆ indicateurs de performance, mesurant quantitativement la proportion dans laquelle une activité a été réalisée,
- ◆ indicateurs d'impact, mesurant « l'impact réel » du programme sur les objectifs généraux poursuivis.

Une mission d'évaluation du PMT est prévue à la fin de la première année d'exercice, pour évaluer et reprogrammer les activités sur les deux années suivantes.

5.8.4 Budget du PMT

5.8.4.1 Description

Le budget total du PMT se monte à 3.424.078 \$ (21 millions de FF) pour les trois années d'exercice. La ventilation du budget par objectif figure dans le tableau 5-1.

La prise en charge des personnes infectées et la prévention de la transmission sanguine et iatrogène sont les deux postes importants du budget (27 et 25 %). Viennent ensuite la surveillance épidémiologique et les frais de fonctionnement du programme de lutte contre le sida (un peu plus de 30 %), puis la prévention de la transmission sexuelle des VIH, avec 12 %.

Enfin, la recherche est le parent pauvre du *Plan à Moyen Terme*, avec 2,7 % du budget.

L'examen du contenu de chaque poste budgétaire montre qu'une grande partie du budget est consacrée à financer de l'investissement matériel.

Par un simple exercice de ventilation des différents budgets selon d'autres catégories (formations des personnels, investissements matériels, frais de consultations, crédits de recherche), nous obtenons le tableau 5-2, qui fait apparaître plus nettement la part d'investissement prévue dans le PMT.

Tableau 5-1 : Budget prévisionnel du PMT, ventilation par objectifs et par année

Objectifs	Année 1	Année 2	Année 3	Total 3 ans	%
1. Prév. trans. sex. VIH/MST	205.130	111.595	113.287	430.012	12,6
2. Prév. trans. Sang. VIH	325.879	269.828	269.828	865.535	25,3
3. Prév. trans materno-infant.	-	-	-	-	
4. Amélior. prise en charge	394.355	271.655	242.963	908.973	26,5
5. Surveillance épidémio.	208.438	202.620	202.620	613.678	17,9
6. Coord. promouvoir rech.	31.000	31.000	31.000	93.000	2,7
7. Gest. coord. lutte/sida-MST	291.720	150.180	70.580	512.880	15,0
Total PMT	1.456.522	1.037.278	930.278	3.424.078	100,0

Tableau 5-2 : Budget prévisionnel du PMT, ventilation par objectifs selon la nature des dépenses

Objectifs	Formation	Investisst	Recherche	Consultation	Total 3 ans	%
1.	189.946	210.066		30.000	430.012	12,6
2.	15.900	849.635			865.535	25,3
3.	-	-	-	-	-	-
4.	109.848	791.625		7.500	908.973	26,5
5.		613.678			613.678	17,9
6.	15.000	3.000	75.000		93.000	2,7
7.	490.380			22.500	512.880	15,0
Tot. PMT	821.074	2.468.004	75.000	60.000	3.424.078	100,0
%	24,0	72,1	2,2	1,75	100,0	-

5.8.4.2 Commentaires

L'examen de ce budget appelle quelques commentaires. La part d'investissement, consacrée principalement aux équipements en matériels de laboratoire, matériels audiovisuels, réactifs et médicaments, véhicules, matériels de bureau et réhabilitation de bâtiments, semble considérable par rapport aux moyens engagés dans les autres domaines d'activités. Cette part atteint 72 % du budget total, tandis que la formation ne mobilise que 24 % des moyens prévus. L'investissement matériel ressort donc largement prioritaire, au détriment de la formation. La gestion et la coordination du programme représentent 15 % du budget total, ce qui se situe dans la moyenne des programmes de développement. L'Etat burkinabè ne prend à sa charge que deux emplois au sein du CNLS, sous la forme d'un détachement de deux agents de la fonction publique aux postes de *coordonateur national* et *administrateur-gestionnaire adjoint*. Certains objectifs stratégiques prévus dans la présentation du PMT disparaissent dans les détails de son budget. Ainsi en est-il pour les enquêtes CAPC sur les comportements sexuels dans le grand public, et surtout pour la prévention de la transmission mère-enfant.

5.8.5 Mise en oeuvre du PMT

Adopté en avril 1989, le PMT est soumis aux organisations nationales, internationales et aux agences de financement lors d'une réunion des bailleurs de fonds en octobre 1989.

Lors de cette réunion, les bailleurs de fonds s'engagent à financer le programme à hauteur de 2.193.999 \$ (11,5 millions de FF), ce qui couvre le budget de la première année du PMT.

Cette première année est considérée comme la plus importante car l'essentiel des investissements doivent y être engagés.

Le PMT démarre ses activités à partir de mai 1990. Une revue du programme doit être réalisée à l'issue de la première année, pour analyser l'état d'avancement des activités planifiées et les reprogrammer selon les recommandations qui seront formulées.

Les principaux donateurs figurent au tableau 5-3.

Tableau 5-3 : Bailleurs de fonds du PMT

Donateurs	Engagements
PNUD*	329.699
CEE	394.355
USAID	515.000**
R.F.A.	508.500* + 286.000
UNICEF	109.000
OMS*	51.500
Total	2.194.054

* financement au travers de l'OMS

** dont 500.000 \$ pour les préservatifs.

Le reste des financements rentre dans le cadre de l'assistance bilatérale.

5.8.6 Revue du PMT

La Revue de la première année de mise en oeuvre du Plan à Moyen Terme se déroule comme prévu du 17 avril au 3 mai 1991 à Ouagadougou. Elle réunit des experts de l'OMS/GPA et des évaluateurs nationaux d'origines diverses (plusieurs ministères sont représentés, mais aussi plusieurs partenaires de la lutte contre le sida). Les activités réalisées dans le cadre de chaque objectif du PMT sont revues de manière détaillée. Les contraintes et lacunes sont précisées, des recommandations sont formulées dans le but de reprogrammer les activités pour les deux années suivantes.

5.8.6.1 Problèmes identifiés par la Revue

Cette revue soulève des remarques très pertinentes. Bien que réalisée après seulement une année d'activité du PMT, certaines de ses critiques sont restées d'actualité par la suite, et valent qu'on s'y attarde un peu.

Le retard de mise à disposition des fonds du PMT, résulte à la fois de requêtes gouvernementales tardives et d'un déblocage particulièrement long des fonds par les bailleurs. Il a nettement handicapé la mise en oeuvre du PMT dans sa première année.

La *mise en place des structures décentralisées* (comités provinciaux de lutte contre le sida, CRESA...) est *laborieuse* : seuls 2 comités provinciaux sont nés au moment de la revue, aucun CRESA n'est encore opérationnel. La formation des personnels de santé, qui a pris beaucoup de retard, paraît notoirement insuffisante, d'autant que le personnel formé est instable (le seul infirmier formé sur le sida dans un CSPS peut être déplacé par le jeu des nominations et des mutations administratives), et qu'il existe une pénurie de personnel qualifié dans le secteur de la santé (la fonction publique ne recrute plus). La décentralisation des activités de lutte contre le sida n'est pas effective, ce qui engendre des critiques parmi les professionnels de santé, confrontés quotidiennement mais sans moyens d'action au problème grandissant du sida, tandis que le CNLS paraît vivre dans l'opulence (bureaux, véhicules...)

Au niveau central, les problèmes identifiés par la *Revue* sont liés au *manque de personnel* (pour le suivi des activités en IEC, par exemple) et au *manque de disponibilité* des personnes affectées au programme, ce qui nuit à l'efficacité des sous-comités techniques. Ainsi le programme IEC-sida ressemble-t-il plus à une somme des activités développées par les partenaires (institutions internationales, coopérations bilatérales, ONG, associations), qu'à un programme cohérent contrôlé par la DESA et le CNLS. Le *sous-comité Surveillance Epidémiologique* n'a pas réussi à mettre en place le réseau sentinelle prévu à l'échelle du pays. Le *sous-comité Recherche* n'a pu examiner l'ensemble des projets de recherche qui lui ont été proposés.

La *mobilisation multisectorielle* autour du problème du sida est particulièrement *faible*. Si les médias se sont effectivement mobilisés derrière le CNLS, les engagements sont extrêmement timides par ailleurs.

Enfin, le problème de la *prise en charge des séropositifs et malades du sida* est discuté dans la *Revue du PMT* sous l'angle éthique, et des recommandations jusqu'alors inédites y sont formulées, qui nous paraissent importantes. Les objectifs de la prise en charge des personnes infectées par les VIH paraissent imprécis : le contenu des activités de formation n'est pas indiqué, les populations bénéficiaires mal identifiées, les attributions du *sous-comité Prise en Charge* ne sont pas claires... Les rédacteurs de la *Revue* remarquent que des tests de dépistage VIH sont fréquemment réalisés à l'insu des patients, et les résultats rarement portés à leur connaissance. Des personnes séropositives découvrent parfois leur statut de manière accidentelle, et ne bénéficient le plus souvent d'aucun soutien psychologique. Enfin, la seule activité de *counseling* existant au Burkina Faso est menée par les psychiatres du

CHNYO, mais ne concerne que quelques patients. Les rédacteurs pensent qu'il « ...existe un malaise général au niveau du personnel [de santé] dans l'approche de l'infection à VIH... ». Ils remarquent que l'élaboration des textes législatifs pour la protection des personnes infectées par les VIH n'est pas prioritaire dans le dernier rapport d'activité annuel du CNLS, « ...du fait de la non exclusion des cas VIH/SIDA [au Burkina Faso]... ». Cette affirmation optimiste est très discutable. Les auteurs de la *Revue* soulèvent la contradiction par cette interrogation : « faut-il attendre la généralisation des attitudes discriminatoires avant de procéder à l'élaboration de tels textes ou faut-il en faire maintenant une priorité dans un but de prévention ? » Ils proposent la création d'un *Comité d'éthique et juridique* qui sera chargé de proposer des règles concernant les indications et la communication des résultats du dépistage de l'infection à VIH. Un cadre législatif officialisera alors ces règles.

5.8.6.2 *Reprogrammation du PMT*

L'ensemble de ces réflexions à propos des réalisations du PMT conduisent à une reprogrammation des activités pour les deux années suivantes¹²⁸. Le budget des différents objectifs pour ces deux années est revu à la hausse, mais garde cependant les mêmes caractéristiques : prédominance des investissements matériels centrés sur les activités de laboratoire et de banque du sang, faiblesse relative des crédits destinés à la formation.

5.8.7 Résultats du PMT

C'est lors de l'Assemblée Générale du *Comité National de Lutte contre le Sida* de juin 1992 que se discute le bilan des activités du PMT, en même temps que sont définis les objectifs du *Plan à Moyen Terme II*, pour les années 1993 à 1995. Globalement, les résultats du PMT peuvent être qualifiés de modestes. Les commentaires faits lors de la « *Revue de la première année de mise en oeuvre du Plan à Moyen Terme* » restent pertinents, à l'issue du plan.

5.8.7.1 *Surveillance épidémiologique*

Les connaissances épidémiologiques nouvelles sur l'infection à VIH au Burkina Faso ne donnent encore qu'une idée partielle de l'épidémie. Les résultats concernent surtout des *groupes cibles* : tuberculeux, enfants hospitalisés, donneurs de sang. Cependant, la grande

¹²⁸ Programme National de Lutte contre le Sida. Reprogrammation des activités pour la 2ème et la 3ème année du Plan à Moyen Terme, 1991.

enquête nationale de 1989, réalisée juste avant le démarrage du *Plan à Moyen Terme* a donné des résultats indicatifs utiles à l'échelle du pays (séroprévalence entre 5 et 7 % chez les femmes enceintes en milieu urbain). Seule l'étude de Banfora permet pourtant d'apprécier les tendances évolutives de l'épidémie, car les sites sentinelles prévus n'ont toujours pas été mis en place, faute de formation, de matériels et de suivi du programme. Le système de notification des cas est pour les mêmes raisons encore inefficace. Les enseignements tirés du PMT sur la surveillance épidémiologique :

- ◆ l'évaluation de la définition du sida selon les critères de Bangui est nécessaire,
- ◆ la surveillance épidémiologique des MST doit être couplée à celle du sida. Elle requiert la mise en place de moyens diagnostiques dans toutes les formations sanitaires, et la création d'un *Programme national de Lutte contre les MST*,
- ◆ la formation des personnels de santé est notoirement insuffisante.

5.8.7.2 Sécurité transfusionnelle, laboratoires

Du côté de la transfusion sanguine, les deux banques du sang des CHN fonctionnent, mais les CHR ne sont pas encore équipés, et l'approvisionnement en tests VIH souffre d'irrégularité. La formation et le recyclage des personnels est insuffisante. Les laboratoires posent les mêmes problèmes : le *Laboratoire National de Référence* fonctionne, mais les formations sanitaires secondaires ne sont pas encore équipées, et la formation des personnels est insuffisante. Les évaluateurs du PMT insistent sur la nécessité de créer des structures centrales de gestion et de coordination de l'ensemble des laboratoires et des banques de sang du pays.

5.8.7.3 Prise en charge

La prise en charge des personnes infectées par les VIH est le domaine dans lequel les résultats sont les plus faibles. Elle comprend à la fois les soins médicaux et le soutien psychosocial (*counseling*), mais aussi la prise en compte légale et éthique du problème du sida dans la société. A l'issue du *Plan à Moyen Terme*, les formations en *counseling* n'ont touché qu'une petite partie des personnels de santé. Il n'y a pas de véritables équipes de prise en charge-*counseling* sur le terrain. La diffusion des documents techniques (manuel de prise en charge des personnes infectées par les VIH, document OMS/MDM) a été lente et incomplète. Quant au *sous-comité Prise en Charge*, ses attributions sont à la fois imprécises et trop vastes,

sa composition est inadéquate. Il s'est très peu réuni, et n'a pu produire de propositions constructives en matière de textes légaux. Les raisons en sont multiples : les transformations politiques que vit le Burkina Faso ont relégué le sida à l'arrière-plan de l'actualité ; les décideurs n'ont pas encore pris conscience de l'ampleur du phénomène du sida ; des réticences existent parmi les responsables techniques de la santé, les autorités hospitalo-universitaires, le corps médical, les professions paramédicales sur la nécessité de légiférer à propos du sida. Ces réticences expliquent en partie que la réflexion sur le cadre légal de la maladie ait été repoussée.

5.8.7.4 Programme IEC

En matière d'Information-Education-Communication, les évaluateurs du PMT reconnaissent que la multiplication des actions d'information en direction du grand public semble avoir fait progresser les connaissances de la population sur la maladie. Mais cette observation est surtout vraie pour la ville, beaucoup moins pour les campagnes. La mobilisation des jeunes, des femmes et des travailleurs (les routiers) a démarré, de même que celle des femmes à partenaires multiples (des femmes-leader ont été formées à Ouagadougou) et des militaires. La sensibilisation passe par l'organisation de conférences-débats, des projections de films, des pièces de théâtre-forum¹²⁹, des jeux-concours. Les médias ont participé activement aux activités de lutte contre le sida. En revanche, la formation des personnels de santé est en retard (comme en matière de *counseling*, sécurité et prévention). La décentralisation des activités n'est pas effective : les CRESA ne sont toujours pas opérationnels. Au niveau central, la DESA et le *sous-comité IEC* n'ont pas de personnel à temps complet sur le programme IEC. Le *sous-comité IEC* s'est élargi aux représentants des ministères concernés, des organisations internationales de coopération, des ONG, et des associations locales (qui apparaissent depuis peu dans la lutte contre le sida). Quant au *projet de marketing social des condoms* (PROMACO), qui a démarré en 1991, ses résultats sont prometteurs, avec plus de 7 millions de préservatifs vendus sur l'ensemble du territoire.

¹²⁹ le théâtre-forum, aussi appelé « théâtre utile », consiste à mettre en scène des situations de la vie quotidienne, permettant d'aborder un problème (en l'occurrence le sida), sur lequel les spectateurs sont invités à intervenir sur un mode participatif (en jouant des rôles) au côté des acteurs professionnels, qui guident la réflexion collective sur le thème en apportant des informations circonstanciées.

5.9 Conclusions sur le Plan à Moyen Terme (1)

Le *Plan à Moyen Terme* s'est déroulé pendant trois années de restructuration administrative et politique du pays. Il a bénéficié des erreurs et des insuffisances du *Plan à Court Terme*, mais aussi des expériences accumulées par l'OMS dans les autres pays de la région, et par les autorités burkinabè pendant le premier plan. Le *Plan à Moyen Terme* a des stratégies plus précises, et affirme des priorités : l'IEC, le renforcement des capacités nationales en infrastructures et en personnel, la formation des personnels. Cependant, les dépenses d'investissements ont nettement dominé les dépenses de formation, privilégiant ainsi la deuxième priorité.

De façon schématique, les progrès apportés par le *Plan à Moyen Terme* se situent dans le domaine de la sécurité transfusionnelle (qui a mobilisé beaucoup de moyens), et de la promotion des préservatifs. Les activités de *counseling* et de recherche sont en revanche seulement ébauchées, tandis que la lutte contre les transmissions iatrogènes et non médicales du VIH sont restées à l'état de déclarations d'intentions. L'échec du *Plan à Moyen Terme* est net dans le domaine du suivi épidémiologique de l'épidémie, car aucun travail n'a pu être produit par le CNLS depuis enquête de nationale de 1989. La décentralisation et l'intégration de la politique de lutte contre le sida ont également peu progressé. D'un point de vue administratif, la réforme de structure du CNLS a permis de créer la cellule de gestion et de coordination qui lui faisait défaut.

A la décharge du *Plan à Moyen Terme* et du *Comité National de Lutte contre le Sida et les MST*, il faut préciser que les financements acquis pour couvrir les besoins du plan n'ont pas été suffisants. Ils ont couvert moins de 80 % des besoins, ce qui a compliqué le travail de coordination et de gestion du CNLS.

5.10 Plan à Moyen Terme (II)

5.10.1 Généralités

Les objectifs retenus dans le PMT II sont très proches de ceux du PMT (I). Ces derniers sont en fait reconduits et approfondis, si bien que le PMT II ressemble beaucoup à son prédécesseur. Il contient, comme auparavant, cinq objectifs techniques et deux volets impact et gestion :

- ◆ *prévenir la transmission sexuelle des VIH,*
- ◆ *prévenir la transmission sanguine des VIH,*
- ◆ *prévenir la transmission périnatale des VIH,*
- ◆ *améliorer la prise en charge des personnes infectées,*
- ◆ *coordonner et promouvoir la recherche sur sida et MST,*
- ◆ *le suivi d'impact du programme et la surveillance épidémiologique,*
- ◆ *la gestion et la coordination de la lutte contre le sida.*

Sans reprendre le contenu de chacun d'entre eux, ce qui a déjà été développé à propos du *Plan à Moyen Terme (I)*, nous nous attacherons à en préciser les aspects nouveaux, avant de formuler quelques remarques générales.

5.10.2 Objectifs spécifiques

5.10.2.1 Information, Education, Communication

5.10.2.1.1 Orientations

L'ensemble des activités développées dans le cadre du PMT (I) sont prorogées, en renforçant la sensibilisation auprès des *groupes à comportements à risque*, des personnes infectées et de leurs familles. Des actions à base communautaire seront soutenues pour lutter

contre l'exclusion des malades et des orphelins. Le *sous-comité IEC* sera divisé en quatre groupes : formation, recherche, animation, production des supports d'IEC. Il cherchera à développer la formation des *groupes cibles*, pour leur permettre de réaliser eux-mêmes, à terme, les activités d'IEC dans leur milieu. Ces objectifs reposent évidemment sur la décentralisation réelle des structures de lutte contre le sida. Les CRESA ainsi que les *Comités provinciaux de lutte contre le sida* doivent donc impérativement être mis en place. La formation et le recyclage des personnels de la santé et de l'action sociale en IEC et *counseling* est également prioritaire, ainsi que la production de supports d'IEC adaptés au milieu rural (boîtes à images, bandes dessinées...).

5.10.2.1.2 Grand public, groupes cibles

Les médias devront poursuivre leurs actions en direction du grand public. Une formation continue des professionnels de la communication sera menée. La diffusion de messages accessibles à tous (sous forme de documents écrits, de pièce de théâtre, de films, etc.) sera renforcée. Certains *groupes cibles* seront particulièrement visés :

- ◆ les **jeunes**, par l'intermédiaire des enseignants (formation d'enseignants du secondaire, mais aussi du primaire, mise à leur disposition de matériels pédagogiques sur MST et sida), par l'intermédiaire de leurs mouvements associatifs, mais aussi dans les quartiers urbains, en milieu rural, et en milieu carcéral.
- ◆ les **femmes**, par le biais des associations et groupements féminins.
- ◆ les **femmes à partenaires multiples**, par l'intermédiaire de femmes leaders, formées en IEC et *counseling*, équipées en matériel éducatif.
- ◆ les **travailleurs** et les **employeurs**, par l'intermédiaire des *Services d'Inspection du Travail*, des délégués du personnel, des représentants syndicaux et des *Comités d'Hygiène et de Sécurité* (qui sont statutairement sous le contrôle de l'OST et de la CNSS),
- ◆ les **personnes atteintes de maladies sexuellement transmissibles**,
- ◆ les **militaires** par l'intermédiaire du *Service de Santé des Armées*,
- ◆ les **routiers**, grâce à leurs syndicats et organisations professionnelles.

5.10.2.1.3 Promotion du préservatif

Deuxième volet de ce programme IEC, la promotion de l'utilisation du préservatif sera développée sur toute l'étendue du territoire national, par le Projet de Marketing des Condoms (PROMACO) soutenu par l'USAID et FHI (cf. plus loin). Les prévisions envisagent la vente de 6 à 8 millions de préservatifs par an, sur trente villes du pays.

5.10.2.1.4 Programme de lutte contre les maladies sexuellement transmissibles

L'apparition d'un volet « lutte contre les maladies sexuellement transmissibles » constitue la grande nouveauté de ce PMT II. Les MST sont en nette recrudescence dans le monde entier, tout particulièrement dans les pays en développement. Elles posent un problème de santé publique au Burkina Faso par leur fréquence, la gravité de leurs complications (infertilité, grossesse ectopique, infections néonatales...), leur coût, mais surtout par leur rôle de facteur favorisant l'infection à VIH (notamment les ulcérations génitales¹³⁰). La lutte contre les MST constitue donc aussi une stratégie importante de lutte contre le sida. Dans les premiers programmes sur le sida de l'OMS, ce lien entre MST et sida était absent. La rectification a eu lieu en 1990, à partir de la généralisation des PMT. L'OMS a ensuite incité les différents pays à adopter des programmes nationaux de lutte contre les MST, couplés avec les plans sida.

L'adoption d'un *Programme National de Lutte contre les MST* au Burkina Faso répond à cette incitation. Il est prévu qu'il démarre en janvier 1993, sous l'autorité du chef du programme sida, mais animé par un responsable spécifique pour les MST. Ce *Programme National de Lutte contre les MST* s'articule autour de quatre objectifs stratégiques qui peuvent être résumés de la façon suivante :

- ◆ **déterminer l'incidence et la prévalence des MST et de leurs complications** ; des enquêtes devront être conduites dans le pays sur la syphilis, les chlamydioses, la gonococcie, le condylôme, le chancre mou, parmi des populations d'adultes, et sur la syphilis congénitale, l'ophtalmie gonococcique chez les nouveau-nés ;
- ◆ **prendre en charge les patients atteints et leurs contacts** ; les structures de soins doivent être équipées en moyens diagnostiques (laboratoires), les personnels formés en clinique et thérapeutique sur les MST (mise en place de protocoles et

¹³⁰ CAMERON DW, LOURDES J, D'COSTA GM *et al.* *Lancet* 1989; ii : 403-7.

d'algorithmes), l'approvisionnement en réactifs et médicaments essentiels doit être régulier. Formation et recyclage sont là aussi prioritaires ;

- ◆ **améliorer et renforcer la surveillance épidémiologique des MST** ; de nouvelles fiches de notification des MST seront réalisées, et les sites sentinelles prévus pour le sida surveilleront également les MST.
- ◆ **développer et coordonner la recherche opérationnelle en matière de MST** ; cet objectif contient les mêmes idées que l'objectif correspondant du PMT.

Le budget prévisionnel du *Programme National de Lutte contre les MST* durant les trois années se monte à 368.669 \$, soit 2 millions de FF. La totalité du budget prévu pour l'IEC pendant la durée du PMT II (objectif 1) s'élève à 4.602.805 \$, soit 23 millions de FF. La répartition de ce budget prévisionnel, par sous-objectifs et par année, apparaît dans le tableau ci-dessous.

Tableau 5-4 : Budget prévisionnel du programme IEC (objectif 1)

Sous-objectifs	1993	1994	1995	TOTAL
Informé le grand public	416.262	372.616	298.092	1.086.970
Informé les groupes cibles	558.675	526.940	421.551	1.507.166
Promotion du préservatif	480.000	550.000	610.000	1.640.000
Programme de lutte contre les MST	144.115	116.327	108.227	368.669
Total	1.599.052	1.565.883	1.437.870	4.602.805

5.10.2.2 Prévention de la transmission par voie sanguine

Les banques de sang des deux hôpitaux nationaux sont équipés en chaîne ELISA, de même que le CHR de Koudougou. Les autres hôpitaux qui pratiquent la transfusion sanguine (CHR et CMA - Centre Médical à Antenne chirurgicale -) utilisent des tests rapides. Le principal problème que rencontrent ces formations sanitaires tient à l'irrégularité de l'approvisionnement en tests, réactifs et poches (ruptures de stock fréquentes, même à la banque du CHNYO). Le recyclage des personnels est nécessaire. Il est prévu d'équiper en ELISA les CHR de Tenkodogo et Ouahigouya, ainsi que *l'Infirmierie de Garnison de*

Ouagadougou (IGO). Les autres stratégies proposées dans cet objectif de lutte contre la transmission sanguine des VIH sont identiques à celles des précédents plans. Le budget prévisionnel de cet objectif s'élève à 1.263.129 \$ sur trois ans, soit 6,3 millions de FF.

5.10.2.3 Prévention de la transmission périnatale des VIH

La réduction de la transmission sexuelle des VIH chez les femmes en âge de procréer rentre dans le cadre de l'objectif 1. Le *counseling* et la promotion des préservatifs auprès des femmes infectées par les VIH s'intègrent également dans les autres objectifs (1 et 4, cf. plus loin). Cet objectif n'est pas budgétisé dans le PMT II, comme dans le plan précédent.

5.10.2.4 Prise en charge des personnes infectées par les VIH

La prise en charge des personnes infectées par les VIH a peu progressé au Burkina Faso (équipes psycho-médico-sociales de suivi des malades et séropositifs pas encore opérationnelles, pénuries de matériels et médicaments dans les services de santé, pas de législation sur le sida). Dans le *Plan à Moyen Terme II*, l'accent est mis sur la nécessité d'une participation communautaire dans la lutte contre l'épidémie, qu'il faut s'attacher à susciter et soutenir. La condition des *enfants victimes et orphelins du sida* fait l'objet d'une mention particulière, appelant à une réflexion sur les modes d'intervention possibles à leur égard. Enfin, l'élaboration d'une législation sur le sida est considérée comme prioritaire. Le budget prévisionnel de l'objectif 4 s'élève à 209.650 \$ pour trois ans, soit un peu plus d'1 million de FF. Il ne comprend pas les besoins en médicaments essentiels, chiffrés à 430.500 \$ pour trois ans (environ 2,2 millions de FF).

5.10.2.5 Coordonner et promouvoir la recherche

Cet objectif regroupe, du point de vue budgétaire, la recherche sur le sida et la recherche sur les maladies sexuellement transmissibles. Un séminaire national sur la recherche en matière de sida a permis de déterminer des axes prioritaires, et des critères de sélection des projets. Les orientations du PMT II dans ce domaine vont vers la décentralisation des activités de recherche, la mobilisation des chercheurs locaux, une diffusion correcte et une meilleure exploitation des résultats de recherche. Le budget prévisionnel total, incluant la recherche sur les MST, se monte à 50.840 \$ (250 000 FF).

5.10.2.6 Suivi d'impact et surveillance de l'épidémie

L'accent est mis sur la formation en épidémiologie de terrain des médecins responsables des formations sanitaires périphériques (district ou province), et sur la révision de la définition des cas de sida au Burkina Faso.

La gestion des données de surveillance épidémiologique sera améliorée, pour assurer notamment la rétro-information des différents acteurs de la lutte contre le sida.

Des enquêtes focalisées seront réalisées dans différents milieux, dont les prisons et les sites aurifères.

Le budget prévisionnel attribué à la surveillance épidémiologique est de 228.854 \$ (1,2 millions de FF).

5.10.2.7 Gestion et coordination de la lutte contre le sida et les MST

Aucune modification significative n'est prévue dans les structures en place.

Deux revues du PMT II sont programmées, l'une après 1 an d'activités, l'autre au terme du plan.

Le budget prévu pour le Secrétariat Permanent du CNLS s'élève à 767.326 \$ pour trois ans (3,9 millions de FF). Ce budget comprend le salaire du personnel international (administrateur gestionnaire de l'OMS), qui représente près de 30 % du total. Les salaires du personnel de soutien seront pris en charge sur financement du PNUD.

5.10.3 Budget prévisionnel du PMT II –

Le budget total du PMT II s'élève à 7.122.583 \$, soit près de 36 millions de FF.

Cela représente plus du double de celui du PMT (I), pour une période équivalente. Le budget détaillé pour 1993 et les projections pour 1994 et 1995 figurent sur le tableau résumé ci-dessous.

Le premier poste est cette fois-ci la prévention de la transmission sexuelle des VIH, suivi de la prévention de la transmission sanguine, puis du poste gestion. La prise en charge ne se voit attribuer qu'une très modeste enveloppe.

Tableau 5-5 : Budget prévisionnel du PMT II, ventilation par objectifs et par année

Volets du PMT II	1993	1994	1995	Total	%
1. Prévenir transm. sexuelle VIH/MST	1.599.052	1.565.883	1.437.870	4.602.805	64,6
2. Prévenir transmission sanguine	517.866	373.871	371.371	1.263.108	17,7
3. Prévenir transmission périnatale	cf. 1 et 4	"	"	"	-
4. Améliorer prise en charge pers. infect.	87.150	59.000	63.500	209.650	2,9
5. Coord., promouvoir rech. VIH/MST	22.080	14.380	14.380	50.840	0,7
Suivi d'impact et surveil. épidémio.	51.553	98.753	78.548	228.854	3,2
Gestion, coord. lutte contre sida/MST	280.526	247.000	238.900	767.326	10,8
Total	2.558.227	2.359.787	2.204.569	7.122.583	100,0

5.10.4 Mise en oeuvre du PMT II

Le PMT II, finalisé en octobre 1992 par le collège des présidents de sous-comités, avec l'appui technique de l'OMS, est adopté par le Gouvernement, puis présenté à la conférence des bailleurs de fonds en décembre 1992. Des promesses de financement y sont faites (cf. tableau ci-dessous).

Tableau 5-6 : Contributions des partenaires au PMT II, en décembre 1992

Partenaires	1993	1994	1995
OMS	250.000	250.000	250.000
Banque Mondiale	776.262		
Opérateurs économiques :			
PNUD	219.000		
USAID	774.376	701.336	
UNICEF	60.000	50.000	
GTZ	277.846		
Gouvernement	176.923		
Total	2.583.247	1.001.336	250.000

* Loterie Nationale Burkinabè : équivalent local de la Française des Jeux.

Les partenaires s'engagent surtout sur la première année. La participation au financement du PMT II de quelques opérateurs économiques burkinabè doit être soulignée, car elle traduit la prise de conscience de la gravité du sida dans les milieux dirigeants, au Burkina

Faso. On remarquera la participation de l'Etat au financement du PMT II (c'est la première fois qu'un budget national est alloué à la lutte contre le sida). Il ne s'agit pas du premier geste de l'Etat burkinabè, car celui-ci finance déjà la lutte contre le sida par d'autres biais (salaires des fonctionnaires engagés dans ce domaine). Malgré son modeste montant, ce soutien est symboliquement important. L'absence de certains partenaires privilégiés du Burkina Faso dans les promesses de contributions au PMT II doit être également soulignée : la Coopération Française, la Communauté Européenne.

5.10.5 Revue de la première année du PMT II

Les activités du PMT II démarrent début 1993, et une revue des réalisations de la première année a eu lieu lors de la dernière Assemblée Générale du CNLS, du 19 au 23 avril 1994, à Ouagadougou. Ce premier bilan des activités fait apparaître des progrès et des difficultés, qui montrent où en sont, à l'heure actuelle, les différents volets de la lutte contre le sida au Burkina Faso.

La mise en oeuvre du **programme d'IEC** a rencontré beaucoup de problèmes. Certaines activités ont été réalisées : formation-recyclage des agents d'exécution de l'IEC, enquêtes CAPC, campagnes d'information auprès des jeunes, des militaires, des routiers, des prostituées. Cependant, moins de 40 % des activités prévues se sont effectivement déroulées. Les contraintes relevées mettent en cause :

- ◆ le retard de mise en oeuvre des financements acquis en décembre 1992,
- ◆ le retard d'installation des CRESA et des *Comités locaux de lutte contre le sida*,
- ◆ les personnels sont peu motivés.

La **lutte contre la transmission sanguine** des VIH souffre surtout de l'irrégularité de l'approvisionnement en réactifs et tests. Un atelier sur la transfusion sanguine a enfin eu lieu (proposant un projet de politique nationale de transfusion sanguine), les CHR prévus seront très bientôt équipés (ELISA et tests rapides). L'intégration du *Programme National de Lutte contre les MST* dans celui de la lutte contre le sida est effective.

Dans le cadre de la **prise en charge des personnes infectées**, 1500 agents ont pu recevoir une formation en counseling, mais le séminaire de réflexion sur les textes de loi concernant le sida n'a toujours pas eu lieu. Le premier *Centre de dépistage anonyme et*

volontaire pour les VIH vient d'ouvrir à Ouagadougou, animé par des médecins volontaires et des infirmières *counselor*.

La **surveillance épidémiologique** n'a pas encore réussi à mettre en place les sites sentinelles, ni démarré les formations prévues. Le *sous-comité recherche* n'a pas démarré les activités prévues, faute de crédits et de disponibilité de ses membres. Le *Secrétariat Permanent du CNLS* a été renforcé par un médecin de santé publique, et un administrateur-adjoint ; la construction de ses nouveaux locaux est terminée.

5.10.6 Conclusions de la revue

Les conclusions de cette revue tentent d'expliquer le faible taux de réalisation des activités prévues par plusieurs arguments :

- ◆ le CNLS a fonctionné au ralenti en 1993 car les financements du PMT (I) se terminaient en 1992, et que la mise en place des fonds, promis par les bailleurs en décembre 1992 pour le PMT II, s'est avérée lente et difficile.
- ◆ le retard à la mise en place des CRESA et des *comités provinciaux de lutte contre le sida*, pièces maîtresses de la décentralisation des activités du PMT II, a entravé le démarrage des programmes d'IEC et de prise en charge des personnes infectées dans les provinces.
- ◆ la structure et les missions du CNLS doivent être revues car de multiples problèmes de fonctionnement existent, et posent des questions de fond :
 - le CNLS doit-il être l'organe d'exécution de la politique de lutte contre le sida ?
 - l'organisation en sous-comité est-elle fonctionnelle ?
 - pourquoi les personnels sont-ils démotivés dans la lutte contre le sida ?

5.10.6.1 Modifications du CNLS

Le rapport final de l'Assemblée Générale du CNLS contient une nouvelle proposition de modification du décret portant organisation du Comité National. Cette proposition vise à transformer les attributions du comité. Le CNLS doit être un organe de conception, de

coordination, de gestion et d'évaluation du PMT II, mais abandonner totalement son rôle d'exécution. Pourtant, à l'examen du texte proposé, l'Article 1 du nouveau texte est exactement semblable à celui du précédent décret (Raabo 0069 du 14/05/90), conférant au CNLS le rôle « d'élaborer, mettre en oeuvre, coordonner et évaluer les stratégies visant à limiter, voire enrayer la propagation du sida au Burkina Faso ». Des modifications apparaissent en revanche à l'article 2 de cette proposition de loi, puisqu'il serait créé un « *Comité de Concertation et de Suivi* », chargé d'évaluer l'état d'avancement des activités et le budget alloué, ainsi que d'examiner les rapports d'activités des sous-comités. Présidé par le Secrétaire Général du Ministère de la Santé, il comprendrait le Secrétaire Permanent, les administrateurs et les présidents de sous-comités du CNLS, un représentant des différents ministères concernés par la lutte contre le sida, et un représentant des principaux organismes engagés dans ce domaine (agences onusiennes, coopérations bilatérales, coordination ONG-associations, opérateurs économiques, autres bailleurs). Ce *Comité de concertation et de suivi* remplacerait l'ancien *sous-comité Suivi du programme*. Les nouvelles attributions du *Secrétariat Permanent* sont peu modifiées (Article 11 du nouveau texte remplaçant l'Article 5 du Raabo de 1990) si bien que le *Secrétariat Permanent* garderait la responsabilité de la gestion quotidienne des ressources humaines, matérielles et financières du programme, ce qui apparaît contradictoire avec les motivations du texte (revenir à un comité concepteur et coordonnateur, plutôt qu'exécutant du PMT II). La direction effective du *Secrétariat Permanent*, et donc du comité lui même, passerait aux mains du Secrétaire Permanent, quittant celles du Secrétaire Général du Ministère de la Santé. L'équipe serait élargie à un Secrétaire Permanent Adjoint, secondant et appuyant le premier ainsi qu'à deux spécialistes en IEC sida/MST.

Parmi les *sous-comités*, quelques changements mineurs sont proposés, sans grandes conséquences. Seul le *sous-comité Prise en Charge* subit des changements importants dans sa composition : la présidence du sous-comité passe statutairement d'un représentant du *Ministère de la Justice* à un représentant d'une *Commission Médicale Consultative d'Etablissement* (c'est à dire un médecin) ; la présence médicale est très nettement renforcée parmi les membres du *sous-comité*. La faible disponibilité, qui aura marqué le passage des présidents de *sous-comités* actuellement en exercice, sera compensée par la désignation d'un vice-président « plus disponible que le président », qui assurera les tâches quotidiennes.

Enfin, outre les recommandations techniques issues de l'examen de la première année d'activités du PMT II, le rapport final de l'Assemblée Générale du CNLS d'avril 1994 comporte une série de recommandations générales, parmi lesquelles :

- ◆ la formation de tous les agents de santé en *counseling*, et l'annonce aux malades de leur statut sérologique selon les principes du *counseling* ;
- ◆ l'arrêt des pratiques discriminatoires tendant à marginaliser les personnes infectées par les VIH, telles que demande de tests avant embauche, attribution de bourses, adoption d'enfant... ;
- ◆ l'inscription du sida sur la liste des maladies professionnelles, l'approvisionnement des formations sanitaires en matériels de protection (gants, eau de Javel...) ;
- ◆ la désignation à la tête des *sous-comités* de personnes compétentes et disponibles ; la désignation des membres de ces *sous-comités* en fonction de leur profil et de leur volonté ;
- ◆ la création d'un journal du CNLS, destiné à diffuser toutes les informations en matière de sida et MST, et d'une banque de données sur le sida et les MST au sein du CNLS ;
- ◆ le contrôle étroit de la diffusion des données épidémiologiques sur le sida ;
- ◆ l'amélioration des conditions de travail des agents travaillant dans le cadre de la lutte contre le sida ;
- ◆ un appel à l'augmentation de l'investissement dans la prise en charge des victimes du sida, destiné aux autorités gouvernementales et aux différents intervenants dans la lutte contre cette maladie.

5.10.7 Conclusions sur le *Plan à Moyen Terme II*

Le bilan de la première année du *Plan à Moyen Terme II* est médiocre. Peu de nouvelles réalisations ont pu être menées à bien. La décentralisation des activités est loin d'être effective, ce qui alimente les mécontentements dans le pays. Le CNLS prend en effet de plus en plus le visage d'une structure centrale opulente (de nouveaux locaux viennent d'être construits), dont les activités en périphérie sont peu visibles. La structure est donc sous le feu des critiques. Les *sous-comités* sont peu productifs, et des conflits de compétences tiraillent la structure du CNLS. Quelques éléments nouveaux sont marquants : l'engagement de l'Etat et d'opérateurs économiques, la multiplication des interventions non gouvernementales dans le

domaine du sida (ONG, associations). L'Assemblée Générale d'avril 1994 a pour objectif de résoudre quelques-uns des problèmes identifiés. Les nouvelles orientations adoptées seront discutées ultérieurement.

6. Partenaires de la lutte contre le sida au Burkina Faso

6.1 Introduction

Nous présentons dans ce chapitre quelques-uns des principaux partenaires du *Comité National de Lutte contre le Sida*. Il s'agit d'agences de coopération multilatérale, de coopérations bilatérales, d'Organisations Non Gouvernementales et d'associations diverses.

Cette revue n'est pas exhaustive car nous avons dénombré plus de trente organisations différentes engagées dans la lutte contre le sida.

Pour donner une idée de la place que tiennent ces organisations, nous avons choisi arbitrairement de présenter certaines d'entre elles, dont les activités nous semblent assez représentatives.

6.2 Les agences de coopération multilatérale

6.2.1 Organisation Mondiale de la Santé

Nous ne reviendrons pas ici en détail sur la place prépondérante de l'OMS dans la lutte contre le sida au Burkina Faso. Celle-ci a en effet été évoquée tout au long du chapitre consacré à la politique nationale de lutte contre le sida. Précisons simplement que l'administrateur de l'OMS, délégué par son organisation auprès du *Comité National de Lutte contre le Sida* est chargé depuis son arrivée en 1991 de la gestion du programme et particulièrement des fonds alloués par l'OMS et le PNUD. Ces fonds sont gérés par une procédure directe, rapide et souple, ce qui permet de compenser les lourdeurs administratives d'attribution des autres subventions. En effet, le CNLS ne gère pas directement l'ensemble des fonds alloués par les bailleurs à la lutte contre le sida. La plupart d'entre eux sont versés au *Ministère de la Santé et de l'Action Sociale*, et passent par un circuit administratif lent et rigide (DAAF).

6.2.2 Banque Mondiale

La Banque Mondiale intervient dans le domaine de la santé au Burkina Faso depuis plusieurs années par le financement du *Projet d'Appui aux Structures de Santé* (PDSS). Un important accord vient d'être finalisé entre la Banque Mondiale et le Gouvernement burkinabè sur un *Projet de Population et de Lutte contre le Sida*. Ce projet, issu de plusieurs mois de négociations entre le CNLS et la Banque Mondiale, a été adopté par le *Conseil d'Administration* de la Banque Mondiale en juin 1994, et devrait démarrer avant la fin de l'année 1994. Il comprend deux volets :

- ◆ un volet *appui à la politique de population*, d'un montant total d'environ 5 millions de dollars (27,5 millions de FF) sur cinq ans. Répartis entre la *Direction de la Santé de la Famille* et le *Conseil National de Population* (une nouvelle structure qui sera dotée de 1,5 millions de \$), ces fonds serviront à développer les activités de

planification familiale nécessaire à la maîtrise de la croissance démographique du pays.

- ◆ un volet *lutte contre le sida* sera doté de 10 millions de dollars sur cinq ans. Ce budget sera réparti sur l'IEC (2,2 millions de \$), la promotion des préservatifs (3 millions de \$), la prise en charge des personnes infectées (renforcement des capacités de soins des formations sanitaires : 4,5 millions de \$), et la gestion (CNLS : 2,8 millions de \$).

Le détail des orientations stratégiques de ce grand projet ne nous est pas connu, car il n'était pas encore définitivement et officiellement adopté lors de notre dernier séjour à Ouagadougou. Il s'agit de financements remboursables par l'Etat burkinabè selon un calendrier d'échéances précis.

6.2.3 Communauté Economique Européenne

La Communauté Economique Européenne (CEE) s'est intéressée à la lutte contre le sida à partir de 1991, par l'intermédiaire du *Fond Européen de Développement* (FED), en soutenant quelques activités dans le cadre du PMT (I). Ces interventions étaient disparates, car le FED avait accepté de compléter le financement de certains volets :

- ◆ fourniture de matériels de laboratoire au CHNYO de Ouagadougou,
- ◆ participation à la formation des personnels de santé sur le sida (séminaires, recyclage),
- ◆ fourniture de médicaments pour la prise en charge des malades.

Ces activités se sont poursuivies jusqu'en 1993. A la suite d'une mission d'évaluation réalisée en mai 1993 (Dr Eric DELAPORTE) et de l'avis consultatif de l'*AIDS Task Force* (Bruxelles), un nouveau plan d'action en soutien à la lutte contre le sida a été proposé récemment au gouvernement, en réponses aux requêtes du CNLS. Il vise plusieurs objectifs :

- ◆ création d'une unité de *Lutte contre les Maladies Sexuellement Transmissibles*, intégrée au CNLS, dotée d'une assistance technique importante (un chef de projet burkinabè, un assistant technique CEE avec équipement technique nécessaire) ; cette

unité sera chargée de piloter la *Politique Nationale de Lutte contre les MST*, de coordonner et superviser tous les projets dans ce domaine,

- ◆ réhabilitation de plusieurs dispensaires à Ouagadougou et Bobo Dioulasso (volet prise en charge des personnes infectées),
- ◆ participation à la formation des agents de santé sur la prise en charge des malades,
- ◆ fourniture de médicaments et matériels de laboratoire.

L'essentiel de ces activités serait centré sur les provinces du Kadiogo et du Houet. Ce projet est en cours d'étude par la Commission Européenne. Il durerait 3 ans et serait doté d'une enveloppe globale de 1,5 million d'ECU (10,5 millions de FF).

6.2.4 Croix Rouge Burkinabè

La Croix Rouge burkinabè a une représentation centrale à Ouagadougou, avec dispensaire et laboratoire, ainsi que des comités dans toutes les provinces du Burkina Faso. Elle anime des sessions annuelles de formation au secourisme pour des groupes de 60 à 80 jeunes volontaires et des cours tout au long de l'année dans chaque province. C'est seulement depuis février 1994 qu'une information sur le sida est incluse dans ces formations. Un volontaire de la Croix Rouge de chaque province et six volontaires pour les villes de Ouagadougou et Bobo Dioulasso ont été formés en IEC sida par des techniciens de la DESA, à la suite des contacts entre la Croix Rouge burkinabè et le CNLS. Ces volontaires sont chargés d'intervenir au cours des formations en secourisme dispensées notamment dans les établissements scolaires. La Croix Rouge burkinabè n'a pour le moment pas d'autres activités dans le domaine de la lutte contre le sida.

6.3 Les agences de coopération bilatérales

6.3.1 Mission Française de Coopération et d'Action Culturelle

La Coopération Française est la première agence de coopération bilatérale au Burkina Faso. Dans le domaine de la santé, elle est engagée depuis plusieurs années dans un important programme de réhabilitation des hôpitaux nationaux. Elle fournit une assistance technique médicale spécialisée, et finance un projet appui à la santé publique dans les provinces du Houët, du Kéné Dougou et de la Comoé, basé à la DPS de Bobo Dioulasso. La Coopération Française n'a cependant, jusqu'en 1994, pas développé de projet d'envergure en matière de lutte contre le sida. Son action s'est cantonnée au soutien du *Centre Muraz* de Bobo Dioulasso, institut de recherche de l'OCCGE (assistance technique, réhabilitation des locaux, équipement des laboratoires, fourniture de réactifs et de tests sérologiques pour les VIH). Ce centre développe des projets de recherche sur les infections à VIH depuis plusieurs années, plutôt de nature fondamentale. La Coopération Française a également soutenu plusieurs projets de recherche et de prévention dans le domaine du sida par l'intermédiaire d'ONG, telles que *l'Association Française des Volontaires du Progrès* (Projet de prévention du sida chez les chauffeurs-routiers du Burkina Faso) ou le *Groupe d'Etudes Epidémiologiques et Prophylactiques* (étude de Banfora). D'autre part, un assistant technique français travaille depuis 3 ans à la DESA sur les aspects de communication du programme IEC-sida. Dans l'assistance technique française, plusieurs médecins travaillent sur le sida dans les domaines de la clinique ou de la santé publique (CHN, DPS et CRLAT de Bobo Dioulasso, FSS de Ouagadougou).

Début 1994, la *Mission de Coopération Française* de Ouagadougou a conçu un projet pilote de lutte contre le sida dans la province du Ganzourgou (chef-lieu : Zorgho). Il s'agit d'un projet intégré, élaboré avec l'aide des assistants techniques concernés, comprenant trois volets d'activités :

- ◆ lutte contre le sida :

- développement d'un programme d'IEC en association avec la DESA, par animations, campagnes d'information, promotion des préservatifs, panneaux d'information renouvelés dans les lieux publics...
 - équipement du laboratoire du CM de Zorgho en chaîne ELISA et approvisionnement en tests,
 - appui à la surveillance épidémiologique dans la province,
 - organisation de la prise en charge des personnes infectées par VIH dans les formations sanitaires de la province (1 CM et 18 CSPS).
- ◆ lutte contre la tuberculose : mise en place des moyens diagnostiques et thérapeutiques de prise en charge des malades tuberculeux.
 - ◆ approvisionnement en médicaments : sensibilisation des populations, formation des agents de santé, création de dépôts pharmaceutiques dans l'ensemble de la province.

Ce projet d'une durée de trois années, dont le budget sera de l'ordre de 10,5 millions de FF, vise à réunir toutes les conditions requises pour lutter contre tuberculose et sida : moyens diagnostiques et surveillance épidémiologique, prise en charge thérapeutique et disponibilité des médicaments, prévention et recherche.

A Ouagadougou, des panneaux d'information sur le sida, contenant des messages simples, renouvelés, utilisant l'image, seront également multipliés dans les lieux publics. Par ailleurs, la Coopération Française a financé quelques petits projets proposés par des associations ou des particuliers : édition d'une bande dessinée sur le sida, tournée dans le pays d'un chanteur à succès qui écrit des chansons sur le sida...

6.3.2 United States Agency for International Development (USAID) :

6.3.2.1 USAID et Santé au Burkina Faso

Dans le domaine du sida et des MST, jusqu'en 1990, la coopération américaine a soutenu des projets de recherche (MST), des activités de formation destinées aux agents de santé, puis démarré un programme de promotion des préservatifs (géré par la DESA). Ces différentes activités étaient développées par une agence d'exécution américaine : *Family*

Health International (FHI). Par la suite, l'action de l'USAID s'est concentrée sur la promotion des préservatifs. Le projet de marketing des condoms (PROMACO), projet à caractère privé, proposé et financé par USAID, a ainsi débuté en 1991 à Ouagadougou (cf. ci-dessous). Le CNLS a confié à PROMACO la tâche de promouvoir l'usage des préservatifs sur l'ensemble du territoire, c'est à dire de prendre en charge complètement cette stratégie du *Plan à Moyen Terme (I)*. L'expérience de ce projet et ses résultats sont discutés un peu plus loin dans ce chapitre. Malgré les difficultés rencontrées, la création d'un tel projet (projet de marketing social, à caractère privé) est jugé rétrospectivement « positif » par l'USAID. Le financement de PROMACO par l'USAID s'est terminé en mai 1994. L'agence de coopération américaine, dont l'activité au Burkina Faso était modeste en volume financier, se désengage en effet de l'ensemble des programmes auxquels elle participait, dans le but de fermer sa représentation au Burkina Faso en 1995 (pour des raisons politiques et économiques). En attendant, quelques projets de recherche ont pu être soutenus :

- ◆ une étude évaluative des activités de formation en *counseling* dans la sous-région (Dr Souleymane BARRI),
- ◆ une étude de l'impact du sida sur la mortalité dans trois Centre Hospitaliers au Burkina Faso (Pr Jean TESTA),
- ◆ une étude qualitative en « focus group » sur la promotion du condom chez les jeunes (avec *Population Council* et GTZ).

6.3.2.2 *Projet de Marketing des Condoms, PROMACO/Prudence*

PROMACO est un *Condom Social Marketing Project*, projet de « marketing social » des préservatifs, développé par des agences d'exécution américaines dans le cadre des accords de coopération signés entre le Burkina Faso et l'USAID. *Family Health International* (FHI's AIDSTECH Project) avait démarré en mai 1989 un projet pilote de distribution de préservatifs (cf. PCT), géré par le *Ministère de la Santé* (DESA), dont les résultats se sont avérés peu probants : 28 500 préservatifs vendus par mois à Ouagadougou. *FHI's AIDSTECH Project* a alors proposé de mettre en place un réseau privé de vente des préservatifs, à l'aide de techniques de *marketing social*, dont la réalisation a été confiée en 1990 à l'agence *Population Services International* (PSI).

Les populations concernées par le projet ont été d'abord des *groupes cibles* : femmes à partenaires multiples, armée, malades atteints de MST, population des sites miniers (orpailleurs), populations des quartiers périphériques pauvres des grandes villes. Cela représentait déjà des sites répartis dans une vingtaine de provinces. Dans une deuxième phase du projet, depuis 1993, les activités se sont étendues à tout le pays. PROMACO cherche à augmenter l'utilisation des préservatifs dans les populations concernées, par une promotion du produit, une information des consommateurs, une stimulation de la demande, en employant des techniques de *marketing* permettant de générer des revenus recouvrant au maximum les coûts du projet. Des tournées de promotion des préservatifs sont réalisées par les 5 « vendeurs représentants » de l'équipe centrale de PROMACO, à l'aide de véhicule sonorisés, dans leurs provinces respectives (6 provinces par représentant). Les séances d'animation comprennent des discussions et des interviews dans la foule, sur la prévention du sida et les préservatifs, suivies de démonstration de l'utilisation du préservatif : ouverture du sachet, mise en place sur un pénis en bois, comment le retirer, et s'en débarrasser. Les personnes présentes à la démonstration sont invités à utiliser les préservatifs qu'ils peuvent acheter à un prix abordable dans des points de ventes proches (50 FCFA - 0,50 FF - le paquet de 4 unités).

PROMACO utilise également largement le sponsoring d'événements sportifs et culturels (concerts de musiciens traditionnels et de chanteurs), de soirées dansantes (avec concours de danse - très prisés au Burkina Faso -). A ces occasions, des présentations du préservatif et des distributions de gadgets promotionnels (stylos, briquets...) sont réalisées. Les grands événements culturels du pays sont l'occasion pour PROMACO de grandes campagnes : SIAO (*Salon International de l'Artisanat de Ouagadougou*), FESPACO (*Festival Panafricain du Cinéma de Ouagadougou*), *Semaine Nationale de la Culture* de Bobo Dioulasso... Toutes les manifestations susceptibles de mobiliser des jeunes sont également utilisées par PROMACO pour faire passer ses messages : émissions radiotélévisées, conférences-débats organisées auprès des groupes cibles et dans les établissements scolaires, soutiens à des actions développées par des associations de jeunesse (Clubs UNESCO, SOS-Sida...). Les liens sont étroits avec de nombreuses ONG travaillant dans la lutte contre le sida au Burkina Faso : PROMACO tente d'assurer la partie promotion du préservatif dans chacun des programme de ces ONG (PPI, SCF-UK, Africare...). Après deux ans d'activités, PROMACO a mis en place plus de 3400 points de vente au détail de préservatifs, approvisionnés par 81 grossistes et semi-grossistes sur l'ensemble des trente provinces du pays. Chacun de ces vendeurs est intéressé au bénéfice de ses ventes (environ 10 FCFA - 0,10 FF - par paquet de 4 unités pour les

détaillants). Les grossistes et semi-grossistes sont supervisés très régulièrement par les équipes de PROMACO. Le niveau total des ventes se situe actuellement à plus de 250 000 préservatifs par mois.

PROMACO rencontre cependant des problèmes, de natures très diverses, tantôt institutionnels, tantôt techniques. Dans les premiers 18 mois du projet, les rapports entre PROMACO et le *Ministère de la Santé* ont été marqués par une lutte de pouvoir relative à la maîtrise financière du projet. C'est l'interposition de l'USAID qui a permis d'aplanir ces rapports de force. Le développement d'un projet à caractère privé dans le cadre d'une politique publique est certainement délicat, et le MSAS souhaitait probablement garder la maîtrise politique et budgétaire de l'ensemble des projets de lutte contre le sida. Les autorités provinciales et départementales ne sont pas suffisamment informées par le MSAS sur la nature du projet, et PROMACO s'est plaint à de nombreuses reprises d'être considéré comme une entreprise commerciale classique cherchant seulement son profit. Paiement de taxes, d'espaces publicitaires et de vente lui ont été exigés au même titre que n'importe quel commerçant. De la part des autorités provinciales, le projet a été souvent considéré comme une source de financement externe pour les activités d'IEC, et pour le défraiements des personnels (agents de santé notamment), ce qui n'était pas du tout prévu dans la conception du projet. Les équipes sont très sollicitées pour réaliser des séances d'IEC sur le sida, dans les sites où elles interviennent, mais les limites budgétaires du projet ne lui permettent pas de remplir ce rôle.

En matière de promotion des préservatifs, des résistances culturelles, une faible connaissance et une faible utilisation générale concourent à une acceptation encore modérée du préservatif, qui est entouré de nombreuses idées erronées, voire de véritables rumeurs de désinformation. Des problèmes de gestion des stocks au niveau des grossistes sont apparus, et ont été résolu par une réorganisation récente de la commercialisation (stocks tendus, abandon des achats à crédit, formation en gestion des grossistes...). La promotion des préservatifs dans l'ensemble du pays est lente et difficile. Quand il n'existe pas de médias couvrant toute l'étendue du territoire, c'est le « bouche à oreille » qui doit être utilisé, renforcé par des actions promotionnelles dans tous les lieux de rassemblement de population : marchés, fêtes, rencontres culturelles et sportives...

Le financement de l'USAID (un peu moins de 2 millions de \$ pour l'ensemble du projet, sur trois années) arrivant à son terme en mai 1994, PROMACO a recherché des soutiens auprès d'autres bailleurs. Les négociations avec la *Kreditanstalt Fur Wiederaufbau*

(banque de développement allemande, KFW) sont en cours de finalisation pour que cet organisme prenne le relais de l'agence de coopération américaine. Le financement prévu pour PROMACO serait de 11 millions de DM sur quatre ans (38,5 millions de FF).

Les conclusions de PROMACO sur les deux premières années d'activités sont¹³¹ :

- ◆ le projet a besoin de ressources supplémentaires pour réaliser un travail d'IEC couplé à la promotion et à la vente des préservatifs,
- ◆ la poursuite du projet, dans les mêmes principes et caractéristiques techniques (régulièrement réévaluées), est indispensable pour faire décoller l'utilisation des préservatifs au Burkina Faso, car la persévérance et la durée seules permettent de modifier les comportements,
- ◆ une équipe de qualité est indispensable pour mener un tel projet : l'équipe actuelle est constituée de 6 jeunes Burkinabè titulaires de diplômes américains type MBA (*Master of Business Administration*), d'une coordinatrice technique américaine, et d'un personnel de soutien (chauffeurs, magasinier, gardiens...),
- ◆ les rôles et responsabilités de chacun des partenaires du projet doivent être clairement précisés, et revus régulièrement, car la collaboration entre un projet privé doté de moyens financiers corrects et les services d'un secteur public désargenté engendre fréquemment des conflits,
- ◆ ce sont surtout des résultats tangibles qui peuvent imposer le projet PROMACO, et toutes les collaborations avec d'autres organisations de lutte contre le sida doivent être envisagées dans ce but.

Quelques remarques générales s'imposent à propos de l'expérience de PROMACO au Burkina Faso. Malgré les difficultés relationnelles avec le MSAS et le CNLS, que le projet a toujours souligné, PROMACO a bénéficié d'une situation de quasi-monopole en matière de diffusion des préservatifs au Burkina Faso depuis le début de ses activités. En effet, la diffusion de préservatifs par le programme de *Planning Familial* et la vente en officine est restée très modeste. Le MSAS a respecté ses engagements en maintenant cette situation de monopole, de façon à promouvoir une seule marque de préservatif : *Prudence*, la marque de PROMACO.

¹³¹ ANONYME. Case study- Burkina Faso, Condom Social Marketing Project PROMACO/Prudence. *VIIIème Conférence Internationale sur le Sida et les MST, Marrakech* 1993.

L'expérience de PROMACO pose le problème de l'ambiguïté et des limites du *marketing social*, dont l'évaluation repose avant tout sur le chiffre des ventes. Même si des démonstrations d'utilisation font partie des opérations promotionnelles, que sait-on de l'utilisation véritable des préservatifs vendus ? Le chiffre des ventes ne peut pas résumer l'efficacité d'un tel projet, dont le but doit rester d'abord la lutte contre le sida, et pas la vente maximale de préservatifs. Plus en amont, ce projet cherche à modifier l'image du préservatif. Mais quelle est exactement l'image qu'il se propose de modifier ? PROMACO travaille sur ce sujet dans une cécité presque complète. Les rares données disponibles sur ce sujet sont issues d'enquêtes CAPC, dont nous avons déjà souligné les limites. L'absence d'études anthropologiques sérieuses sur le préservatif (son image, son utilisation...), prévues dans le cadre d'un tel projet, peut ainsi paraître une grave lacune, alors qu'aucune étude approfondie sur ce sujet n'a encore été réalisée au Burkina Faso. Le fait que PROMACO ressente le besoin de compléter son activité par de l'IEC répond peut-être à la perception de ce « manque » du *marketing social*. Il serait d'autant plus intéressant de travailler sur ce sujet dans le cadre de PROMACO, que les équipes du projet ont une expérience certainement très riche dans ce domaine, acquise au contact de milliers de personnes.

En résumé, après trois années d'exercice, les résultats sont donc nuancés. Les limites de l'expérience tiennent à :

- ◆ une conception du projet imparfaite, notamment en ce qui concerne les procédures de gestion. Les rapports entre PROMACO et l'Etat burkinabè n'ont pas toujours été simples. L'USAID a du souvent jouer un rôle.
- ◆ l'absence d'activités de recherche au sein ou autour du projet. Les principes du *marketing social* ne tiennent pas compte des réalités socio-anthropologiques du pays. Les orientations du projet ne sont basées sur aucuns travaux de recherche dans ce domaine.

6.3.3 Coopération allemande (*Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit, GTZ*)

L'agence de coopération allemande G.T.Z. est un important partenaire de la lutte contre le sida au Burkina Faso depuis 1988. Ses domaines d'intervention sont avant tout la sécurité transfusionnelle et l'IEC, mais aussi la prise en charge des personnes infectées par VIH

et la surveillance épidémiologique. La G.T.Z. a choisi de concentrer ses interventions dans cinq provinces du pays (Kossi, Mouhoun, Sourou, Bougouriba, Poni) et dans la capitale. Dès le début du *Plan à Court Terme*, ses premiers soutiens sont allés à la sécurité transfusionnelle, avec équipement des deux banques de sang du pays en chaîne ELISA (Ouagadougou et Bobo Dioulasso), approvisionnement en tests VIH, réactifs et consommables, formation et supervision par un assistant technique spécialisé des personnels. Les laboratoires des Centres Médicaux des cinq provinces (10 centres) ont par la suite été approvisionnés en tests rapides VIH, et leurs personnels formés et supervisés.

Les actions de G.T.Z. dans le domaine de L'IEC ont démarré avec le PMT (I), en association avec les DPS des provinces suscitées, le CNLS, puis PROMACO. Des formations ont été organisées pour les agents de santé et pour des animateurs intervenant dans les villages. Ces agents utilisent des techniques d'information participatives par groupes, des séances de *causeries* sur le sida, des supports pédagogiques tels que boîtes à image, affiches... Des stands d'information sont installés dans les villes au moment des marchés, en association avec PROMACO. On y trouve de la documentation écrite sur le sida, les préservatifs, le don du sang ainsi que des tee-shirts, des affiches, des stylos...

La G.T.Z. est à l'origine, avec *l'Association Burkinabè des Infirmières*, de la création d'un centre de dépistage anonyme, installé au centre-ville de Ouagadougou. Ce centre a démarré son activité en février 1994. La demande de test est l'occasion d'un entretien préalable conduit selon les principes du *counseling*, suivi d'une consultation médicale. Le résultat est rendu par un médecin ou une infirmière, assistés d'un *counselor*. La confidentialité du résultat est assurée. Le prix du dépistage a été fixé à 500 FCFA (5 FF). L'activité de ce centre se développe grâce à des personnels bénévoles. Il n'y a pas eu de publicité sur la création de ce centre jusqu'en juillet 1994.

Du côté de la prise en charge des personnes infectées, la G.T.Z. soutiendra les agents de santé des 5 provinces dans le cadre des stratégies définies par le PMT II. Ses activités de recherche sont centrées sur la surveillance épidémiologique, à partir des tests réalisés chez les donneurs de sang dans les centres médicaux supervisés, et par des enquêtes de séroprévalence régulières auprès des femmes enceintes dans deux centres (Gaoua et Dédougou).

6.3.4 Agence de coopération britannique OXFAM

OXFAM a démarré récemment des activités en matière de lutte contre le sida. L'objectif général est d'intégrer ces activités dans les autres projets en cours de l'organisation (dans les domaines du développement rural). La prévention et la prise en charge des malades sont les deux orientations principales. Des actions ponctuelles de soutien à des associations locales ont déjà eu lieu, notamment avec *l'Association African Solidarity*, pour des campagnes de sensibilisation lors d'événements culturels importants. Dans la région de Koupela, en association avec PPI-BF, l'ABBEF et la *Direction Provinciale de la Santé et de l'Action Sociale*, une session de formation a été organisée pour des animateurs villageois, couplée à la promotion des préservatifs et à l'installation de points de vente. En juin 1994, OXFAM a organisé un séminaire de formation en *counseling* à Fada N'Gourma, regroupant professionnels de santé, animateurs d'ONG, membres d'organisations religieuses et tradipraticiens. OXFAM doit réaliser en septembre 1994 un atelier sur les techniques d'IEC avec les ONG et les associations travaillant sur le sida, afin de réfléchir sur la nature des messages délivrés : leur pertinence, leur impact, leurs méthodes d'évaluation. OXFAM veut intensifier les activités d'IEC auprès des jeunes de 8 à 15 ans, car les modifications de comportements face au risque du sida sont plus faciles à induire dans cette tranche d'âge.

6.4 Les Organisations Non Gouvernementales

6.4.1 Projet Femmes et Santé : Institut Panafricain de Développement

Le *Projet Femmes et Santé* (PFS), initié par *l'Institut Panafricain de Développement*, a un statut d'ONG depuis 1988. Financé jusqu'à présent par *l'Agence de Coopération Internationale Canadienne*, il couvre 4 pays africains dont le Burkina Faso, le Togo, le Cameroun, la République Centrafricaine. Il vise, par la promotion et le développement des femmes, à améliorer leurs connaissances et compétences pour une meilleure prise en charge de leurs problèmes de santé et ceux de leurs enfants. Le PFS travaille dans trois directions principales : la recherche-action, l'information, la formation. Ce travail s'appuie sur des

groupements communautaires déjà constitués. La prise en charge des problèmes de santé s'effectue par étapes : l'identification des problèmes par la communauté, l'analyse de ces problèmes puis la définition d'actions concrètes pour les résoudre (par une information et une formation adaptée). Ce type d'approche fait émerger des thèmes dominants sur lesquels sont centrés les activités de l'ONG.

En pratique, le PFS travaille auprès de 60 groupements villageois, répartis dans les provinces du Houet, du Passoré, du Kadiogo, du Yatenga et du Sanmatenga (mais aussi dans 5 autres provinces depuis peu). L'étape de recherche-action, réalisée en 1992, a identifié une dizaine de problèmes principaux, parmi lesquels la division sexuelle du travail, les maladies diarrhéiques, les maternité et paternité précoces, la planification familiale et le sida. Le sida est ressenti comme un problème grave par un grand nombre de villageois. Les ressortissants du village atteints par cette maladie (migrants revenant de Côte d'Ivoire notamment) y rentrent souvent pour se soigner par des méthodes traditionnelles, et finalement pour mourir. D'après le PFS, le sida est le plus souvent évoqué à travers ses conséquences sociales (abandon du lévirat, rejet des « veuves et orphelins du sida »), mais aussi par le biais de la planification familiale (l'espacement des naissances éviterait le « vagabondage sexuel »). Une demande d'information sur la maladie est souvent formulée dans les villages, plus rarement une demande de tests de dépistage. Le PFS agit dans les communautés par une méthode classique de formation en cascade : l'équipe nationale de formateurs de l'ONG forme des « formateurs-relais » au sein des animateurs de groupements villageois, qui eux-mêmes forment un groupe de *leaders* désignés par les groupements. Ceux-ci sont chargés d'assurer les activités d'information et de formation dans la communauté ainsi que leur suivi. Une supervision des activités au niveau communautaire est assurée ensuite par le PFS. En matière de sida, la réflexion engagée avec les groupements villageois vise par exemple à déterminer les *comportements à risque*, les conséquences sociales de la maladie et à définir des engagements de la communauté pour prévenir la maladie ou améliorer la prise en charge des malades. Selon l'expérience du PFS, le niveau d'information sur le sida est faible dans ses zones d'intervention (toutes rurales). Si la très grande majorité des gens ont déjà entendu parler du sida (plus de 80% en 1992), les informations précises sur la maladie (modes de transmission...) sont souvent mal connues.

6.4.2 Plan de Parrainage International, Burkina Faso (PPI-BF)

Le *Plan de Parrainage International* est une organisation internationale basée aux USA, soutenue par un consortium de bailleurs de fonds comprenant les Pays-Bas, la Grande Bretagne, la France, le Canada, le Japon, les USA et l'Australie. Il s'agit essentiellement de donateurs privés, engagés dans un parrainage direct d'enfants de pays en voie de développement. PPI utilise les fonds recueillis pour soutenir des programmes de développement communautaire dans les villages des enfants parrainés.

Les activités de PPI-BF en matière de lutte contre le sida ont démarré en 1991 dans 10 villages de la région de Kongoussi, par un programme de recherche opérationnelle. Le programme comprenait une enquête CAPC initiale centrée sur le sida et la création d'une cellule provinciale de formateurs chargés d'intervenir dans chaque village. Ces agents forment 5 femmes et 5 hommes (« communicateurs villageois ») qui animent des séances de sensibilisation sur le sida sous leur supervision. La cellule de formateurs comprend une sage-femme, un éducateur social, le responsable en IEC du département, un infirmier du CM et 12 agents spécialisés de PPI-BF. Les « communicateurs villageois » sont formés à l'aide d'un guide de l'IEC en milieu rural, réalisé par PPI-BF. Des tournées de promotion des préservatifs sont organisées avec l'appui d'une troupe d'artistes de la région (dont le répertoire contient des chants en moré sur le sida), et la collaboration de PROMACO pour la démonstration de l'utilisation des préservatifs. A la fin de chaque séance, une discussion libre répond à toutes les questions sur le sida. Cette opération a été menée entre janvier 1992 et janvier 1993, avec une bonne participation communautaire dans les villages. Une seconde enquête CAPC réalisée à l'issue de ce programme a permis d'en mesurer l'impact.

A la suite de l'évaluation de cette première expérience dans la région de Kongoussi, PPI-BF a élaboré un nouveau programme d'action dans ce domaine, comprenant 5 volets :

- ◆ IEC,
- ◆ promotion du préservatif,
- ◆ mise à disposition de tests de dépistage VIH,
- ◆ organisation de la prise en charge des malades du sida,
- ◆ soutien aux « orphelins et veuves du sida ».

Les actions sur le terrain reposent sur les méthodes décrites ci-dessus, en intégrant des jeunes dans les équipes d'animateurs villageois. Les activités de sensibilisation sur le sida, utilisent notamment le théâtre, le folklore et les chants. Les animateurs sont formés et équipés en matériel de démonstration du préservatif et un point de vente est créé dans chaque village, confié à un des animateurs (le bénéfice réalisé par la vente des préservatifs lui revient, soit 550 FCFA -5,5 FF.- par boîte de 88 préservatifs vendus). L'approvisionnement des points de vente est assuré par PPI-BF et PROMACO. Le concours des radios locales permet de diffuser des messages de sensibilisation et de prévention sur le sida complétant les actions de sensibilisation au village. L'extension géographique du programme PPI-BF couvre actuellement une soixantaine de villages des provinces du Bam, du Namentenga et du Kouritenga.

Par ailleurs, PPI a financé un séminaire intitulé « ONG et lutte contre le sida au Burkina Faso » en juin 1993. La plupart des associations et ONG travaillant dans ce domaine y ont participé. Premier du genre sur ce thème, ce séminaire a produit des recommandations à l'égard des associations et ONG d'une part, et du CNLS d'autre part, en vue d'améliorer la collaboration entre les différents partenaires de la lutte contre le sida. Les associations et ONG présentes ont décidé de créer une structure de coordination (cf. plus loin)¹³².

6.4.3 Coordination Nationale des ONG et Associations de Lutte contre le Sida :

La création d'une *Coordination Nationale des ONG et Associations de Lutte contre le Sida* au Burkina Faso s'est imposée devant les problèmes que rencontrent dans leurs activités quotidiennes ces organisations. Ils se résument en deux constats principaux :

- ◆ insuffisance de coordination et de concertation entre les ONG et les associations sur le terrain,
- ◆ insuffisance de coordination et de concertation entre ONG et associations d'une part, et CNLS d'autre part. Les associations et ONG ne se sentent pas soutenues par le CNLS dans leur travail de terrain.

Les objectifs de cette coordination face à ce constat sont :

- ◆ appréhender tous les aspects et les problèmes pratiques liés à la lutte contre le sida,

¹³² ANONYME. Atelier ONG et lutte contre le sida au Burkina Faso, 10 et 11 juin 1993. PPI/CNLS/MSAS, 1993.

- ◆ établir des liens de collaboration entre les ONG et les associations en matière de recherche, d'action, d'information, de formation, de consultation, d'expérience de terrain, de ressources humaines, de logistique, sur la lutte contre le sida,
- ◆ représenter ses membres et défendre leurs intérêts, être l'interlocuteur au plan national et international, représentant des ONG et associations,
- ◆ établir des liens de collaboration et de concertation avec les autorités administratives en charge du problème du sida, en particulier le CNLS, dans les domaines suivants :
 - planification, exécution et évaluation des programmes,
 - appui matériel et financier réciproque entre ONG, associations et autorités administratives (CNLS),
 - réunions périodiques entre ONG, associations et CNLS.

PPI-BF coordonne cette initiative. Les statuts de cette Coordination sont en cours de finalisation, et doivent être déposés officiellement. Un financement de démarrage de 4 millions de FCFA viendra de l'agence américaine FHI. Il devrait permettre de lancer très rapidement 6 projets de sensibilisation en milieu rural et d'établir un plan d'action de la Coordination.

6.4.4 Association Française des Volontaires du Progrès (AFVP)

C'est à la suite d'une étude sur la population des chauffeurs routiers menée en 1990, que l'AFVP a proposé au CNLS un projet de prévention du sida d'une durée de 4 ans auprès de cette profession, considérée généralement comme *groupe à comportement à risque*. Ce projet est financé par le *Fond d'Aide et de Coopération* (Coopération Française, budget de 664 000 FF). Le projet a démarré à Ouagadougou en mars 1991, puis à Bobo Dioulasso en mars 1993. Une enquête CAPC sur les routiers de Ouagadougou, en juin 1991, a précisé que plus de la moitié d'entre eux ont des rapports sexuels au cours des voyages, plus de 40 % ont des antécédents de MST, et moins de 15 % utilisent systématiquement les préservatifs¹³³. Les organisations syndicales de routiers sont partenaires du projet. La méthode de prévention adoptée dans le projet est « horizontale », par formation de routiers-*leaders*, chargés de transmettre les messages de prévention à leurs collègues. Les formations se font en petits

¹³³ TESTA J, CROCHET M, EUSTACHE R et coll. *Cahiers Santé* 1992; 2: 330-4

groupes, sur trois jours, par technique interactive, utilisant des moyens audiovisuels. 200 *leaders* ont été formés. L'information que diffusent les *leaders* touche leur milieu professionnel (entreprises, au cours des voyages...) et la population générale (famille, amis, quartier...). Elle passe par des ciné-débats, des *causeries* en petits groupes. Il est difficile d'en mesurer l'impact sur un court terme, mais la participation des routiers est selon l'AFVP assez bonne. Pour l'image de la profession, l'engagement des chauffeurs routiers dans la lutte contre le sida peut être valorisante, et des actions de médiatisation ont pour cela été prévues. Une *Association des Routiers en Lutte contre le Sida* est en voie de création.

6.4.5 Save The Children Found (United Kingdom), SCF(UK)

La filiale anglaise de l'ONG internationale *Save The Children Found* travaille au Burkina Faso depuis 1974 dans les provinces sahéniennes du nord, l'Oudalan et le Seno. L'organisation a une expérience de la lutte contre le sida, car elle est implantée en Ouganda dans ce domaine depuis plusieurs années. SCF(UK) n'a pas développé un programme spécifique de lutte contre le sida dans ces deux provinces pour l'instant, mais travaille globalement en soutien au système de santé (*soins de santé primaires*). Elle participe cependant à la formation du personnel de santé, des enseignants et aux groupes de sensibilisation sur le sida. Elle a accompagné la création du *Comité provincial de lutte contre le sida* du Séno. Selon SCF(UK), une importante réflexion reste à mener sur la prise en charge des malades et de leurs familles.

6.5 Les associations locales auto-promues

6.5.1 Amicale Burkinabè des Infirmières (ABI):

Cette association est née en octobre 1989, à l'initiative de femmes de la profession paramédicale¹³⁴, dans une période de stimulation politique des regroupements féminins. La création de l'association répondait à un besoin d'ouverture vers les autres mouvements féminins nationaux et internationaux. Les activités de l'ABI en matière de sida démarrent en 1990 par une *journée de l'infirmière* centrée sur le thème « infirmière et environnement » puis par une journée de sensibilisation sur le « rôle de l'infirmière face au sida », en collaboration avec plusieurs associations féminines.

Un soutien financier de la coopération canadienne permet de développer les activités de l'association. Une formation en *counseling* d'une durée de 1 mois est suivie par une soixantaine de membres de l'association venant de 4 provinces du pays en 1990/91. Ces infirmières mènent dans l'année suivante des activités de sensibilisation en direction de *groupes cibles* : militaires et paramilitaires, prisonniers, groupements de jeunes, prostituées, filles de bar, accompagnants de malades... En 1992/93, avec l'aide de la GTZ, l'ABI lance un stand d'information sur le sida au grand marché de Ouagadougou. On peut y trouver des documents, participer à des jeux-concours, acheter stylos, tee-shirts, préservatifs... Des films vidéo y sont diffusés chaque mois. Plus de 1000 visiteurs sont venus en 1993. Au cours de cette même année, plus de 80 séances de sensibilisation (sous forme de conférence-débat) ont été menées dans 35 établissements scolaires de la ville de Ouagadougou, et sont très suivies. Lors des grandes manifestations culturelles de la capitale, des stands d'information sont dressés : SIAO, FESPACO... L'association est actuellement sollicitée par des groupements de province pour animer des séances d'information sur le sida (Tanguin-Dassouri, Zingaré). L'ABI est également, avec la GTZ, à l'origine du premier centre de dépistage anonyme des VIH au Burkina Faso, ouvert au mois de janvier 1994 à la Maison de l'Infirmière (local de l'ABI situé au centre ville de Ouagadougou).

¹³⁴ Une association masculine (Association Professionnelle des Infirmiers du Burkina) existe déjà depuis une vingtaine d'années mais n'est pas très active.

L'association n'a pas d'activités de recherche. Une représentante de l'ABI a pu se rendre en 1992 à la conférence de Yaoundé, grâce à un soutien financier de l'OMS. Les sources d'information de l'association sont les séances de formation en counseling de 1991, la presse burkinabè, un petit fond documentaire fourni par l'OMS, consultable à la maison de l'infirmière. Un équipement vidéo et trois films sur le sida¹³⁵ sont sous-utilisés (une projection par mois au stand du marché, rarement projetés lors des séances en milieu scolaire).

Les principaux projet de l'Amicale Burkinabè des Infirmières sont de poursuivre et élargir les activités d'Information-Education-Communication, de répéter régulièrement les séances en milieu scolaire, de s'impliquer dans le domaine de la prise en charge des malades du sida par le développement d'un service de soins à domicile (quelques tentatives ponctuelles ont été tentées, à travers l'activité de distribution de vivres fournis par l'organisation *Cathwell* pour les malades du sida), de développer la formation des infirmières en *counseling* et de participer à des activités de recherche.

6.5.2 Association African Solidarity (ex Club UNESCO),

Parmi les mouvements associatifs de jeunesse au Burkina Faso, l'*Association African Solidarity* revendique la plus vaste implantation. Née du réseau des *Clubs UNESCO*, qui compte environ 70 clubs dans le pays, elle est vraisemblablement surtout implantée dans les établissements scolaires et universitaires. Son intérêt pour le problème du sida remonte à 1992, avec sa participation à un séminaire sur « Jeunesse et sida » organisé par PROMACO. Les activités de l'association se sont surtout orientées vers l'information dans les établissements secondaires et à l'université sur le sida. Des jeunes de chaque club ont reçu une formation de « communicateurs-relais » pour diffuser une information correcte sur le sida, et sur les préservatifs. Des distributions (ponctuelles) de préservatifs ont même eu lieu dans certains établissements. Pour la province du Kadiogo (Ouagadougou) par exemple, 25 communicateurs ont été formés. L'association mobilise l'ensemble de ses sympathisants pour chaque *Journée Mondiale du Sida* (1er décembre) et lors des grands événements culturels du pays. Des actions de sensibilisation sont réalisées à cette période dans les lieux fréquentés par la jeunesse : dancings, cinémas, bars, restaurants (« maquis »), campus universitaire... Plusieurs campagnes ont par ailleurs eu lieu dans la ville de Djibo. Des collaborations ont été développées avec quelques organisations tels que PROMACO, SOS-Sida ou encore OXFAM.

¹³⁵ « Joli coeur », « Vivre avec le sida », « Visages du sida ».

6.5.3 Association SOS-Sida Jeunesse Mobilisée

Cette association a été créée en janvier 1992 par un groupe de lycéens, après la mort de l'un de leurs amis, décédé du sida. Il s'agit d'une petite association, de quelques centaines d'adhérents. L'association *SOS-Sida* a d'abord démarré quelques activités de sensibilisation dans la région de Ouagadougou. Il s'agissait de kermesses, de soirées débat, de conférences, de concours sportifs (cross contre le sida en novembre 92). *SOS-Sida* a participé à des émissions de sensibilisation à la radio (chaîne privée F.M.). Par la suite, l'association a développé ses activités vers d'autres villes : Koudougou, Pô, Bobo Dioulasso... Il s'agit surtout de diffuser par des jeunes militants de l'association des messages d'IEC s'adressant aux jeunes de leurs milieux. Des séances de sensibilisation ont également été menées en 1993 dans des petites villes du Passoré, du Bulkiemdé et du Houet. Un des objectifs de *SOS-Sida* est d'intervenir de plus en plus en zone rurale. L'équipe d'animateurs de l'association est dynamique et recherche des soutiens financiers pour développer ses activités. Elle semble philosophiquement assez proche des milieux confessionnels catholiques : les messages de prévention diffusés parlent surtout de fidélité et d'abstinence, peu des préservatifs.

***7. Autres intervenants
dans la lutte contre le sida
au Burkina Faso***

7.1 Introduction

Les personnes et les organisations qui interviennent dans la lutte contre le sida au Burkina Faso sont nombreuses, et d'horizons très variés.

Il nous a paru utile de présenter quelques-uns de ces intervenants, dont les positions face au problème du sida sont originales ou influentes.

Les positions religieuses, le rôle des médias, feront en particulier l'objet de quelques commentaires.

7.2 Organisations confessionnelles, institutions religieuses

Nos contacts avec les milieux religieux sont constitués d'entretiens avec des catholiques, protestants et musulmans pratiquants sur le thème du sida. Nous avons rencontré quelques prêtres, pasteurs et imams, mais nous n'avons pu nous entretenir avec les chefs religieux catholiques, musulmans et protestants du pays.

7.2.1 Contexte, place des mouvements religieux

Il existe au Burkina Faso un mélange des religions dont l'équilibre est assez harmonieux. Les mouvements fondamentalistes chrétiens ou musulmans sont quasiment inexistantes, cependant la conjonction de problèmes économiques graves, d'une certaine incertitude politique et de l'abandon progressif des modèles traditionnels engendre depuis quelques années une multiplication des mouvements messianiques. Leur prosélytisme sans limite concurrence sérieusement l'église catholique et l'islam. Le sida est utilisé, dans ce contexte, par des mouvements religieux qui proposent en guise de sens leurs discours sur le Bien et le Mal¹³⁶.

Si l'église catholique et l'islam ont tendance à suivre ce mouvement, en ressortant face au sida des discours fortement moralisateurs, ceux-ci font plutôt appel à la responsabilité individuelle du croyant pour lutter contre le fléau. Ces discours rencontrent d'ailleurs une incontestable approbation dans l'opinion publique parce qu'ils sont simples.

Du côté des mouvements messianiques, le sens tourne autour de la malédiction divine, punissant par le sida les comportements déviants des hommes. Ces idées vont parfois jusqu'à des prédictions apocalyptiques.

¹³⁶ Didier Fassin décrit une situation analogue dans son étude récente sur le Congo, où ces phénomènes semblent encore plus marqués qu'au Burkina Faso. FASSIN D. A paraître dans *Annales ESC* 1994: 3.

L'occasion est d'autant plus facile à saisir que les pouvoirs publics s'expriment peu sur le problème du sida au Burkina Faso¹³⁷, et que les médias s'expriment de moins en moins sur ce sujet. Dans ce vide relatif du discours public sur le sida, les paroles dominantes viennent donc souvent du champ religieux.

Les représentants des organisations confessionnelles sont statutairement invités à participer aux activités du *Comité National de Lutte contre le Sida*. Parmi les différents documents relatifs au fonctionnement du CNLS (notamment les comptes-rendus d'assemblées générales), nous n'avons trouvé aucune trace d'interventions de ces représentants religieux. Il semble que leur présence ne soit pas régulière, et qu'ils ne prennent pas réellement part à l'élaboration des orientations de la politique de lutte contre le sida.

7.2.2 L'Eglise Catholique

Le sida est un problème grave pour la société burkinabè, en terme de santé publique, d'économie, mais aussi en termes sociologiques (par ses conséquences sur la famille, entre autres). L'Eglise trouve logiquement sur ce sujet les raisons d'exprimer son point de vue, d'autant que les prêtres burkinabè sont chaque jour plus confrontés aux conséquences de l'épidémie sur le terrain. Les opinions et sur les positions à adopter sur le sida ne sont pas unanimes dans l'église catholique burkinabè, mais la position dominante n'est pas particulièrement différente de celle du Vatican.

L'ouvrage du Père François SEDGO, prêtre camillien¹³⁸ et aumônier de l'hôpital Yalgado Ouédraogo, intitulé « *Mon livret SIDA* »¹³⁹, nous semble résumer assez fidèlement la position dominante dans l'église catholique burkinabè sur ce sujet. Ce fascicule de vulgarisation, écrit en 1992, a été largement diffusé par le CNLS et par les réseaux de l'église catholique¹⁴⁰. Il s'adresse à tous les publics, mais avant tout aux jeunes. Il a été réédité en mai 1993, avec quelques modifications de texte, mais surtout des modifications de présentation et d'illustration. « *Mon livret SIDA* » s'articule autour de 17 questions simples, présentées de

¹³⁷ Didier Fassin écrit dans le même article, à propos du Congo : « *Dans ces conditions d'invocation permanente de l'ordre moral, les mouvements religieux rencontrent un succès d'autant plus incontesté que les pouvoirs publics ne posent jamais la question du sens, dont on a vu qu'elle leur paraissait trop lourde de menaces.* »

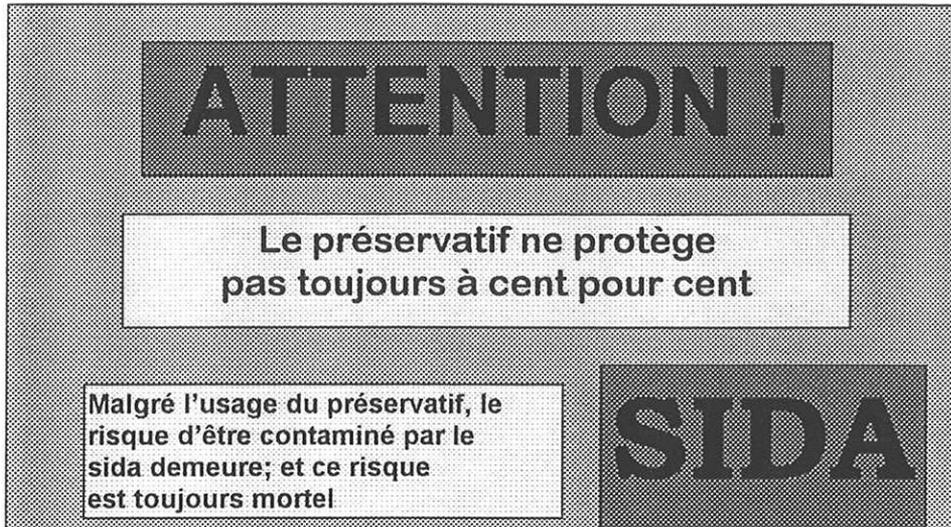
¹³⁸ Ordre de Saint Camille de Lellis, fondé à la fin du 16ème siècle en Italie, dont la vocation est de servir les pauvres malades. Il comporte aujourd'hui quelques centaines de prêtres, qui travaillent au contact des malades, à travers le monde.

¹³⁹ SEDGO F. Aracné 1992.

¹⁴⁰ voir aussi SEDGO F. Unitor, 1991.

façon didactique, souvent couplées à une illustration. Deux séries de recommandations concernant la transmission et la prévention du sida précèdent la conclusion de l'ouvrage. Le but du document est d'offrir « de manière concise des éléments de réponse claires et précises à certaines questions essentielles, nécessaires pour une connaissance objective du sida en vue d'une prévention efficace. » Dès l'entrée en matière pourtant, le ton général de l'ouvrage est posé : « La vie humaine est sacrée. La vie humaine est précieuse. La vie humaine est d'une valeur inestimable. Nous avons le devoir de protéger la vie humaine, de la sauvegarder et de la promouvoir pour son plein épanouissement humain et spirituel véritable ». La « prévention [doit être] respectueuse de la dignité humaine », « se protéger de manière digne et responsable », sont les termes utilisés en présentation du fascicule, qui se situe d'emblée sur le terrain de la morale. La fin de l'ouvrage aborde les moyens de prévention du sida à travers 4 objectifs : l'information « pour une salutaire récupération des valeurs morales et une modification positive des comportements par rapport à la sexualité », l'éducation « en vue de comportements sains et ordonnés sur le plan moral dans le domaine de la sexualité », la formation et la communication. La conclusion enfonce le clou sur la prévention, qui « requiert fondamentalement une récupération des valeurs morales liées au sens de la vie, du mariage et de la sexualité, laquelle est appelée à être gérée de manière responsable, saine et ordonnée au bien intégral humain et spirituel de la personne ».

D'un point de vue technique, les informations délivrées dans le reste du texte sur les modes de transmission du VIH sont exactes, mais présentées de façon sélective, et non hiérarchisée. Les risques de transmission par le sang et les liquides corporels (les sécrétions génitales sont purement et simplement oubliées), par les instruments tranchants ou piquants, les piqûres d'insectes, les contacts quotidiens avec les personnes infectées, ou lors de multiples situations de la vie quotidienne sont correctement détaillés. Cependant, le risque de transmission par les rapports sexuels ne fait l'objet que de deux lignes de texte (alors qu'il est responsable de plus de 80 % des contaminations). On ne trouve plus loin qu'une seule précision sur ce sujet, disant qu'un seul rapport sexuel avec une personne séropositive peut suffire à la contamination par le virus du sida. Le baiser amoureux est présenté comme pouvant transmettre dans certains cas le virus. Enfin, le préservatif n'est mentionné qu'une seule fois dans le texte de « *Mon livret SIDA* », dans une double page (p.32 et 33) présentée comme suit :



Le message est clair : pour lutter contre le sida, il faut retrouver les vrais valeurs morales attachées à la vie et à la famille. Dans l'église catholique, ce point de vue tient d'ailleurs lieu de position vis à vis de nombreux problèmes actuels de nos sociétés. Il a l'avantage de donner un sens au phénomène du sida : la perte des valeurs morales provoque la destruction de la famille et la dépravation des moeurs sexuelles, à l'origine de l'épidémie de sida. Dans cet ouvrage de vulgarisation et de prévention, consacré au sida, il n'y a quasiment aucune précision sur la transmission sexuelle du VIH, ni sur les moyens pratiques de la prévenir. La seule allusion à l'usage du préservatif est franchement négative. La présentation du préservatif selon les termes employés revient d'ailleurs à mettre en doute un volet important de la *Politique Nationale de Lutte contre le Sida*. Même si le préservatif ne confère pas une sécurité absolue, son utilité dans la réduction du risque de transmission sexuelle des VIH n'est plus à démontrer¹⁴¹. La diffusion d'informations mettant en doute sa fiabilité n'est pas anodine, lorsque dans un même temps des moyens importants sont mis en oeuvre pour en promouvoir l'utilisation.

La seule proposition pratique de prévention citée dans ce texte est la fidélité dans les couples mariés. L'abstinence, solution habituellement proposée par l'église catholique pour les individus non mariés, n'est pas citée, sans doute parce que la morale religieuse du texte eût alors été trop voyante. Qu'en est-il alors des jeunes célibataires ? Qu'en est-il des couples non mariés ? Qu'en est-il des couples mariés dans lesquels un des conjoints est séropositif ? Que

¹⁴¹ NGUGI EN, PLUMMER FA, SIMONSEN JN *et al.* *Lancet* 1988;ii. MANN J, QUINN TC, PIOT P *et al.* *N Engl J Med* 1987; 316. LAGA M, ALARY M, NZILAMBI N *et al.* *Lancet* 1994; 344.

doit-on conseiller vis à vis d'un désir de maternité dans un couple dont la femme est séropositive ? Et, par extension, à toutes les femmes séropositives désirant un enfant ? etc. En définitive, là où se situent les vrais et difficiles problèmes éthiques posés par le sida, aucune tentative de réponse n'apparaît dans cet ouvrage. A notre connaissance, la hiérarchie catholique du Burkina Faso n'en propose pas plus que l'auteur de ce fascicule. C'est pourquoi ce simple ouvrage de vulgarisation nous paraît refléter assez fidèlement les ambiguïtés de l'église catholique vis à vis du sida.

Cependant, notre propos n'est pas ici de discuter la légitimité d'un discours de l'église catholique sur le sida, mais plutôt de l'opportunité de la diffusion de « *Mon livret SIDA* » par le canal officiel du CNLS. Tout le problème que pose un tel ouvrage vient du fait qu'il se présente comme un document de vulgarisation à l'usage de tous les publics, alors qu'il ne contient que le point de vue de l'église catholique sur le sida. On peut se demander si le CNLS doit diffuser ou recommander un ouvrage dont cette nature, sans en annoncer clairement l'origine (par exemple avec un sous-titre tel que : « *L'église catholique s'exprime sur le sida* »).

7.2.3 L'islam

A notre connaissance, l'islam ne s'est jamais exprimé officiellement sur le problème du sida au Burkina Faso. Quelques personnalités musulmanes ont néanmoins abordé le sujet à diverses tribunes. Les discours ne sont pas unanimes. Pour certains musulmans que nous avons interrogés, l'épidémie de sida n'existe pas. Il s'agit d'une maladie ancienne, présente dans la société depuis très longtemps, et dont l'actuel développement est le fruit d'une manipulation de l'information (par les gouvernants et les *blancs*). Si l'épidémie existe bel et bien pour d'autres, elle est la conséquence de l'abandon des valeurs spirituelles de l'islam, car le croyant fidèle est naturellement protégé du sida s'il suit les enseignements du Coran. Un bon musulman ne risque rien. Certains esprits pratiques pensent que la polygamie, parfois présentée comme un facteur de diffusion de l'épidémie, est au contraire un moyen de prévention, car l'homme polygame a moins de relations extra-conjugales (en principe, il ne doit pas en avoir).

On retrouve ainsi le même thème dominant sur le sens du sida : l'abandon des valeurs morales de la religion. De même, les dignitaires musulmans sont le plus souvent opposés à l'utilisation des préservatifs, comme leurs homologues catholiques. Le préservatif est impur et indigne d'un fidèle.

Pourtant, la progression de l'épidémie rapproche le problème de l'individu et du quotidien, si bien que certains milieux musulmans urbains l'usage des préservatifs est accepté, tout en étant officiellement réprouvé.

7.2.4 Eglises protestantes, évangélistes et autres mouvements messianiques

Les discours sont souvent plus tranchés dans les églises protestantes et les divers mouvements religieux qui se sont multipliés ces dernières années au Burkina Faso. Le sida est un des sujets favoris des pasteurs et prédicateurs, tantôt décrit comme stigmate de la dérive satanique de nos sociétés, tantôt considéré comme l'annonce d'une fin du monde prochaine. Leurs discours oscillent souvent entre extrême intolérance et compassion envers les personnes infectées. Leurs conceptions de la prévention sont peu réalistes et se résument à fidélité (dans le mariage) ou abstinence. Le préservatif est selon les cas simplement interdit, réprouvé, voire dangereux, voire même un objet satanique.

Cependant, certains groupes religieux prennent très au sérieux le phénomène, et veulent être présents sur le terrain de la lutte contre le sida, tels le *Ministère International des Ambassadeurs Pour Christ*, la *Communauté Internationale des Hommes d'Affaires du Plein Evangile*, qui apportent leurs contributions en organisant des séances d'information publiques sur le sida^{142 143}. Leurs discours sont néanmoins emprunts d'un prosélytisme marqué, où en matière de prévention de la maladie, il n'est jamais question du préservatif.

7.3 Ordre des médecins

L'*Ordre Unique des Médecins, Pharmaciens et Chirurgiens-dentistes du Burkina Faso* existe depuis septembre 1992. L'Ordre est en cours d'organisation, puisque son *Conseil National* n'est pas encore constitué. Il a pour premier objectif de proposer un *Code de Déontologie* pour les professions qu'il regroupe, mais cela n'a pas encore été discuté. Pour le moment, aucune intervention officielle de l'Ordre n'a eu lieu sur le problème du sida. L'Ordre

¹⁴² NANA H. Sidwaya 1992; 2115. TOME A. *Le Pays* 1992; 305.

¹⁴³ ANONYME. *Sidwaya* 1992; 2148.

n'a d'ailleurs jamais été saisi par le CNLS ou par le *sous-comité Prise en Charge*, afin de donner son avis sur ce sujet. Il n'a donc actuellement pas de position officielle sur le sida. Selon son président, il est pourtant souhaitable que l'Ordre adopte une position face à tous les problèmes éthiques créés par le dépistage, la prise en charge, la recherche en matière de sida. Cela permettrait certainement au CNLS d'avancer dans sa démarche en faveur d'une législation sur la maladie.

La conviction personnelle du président de l'Ordre est favorable à la « proposition claire du test avant réalisation du dépistage, la remise systématique du résultat, l'accompagnement des patients pendant l'évolution de l'infection, sans discrimination, rejet ou désintérêt de la part des professionnels de santé. La plus stricte confidentialité doit être respectée dans ce domaine », et seul le patient peut décider d'annoncer à son entourage la nature de sa maladie. Malgré ces convictions, l'Ordre des médecins n'a donc joué aucun rôle, pour l'instant, dans le débat autour du sida dans la société burkinabè. Cela peut paraître dommageable, d'autant que le corps médical se sent désemparé face au sida et que la progression de l'épidémie est rapide.

7.4 Média

Pour comprendre le rôle joué par les médias dans la lutte contre le sida, il nous a paru nécessaire d'étudier la production journalistique en presse écrite, à la radio et à la télévision depuis le milieu des années 80. Nous avons ainsi réalisé une revue de presse des journaux principaux (3 quotidiens et 2 revues) depuis 1985 sur ce sujet, et interrogé les journalistes auteurs de ces articles. Nous avons également pu interroger les principaux journalistes spécialisés de radio et télévision, visionné et écouté quelques-unes de leurs réalisations.

7.4.1 Presse écrite

La presse écrite burkinabè est concentrée dans la capitale du pays, mais diffusée dans les villes importantes. Elle s'est beaucoup développée depuis 1991, et de nombreux titres sont apparus, traduisant les différentes sensibilités politiques du pays. Trois quotidiens dominent actuellement le marché : *Sidwaya*, le quotidien gouvernemental, *L'Observateur Paalga* et *Le Pays*, quotidiens d'opposition modérés. *Sidwaya* a bénéficié d'un monopole de l'information

quotidienne dans le pays jusqu'en 1991. *L'Observateur* et *Le Pays* paraissent depuis 1991 et 1992 respectivement. Le quotidien gouvernemental est actuellement en perte de vitesse, alors que les quotidiens d'opposition sont plutôt en progression. Leurs tirages sont limités, ne dépassant pas 10000 exemplaires chacun. Cependant, leurs lectorats sont vastes, et en font des quotidiens influents. La revue hebdomadaire *Carrefour Africain*, proche du pouvoir, a cessé de paraître en 1989. Une revue d'opinion mensuelle existe depuis 1992 : *Regards*.

Nous avons identifié 172 articles centrés sur le sida dans la presse burkinabè depuis 1985, dont 156 dans les colonnes des trois quotidiens, 16 dans les deux revues sus-citées. Jusqu'en 1990, *Sidwaya* a suivi de près l'actualité scientifique sur l'épidémie, en publiant chaque année un nombre croissant d'articles (maximum : 25 en 1990). Depuis, le quotidien gouvernemental s'est essoufflé, en publiant de moins en moins d'informations sur le sida (8 articles en 1993). Les quotidiens privés l'ont relayé depuis 92, avec un nombre d'articles de 15 à 20 par an dans chacun d'eux sur le sujet. Cependant, plus que le nombre d'articles, c'est leur nature qui mérite que l'on s'y attarde. Beaucoup d'articles sont des reprises de dépêches d'agences internationales de presse (AFP, Reuter, OMS-Presse). Ces reprises ne sont généralement pas commentées, et ont le plus souvent trait à des informations médicales. La plupart des articles publiés sur le sida entre 1985 et 1987 étaient de cette nature. D'une manière générale, il y a peu d'articles de fond sur le sida au Burkina Faso dans la presse, mis à part ceux des dirigeants du CNLS, qui s'expriment régulièrement sur le sujet. De même les points de vue individuels ou originaux sont rares, alors que les comptes-rendus des activités du CNLS, des séminaires, et des activités des partenaires sont de loin les plus fréquents. Enfin, les mêmes articles peuvent paraître dans plusieurs quotidiens.

Les thèmes abordés avant 1990 sont centrés sur les connaissances générales en matière de sida, la vulgarisation des informations sur la prévention (on lance le slogan « *fidélité ou capote* »), les innovations scientifiques en matière de traitement et vaccination. Il y a peu d'articles sur la situation burkinabè. La polémique entre occidentaux et africains sur l'origine de la maladie n'est reprise que dans deux articles, sans créer de débat d'idées, comme on a pu en voir dans d'autres pays africains¹⁴⁴. A partir de 1990, des articles abordent régulièrement la situation du sida au Burkina Faso, signés le plus souvent par les responsables du CNLS. Ils paraissent surtout au moment de la *Journée Mondiale Sida* du 1er décembre. Ils sont assortis de déclarations officielles du Ministre de la santé. Dans la production d'articles de ces quatre

¹⁴⁴ Didier Fassin montre que ce thème a été central dans la presse congolaise à la fin des années 80. FASSIN D. A paraître dans *Annales ESC* 1994: 3.

dernières années, la prévention est abordée en termes souvent moralisateurs, stigmatisant la prostitution, le « vagabondage sexuel », mais l'information sur les moyens de prévention est, dans l'ensemble, rigoureuse. Quelques papiers abordent des thèmes importants tels que la prostitution, le préservatif, le rôle de la médecine traditionnelle, le sida dans le couple, mais souvent de façon superficielle. Deux articles mettent en cause dans des termes accusateurs les institutions nationales et internationales de lutte contre le sida, sans pour autant développer une argumentation solide, ni lancer un vrai débat d'opinion sur ce sujet. C'est en revanche un silence quasiment complet qui entoure les problèmes éthiques, sociaux et politiques, posés à la société burkinabè par l'épidémie de sida. Les questions concernant le dépistage, l'annonce des résultats, la prise en charge des malades ne sont jamais abordées par les différents journalistes ou auteurs.

Au total, l'effort d'information incontestable de Sidwaya jusqu'en 1990 est maintenant relayé par la presse privée. Les articles de fond et les débats d'opinions sur le sida sont rares, en particuliers en matière d'éthique et de politique de santé. Ils font habituellement place à des informations médicales, reprises d'agences de presse étrangères. Les informations et le débat autour du sida dans la presse burkinabè a ainsi tendance à marquer le pas depuis 1991.

Les explications que nous avons recueillies auprès des journalistes sont nombreuses : leurs rédactions s'intéressent moins au sida (qui n'est plus à la mode), le public est saturé d'informations sur ce sujet, les journalistes ont très peu de sources d'informations nouvelles.

7.4.2 Télévision

7.4.2.1 *Télévision Nationale du Burkina*

La télévision burkinabè (une seule chaîne) est réputée pour sa qualité sur le continent africain. Elle est devenue le média le plus puissant des villes durant ces dernières années, et constitue donc un moyen de communication précieux pour la lutte contre le sida. Comme beaucoup de télévisions africaines francophones, elle reçoit et diffuse des images provenant des télévisions françaises : sujets de journaux télévisés, reportages, documentaires, etc. D'après nos renseignements, les premières informations qu'elle a diffusées, avant 1987 sur le sida, provenaient de sources françaises et traitaient du sida dans les pays occidentaux. En 1987, le problème du sida au Burkina Faso a été abordé pour la première fois lors d'un journal télévisé où étaient invités des membres du *Comité National de Lutte contre le Sida*, nouvellement créé.

C'est l'année suivante que les informations sur ce sujet ont commencé à être plus fréquentes au journal de 20 heures. Depuis, quelques documentaires ont été tournés par la télévision, et plusieurs émissions spéciales ont été diffusées. Parmi ceux-ci, une émission de 90 minutes, programmée en juillet 1990, a montré pour la première fois des malades du sida hospitalisés au CHNYO de Ouagadougou. Cette émission avait alors eu un grand retentissement, notamment auprès des gens encore nombreux qui restaient incrédules face au problème du sida. Une grande émission en direct de 2 heures 30', réunissant tous les intervenants de la lutte contre le sida et financée par la GTZ a également eu lieu le 1^{er} décembre 1992. Elle avait été précédée la veille par la diffusion d'un documentaire rétrospectif sur les activités menées depuis 1986 dans le pays¹⁴⁵. Chaque année, au moment de la *Journée Mondiale Sida*, des petits sujets sont diffusés sur le sida (micro-trottoirs, interviews des responsables du CNLS et du *Ministère de la Santé*). Environ une vingtaine de sujets courts seraient consacrés au sida chaque année à la télévision. Quelques documentaires sur le sida en Ouganda, au Rwanda et en Côte d'Ivoire ont déjà été diffusés.

Cependant, la TNB souffre de problèmes budgétaires importants, si bien que les projets de documentaires, d'émissions en direct sur le sida, ou même d'émission régulière consacrée à la santé doivent chercher des financements extérieurs. La production d'émissions nouvelles sur le sida est impossible sans le concours de bailleurs de fond, si bien que la TNB est peu associée à la lutte contre le sida. Les projets des journalistes sont nombreux, mais ne trouvent pas de soutiens.

7.4.2.2 CNIEC (ex Direction de l'Education Sanitaire et de l'Assainissement)

La DESA a reçu un équipement sophistiqué de la coopération canadienne, qui lui permet de réaliser des reportages, des documentaires, des films de vulgarisation pour l'IEC-sida et tout autre document vidéo. Cet équipement lourd est à l'heure actuelle sous-employé. Deux films sur le sida ont été réalisés pour les formations en IEC.

Un recueil de chansons originales sur le sida, interprétées par des chanteurs et musiciens à succès du pays, a également été réalisé à la DESA, mais n'a pas fait l'objet d'une diffusion.

¹⁴⁵ « Sida : la réalité » réalisé par Rodrigue BARI, journaliste spécialisé dans le domaine de la santé à la TNB; 30 mn. Ce documentaire a reçu le *Prix du Public ACCT 93* au Festival de Montréal en 1993.

7.4.3 Radios

La *Radio Nationale du Burkina* possède une chaîne nationale, des chaînes régionales et des émissions locales (Radios rurales), diffusées en ondes courtes ou en modulation de fréquence selon les cas. Son rôle de média est fondamental à l'échelle d'un pays où plus de 80 % de la population vit en zone rurale, et ne sait pas lire. Les postes récepteurs de radio sont très répandus en milieu rural. La RNB diffuse des informations sur le sida depuis 1987, mais comme la télévision, ne dispose que de faibles moyens. Les comptes-rendus d'activités du CNLS, les participations des différents bailleurs, ONG et associations à la lutte contre le sida sont rapportés dans les journaux d'informations. Des spots d'information du CNLS sur le sida et les préservatifs sont périodiquement diffusés par la RNB.

Actuellement, l'émission hebdomadaire « Votre santé » diffuse régulièrement des informations sur le sida sous formes d'interviews, de reportages, de micro-trottoirs. Les sujets abordés sont variés, et les personnes interrogées très diverses : les problèmes liés à l'utilisation des préservatifs, le stand d'information sur le sida du grand marché, les répercussions du sida parmi les jeunes, parmi les étudiants, dans les familles, etc. L'animatrice de l'émission a notamment diffusé, il y a quelques mois, l'interview d'une femme qui a accepté de parler de la mort de sa fille, victime du sida (cette femme a tenu à rester dans l'anonymat, mais il s'agissait d'une première au Burkina Faso). Les idées d'émissions sont là aussi nombreuses, mais les restrictions budgétaires ne permettent pas aux journalistes de réaliser leurs projets.

8. Analyse critique

8.1 Le sida : un nouveau problème de santé publique

Le Burkina Faso est un pays pauvre, confronté à des difficultés économiques considérables. L'Etat et les différents secteurs de l'économie traversent une période critique, liée à la conjugaison d'un contexte commercial et financier international défavorable (baisse des cours des matières premières, croissance de l'endettement, baisse des ressources extérieures, dévaluation du franc CFA...) et de problèmes intérieurs importants (croissance démographique élevée, environnement écologique difficile, etc). L'ajustement structurel est long et incertain, et son coût social est élevé.

Le système de santé du Burkina Faso subit les conséquences de ces difficultés. Les services de santé se trouvent dans une situation de pénurie extrême. La stratégie *des soins de santé primaires* n'a pas donné les résultats escomptés, notamment auprès des populations rurales, et le poids de la santé est toujours plus lourd sur les familles. Alors que la part du financement de la santé par l'Etat continue à décroître, l'appareil sanitaire est de plus en plus dépendant des soutiens extérieurs. Les services de santé sont organisés de façon verticale, hiérarchisée, et très centralisée.

Dans ce contexte particulièrement difficile, l'épidémie de sida au Burkina Faso, comme dans le reste du continent africain, est une calamité supplémentaire face à laquelle on peut comprendre certaines réactions initialement incrédules ou maintenant accablées. En une décennie, l'extension de cette épidémie a affecté l'ensemble du continent africain, avec toutefois selon les régions, des variations importantes du niveau de séroprévalence, du sex-ratio, des groupes socio-économiques touchés, de l'extension rurale, etc. Si en Afrique, le mode de contamination dominant est la voie hétérosexuelle, il serait en réalité plus juste de parler de plusieurs épidémies.

Le sida s'est maintenant hissé au rang des toutes premières préoccupations de santé publique sur le continent africain. Dans la plupart des pays africains, plus de la moitié des malades hospitalisés dans les services médicaux sont atteints de sida. Dans les grands centres urbains du continent (comme Abidjan), le sida est devenu la première cause de mortalité chez l'homme de 15 à 45 ans. Les estimations concernant la mortalité par sida sur ce continent le

rapprochent singulièrement du paludisme, des maladies diarrhéiques et des infections respiratoires, les trois groupes d'affections dominantes. Le problème est d'autant plus grave que l'épidémie de sida traîne comme une ombre une importante recrudescence de la tuberculose. Entre 15 et 45 % (moyenne 33 %) des patients infectés par VIH présenteraient en effet une tuberculose durant l'évolution de leur maladie¹⁴⁶. Ces tuberculoses sont souvent bacillifères, si bien que la transmission à l'entourage est relativement fréquente. C'est un problème supplémentaire de santé publique pour les pays africains. A Bobo Dioulasso, l'incidence de la tuberculose a ainsi augmenté de 25 % entre 1987 et 1990¹⁴⁷.

L'incidence démographique de l'épidémie de sida est largement débattue dans les milieux scientifiques, mais il est plausible que la décroissance attendue du *taux brut de mortalité* et du *taux de mortalité infantile* d'ici à l'an 2010 sera annulée. La *mortalité infanto-juvénile* devrait même augmenter légèrement durant la même période, alors qu'elle aurait du décroître de 50 %¹⁴⁸. L'augmentation du nombre de cas de malades du sida et de décès par sida sur le continent africain durant la prochaine décennie est en revanche certain. Certaines prévisions évaluent la possibilité de progression de l'épidémie en milieu urbain, jusqu'à des niveaux de séroprévalences de 10 à 30 % dans la population adulte générale.

Les liens entre le sous-développement économique et la diffusion rapide de l'épidémie de sida dans les pays du tiers monde ont déjà été souvent développés¹⁴⁹. Les conséquences de l'épidémie sur les systèmes de santé et d'action sociale seront de plus en plus lourdes, de même que ses conséquences économiques générales. Mais ces dernières sont encore très mal connues, surtout au plan macro-économique. Au plan de l'économie familiale, le sida pourrait affecter plus gravement la progression du *produit domestique brut per capita*, que celle de la démographie dans les vingt années prochaines¹⁵⁰.

¹⁴⁶ NELSON AM and KALENGAYI MR. In : ESSEX M, M'BOUP S, KANKI PJ, KALENGAYI MR. *AIDS in Africa*, 1994.

¹⁴⁷ PRAZUCK T, CAUCHOIX B, YAMEOGO M *et al.* *VI International Conference on AIDS in Africa*, Dakar, 1991.

¹⁴⁸ CHIN J and SATO PA. In : ESSEX M, M'BOUP S, KANKI PJ, KALENGAYI MR. *AIDS in Africa*, 1994.

¹⁴⁹ Jonathan MANN, ancien directeur du Programme Mondial sur le Sida de l'OMS, s'exprime depuis plusieurs années à toutes les tribunes sur ce sujet. Pour lui, l'épidémie de sida dans le tiers monde est en grande partie déterminée par la conjonction de la misère et des troubles politiques qui agitent ces pays.

¹⁵⁰ AINSWORTH M and MEAD OVER A. The Economic Impact of AIDS on Africa. In : ESSEX M, M'BOUP S, KANKI PJ, KALENGAYI MR. *AIDS in Africa*, 1994.

8.2 Situation épidémiologique du VIH/sida

8.2.1 Ancienneté et origine de l'infection à VIH

Selon les éléments disponibles, il est probable que l'infection à VIH a pénétré au Burkina Faso dès le début des années 1980. Cependant le niveau de séroprévalence en population générale est sans doute resté faible (inférieur à 1 %) jusqu'en 1986, pour augmenter régulièrement par la suite.

L'origine de ces premiers cas ne peut reposer que sur des hypothèses, en l'absence de renseignements biographiques sur ces patients et d'études phylogénétiques sur les souches de VIH en cause. La découverte d'infections à VIH-2 dès 1986 à Ouagadougou fait supposer que ces infections résultent de chaînes de transmissions au départ de la Guinée-Bissau, du Sénégal ou d'autres pays proches. Il est également possible que certaines de ces infections à VIH-2 proviennent du Ghana, pays voisin où a été mis en évidence un sous-groupe de VIH-2 génétiquement distinct des souches déjà connues. Pour les infections à VIH-1, qui dominent en nombre, l'origine probable se situe en Afrique centrale, passant peut-être par la Côte d'Ivoire. De nombreux cas de sida se sont déclarés au sein de populations rurales du sud-ouest du pays depuis la fin des années 80. Les premiers patients étaient souvent d'anciens travailleurs saisonniers ou immigrés en Côte d'Ivoire. Il est ainsi probable que les mouvements migratoires anciens entre le Burkina Faso et la Côte d'Ivoire aient été la voie d'entrée du VIH-1 dans le pays.

8.2.2 Evolution de 1986 à 1994

En huit années, l'épidémie s'est dramatiquement étendue dans le pays. Si l'on se base sur les études concernant les femmes enceintes, la prévalence aurait progressé de moins de 2 % à plus de 5 % (entre 5 et 7 %), c'est à dire triplé en huit ans. Ces chiffres sont habituellement considérés comme représentatifs de la population générale.

Les enquêtes en population générale sont difficiles à interpréter et un peu anciennes pour pouvoir en tirer des informations confirmatives. Elles ne contredisent pas la fourchette citée ci-dessus.

Certains résultats portent à croire que le niveau de séroprévalence serait également élevé en milieu rural (région de Gorom-Gorom, de Gaoua, de Banfora). Bien que cette hypothèse soit plausible, les chiffres disponibles ne nous paraissent pas suffisants pour l'assurer. En l'absence d'études fiables sur les populations rurales du pays, il nous semble actuellement difficile d'affirmer que l'épidémie frappe autant les zones rurales que les populations urbaines du Burkina Faso. Il est cependant vraisemblable que le reflux de l'émigration burkinabè de Côte d'Ivoire vers le Burkina Faso, que l'on observe depuis plus de 5 ans, joue actuellement un rôle important dans la diffusion de l'épidémie en milieu rural (la plupart de ces émigrés étaient de jeunes paysans).

Dans les *groupes à risques*, dont nous avons souligné la définition souvent imprécise, les résultats enquêtes de séroprévalence montrent une progression rapide de l'infection à VIH. Les études sont cependant difficilement comparables, par leurs modes de recrutements variés et imprécis. En ce qui concerne les patients atteints de maladies sexuellement transmissibles, l'augmentation de la séroprévalence passe entre 1986 et 1991 de moins de 3 % à 18 %, soit une multiplication par 6 environ. Pour les prostituées, les études sont trop peu nombreuses, mais les taux de séroprévalence globale sont supérieurs à 25 % depuis 1986, et probablement proches actuellement de 45 %, résultat de la dernière étude réalisée à Bobo Dioulasso en 1991. Parmi les patients atteints de tuberculose, la progression de la séroprévalence des VIH est nette. Entre 1987 et 1993, les études menées à Bobo Dioulasso montrent que la proportion de séropositifs VIH a triplé, passant de 12,5 à plus de 35 %.

Les chiffres concernant les malades hospitalisés sont rarement publiés, et maintenant au delà de 40 % de séropositifs dans les services de médecine des grands hôpitaux. Pour les autres *groupes cibles* (militaires, prisonniers, routiers), les quelques chiffres disponibles ne permettent pas d'en tirer des conclusions solides. Parmi les donneurs de sang, le niveau de séroprévalence reste à peu près stable depuis 1990. Cependant, en l'absence d'étude approfondie des populations de donneurs, il nous paraît impossible d'utiliser de tels résultats pour en tirer des enseignements généraux sur l'épidémie de sida au Burkina Faso.

Concernant la répartition des infections selon les virus, les résultats à notre disposition sont très difficiles à interpréter, souvent contradictoires. La proportion d'infection à VIH-2 ne

semble pas dépasser 20 %, alors que VIH-1 serait en cause dans environ 70 % des cas. Les doubles profils sérologiques (environ 10 % des cas) sont d'interprétation délicate : en l'absence d'étude plus précises, réalisées en technique d'amplification génique (Polymerase Chain Reaction), on ne peut affirmer s'ils traduisent une co-infection par les deux virus ou s'il s'agit de réactions croisées.

8.2.3 Situation actuelle et projections

L'estimation du nombre de personnes infectées par VIH au Burkina Faso, annoncée en décembre 1992 par le Ministère de la Santé, était de 350.000 séropositifs¹⁵¹, dont 40.000 femmes enceintes. Un an plus tard, le Ministère annonce le nombre de 450.000 séropositifs et une séroprévalence de 7 % dans la population générale^{152 153}. Ces estimations semblent proches de la réalité.

A la lumière des données que nous avons pu récolter, l'estimation actuelle du nombre de personnes infectées par VIH (août 94) se situe probablement **entre 500.000 et 600.000 individus**. Les trois quarts d'entre eux environ sont âgés de 15 à 40 ans. La proportion d'enfants de moins de 10 ans parmi eux est difficile à évaluer car les données séro-épidémiologiques sont trop imprécises et peu nombreuses. Le chiffre de 10 % doit être avancé avec prudence. La répartition par sexe montre une légère prédominance masculine parmi les cas de sida déclaré dans le pays, avec un sex-ratio de 1,5:1. Ce sex-ratio reflète cependant la situation épidémiologique de 8 à 10 ans antérieure. Dans les études de séroprévalence actuelles, en population générale, pratiquées dans la sous-région, la proportion de femmes est le plus souvent légèrement dominante. Il nous paraîtrait étonnant que le Burkina Faso échappât à cette tendance.

Les projections épidémiologiques à 5 ou 10 ans sont extrêmement difficiles concernant le continent africain en général et le Burkina Faso en particulier. En effet, l'épidémie de sida n'est étudiée en détail que depuis le milieu des années 80. Les facteurs de risques de la transmission des VIH (tels que les comportements sexuels à *risque*), et de la progression vers la maladie sont mal connus, de même que la proportion de personnes infectées qui développeront la maladie. La pathogénicité du VIH-2 reste également à déterminer. Enfin

¹⁵¹ ANONYME. *Sidwaya* 1992; 2155.

¹⁵² ANONYME. *Sidwaya* 1993; 2404.

¹⁵³ ZANGRE B. *Observateur Paalga* 1993; 3520.

l'impact du programme de lutte contre le sida devrait moduler (mais dans quelle proportion?) la progression de l'épidémie. Tous ces éléments rendent particulièrement délicates les projections.

8.2.4 Déclaration officielle des cas de sida

La déclaration des cas ne reflète pas, jusqu'à présent, la réalité. Une des causes de la sous-déclaration des cas peut se rapporter aux insuffisances du système d'information sanitaire, qui est en cours de réorganisation, sous l'impulsion du *sous-comité de Surveillance épidémiologique* du CNLS, avec le soutien du *Programme d'Appui à la Surveillance Epidémiologique* canadien (Université Laval). De plus, bon nombre de malades sont soignés en dehors des services de santé et il existe des réticences familiales et parfois médicales à cette déclaration. Par ailleurs, de nombreux patients meurent de sida sans avoir jamais eu de tests sérologiques pour les VIH. Enfin, la maladie est maintenant bien connue du public ; certains patients (ou leurs familles), qui ont fait le diagnostic clinique par eux-mêmes, choisissent d'éviter le recours aux services de santé pour des raisons pratiques : leur impuissance devant cette maladie, et leur prix de revient exorbitant.

8.2.5 Conclusions

L'épidémie de sida est déjà depuis plusieurs années un très grave problème de santé publique au Burkina Faso. Les taux de séroprévalence estimés dans la population générale placent le Burkina Faso parmi les trois pays les plus touchés de l'Afrique de l'ouest, derrière la Côte d'Ivoire, dont la situation est particulièrement dramatique à cet égard (séroprévalence supérieure à 8 % en population générale dans certaines régions du sud du pays et à Abidjan en 1989-90, plus de 130000 cas cumulés attendus fin 1995¹⁵⁴), et proche de la Guinée-Bissau (où le VIH-2 domine). Le sida au Burkina Faso n'a dévoilé qu'une petite partie de son visage, car l'extension de l'épidémie est relativement récente, et le nombre de malades encore faible. Le nombre de nouveaux cas devrait augmenter rapidement dans les cinq années à venir. Il pourrait vite atteindre 10.000 nouveaux cas par an. Le taux de séroprévalence en population générale adulte pourrait continuer de croître pendant plusieurs années, et le chiffre de 10 % n'est pas impossible au Burkina Faso à l'horizon 2000.

¹⁵⁴ GERSHI-DAMET GM, KOFFI K, SORO B *et al.* AIDS 1991; 5.

8.3 Politique de lutte contre le sida

8.3.1 Tutelle de l'OMS

Le rôle de l'Organisation Mondiale de la Santé dans la lutte contre le sida a déjà été souligné précédemment. Son influence sur l'élaboration des politiques nationales africaines en matière de sida est déterminante. On peut même qualifier cette influence de tutelle, car la marge de décision des autorités politiques des pays africains lors de la mise en place des premiers plans apparaît rétrospectivement bien étroite. La plupart de ces pays entrent alors dans une crise économique durable, et leurs systèmes de santé sont très fragiles. En 1986-87, le sida est encore mal connu, l'extension de l'épidémie n'a pas été mesurée précisément. Dans ce contexte, l'OMS propose son assistance technique et la mise en place de plans de lutte contre la maladie. L'adoption de ces plans est assortie de promesses de financements extérieurs pour la lutte contre le sida. Dans ces conditions, les états concernés adoptent logiquement les plans proposés, qui sont des clones d'un plan type élaboré par l'OMS. L'expérience du Burkina Faso est de ce point de vue identique à celle des autres pays de la région.

Les discussions et objections que nous développons sur la politique burkinabè de lutte contre le sida, les institutions mises en place pour la conduire et les plans adoptés pour la mettre en oeuvre doivent ainsi être replacées dans le contexte de la coopération internationale¹⁵⁵. Bon nombre de ces remarques s'adressent plutôt aux institutions qui ont été les promoteurs de ce type de programmes, qu'à l'état qui les a développés.

8.3.2 Rôle des bailleurs de fonds

La faiblesse des moyens à disposition de l'état pour la santé en général, et la lutte contre le sida en particulier, confère aux bailleurs de fonds un rôle essentiel. Sans leurs concours, les différents plans n'auraient pu être mis en oeuvre. Cependant, la politique de lutte

¹⁵⁵ Didier Fassin écrit à ce sujet dans un article récent : « Il est impossible de traiter des faiblesses et des carences des programmes nationaux comme d'une simple question technique, ponctuelle et isolée. En fait, elles mettent en cause des problèmes politiques, structurels et globaux de la santé publique et de la coopération internationale ». FASSIN D. *Sociétés d'Afrique et sida* 1994; 5.

contre le sida est très dépendante des bailleurs de fonds. Nous avons discuté en commentaire du *Plan à Court Terme* leur rôle, en soulignant ses effets pervers. Si leur engagement a été au départ conditionné par l'adoption des plans de l'OMS, ils ont souvent choisi de soutenir des activités selon leurs affinités propres ou les besoins qu'ils identifiaient, et non selon les besoins réels ou ressentis par le pays. Les stratégies développées dans le cadre des différents plans ont été parfois modifiées pour obtenir leurs soutiens, et certains volets ont piétiné faute de financements. Chacun de ces bailleurs de fonds a en effet une sensibilité propre, des opinions et des méthodes différentes concernant la lutte contre le sida. Ces positions sont parfois en contradiction entre elles¹⁵⁶, même si le cadre général défini par l'OMS a peut-être joué là un rôle favorable. Il faut ajouter que appui des bailleurs de fonds se déroule selon des procédures très variées, souvent longues et complexes : beaucoup réalisent des missions d'études préalables à leur projet, conduisent des négociations particulières avec le CNLS et le Ministère de la santé sur leur projet, exécutent leur projet et réalisent leurs décaissements selon leurs propres procédures administratives et financières, puis réalisent des missions d'évaluation. Cela présente peut-être l'avantage de maintenir une diversité d'approche dans ce domaine, et de faire vivre de nombreux experts et administratifs, mais cela a surtout pour effet d'alourdir singulièrement la tâche des responsables de la lutte contre le sida au Burkina Faso. La politique de lutte contre le sida et ses responsables doivent ainsi s'adapter à chacun des bailleurs de fonds, alors que l'on attendrait plutôt l'inverse.

8.3.3 Programme National et plans de lutte contre le sida

8.3.3.1 Commentaires généraux

Sous l'influence de l'OMS, le *Programme National de Lutte contre le Sida* est passé par l'adoption de trois plans successifs, qui forment l'ossature de la politique en la matière. Le *Programme National* recouvre ainsi la structure coordinatrice du *Comité National de Lutte contre le Sida* et les différents plans mis en oeuvre.

Le *Programme National de Lutte contre le Sida* est un programme vertical et centralisé. Cette caractéristique vient en contradiction avec les options défendues par les institutions internationales dans le domaine de la santé, pour les PVD, depuis une quinzaine d'années (l'objectif des *soins de santé primaires* était d'intégrer les différentes activités de

¹⁵⁶ NAU JY. *Le Monde*, 13/08/94.

soins dès le niveau périphérique). Le Burkina Faso a ainsi adopté les orientations de la politique des *soins de santé primaires*, et développé différents programmes de santé dans l'optique de les intégrer à chaque niveau de la pyramide sanitaire, jusqu'au niveau le plus périphérique. La création d'un Programme National de Lutte contre le Sida, vertical et riche (toutes proportions gardées), entre logiquement en contradiction avec un système de santé désargenté privilégiant l'intégration et la décentralisation des activités.

Le CNLS est encore à l'heure actuelle une structure centralisée, dont les actions sont mal intégrées à l'ensemble du système de santé. Les activités mises en oeuvre dans le cadre des plans n'ont pas encore atteint les services de santé périphériques et les zones rurales. Ces retards alimentent un mécontentement parmi les professionnels de santé, qui se sentent démunis devant les multiples problèmes posés par le sida, et voient peu de réalisations sur le terrain. L'actuel PMT II tente de corriger ces carences, mais la revue à mi-chemin ne montre pas encore de résultats suffisants dans ce domaine.

Il ne ressort pas de priorités nettes du *Programme National*. La lutte contre le sida doit certes concerner tous les fronts car l'urgence est partout. La principale raison de cette absence de priorités vient du fait que l'OMS a diffusé des plans successifs à peu près uniformes, pour s'adapter à l'ensemble des pays concernés. Les caractéristiques historiques, épidémiologiques, sociologiques de chaque pays n'ont donc pas été prises en compte, ce qui a souvent conduit à des choix discutables : importance disproportionnée du volet de lutte contre la transmission par voie sanguine au regard du rôle épidémiologique de ce mode de transmission, portion congrue destinée à la prise en charge et à la surveillance épidémiologique.

Trois autres orientations principales ne sont pas non plus encore atteintes.

1- L'implication des relais constitués par les organisations non gouvernementales et les associations locales paraît insuffisante. Le *Programme National de Lutte contre le Sida* ne joue pas suffisamment le rôle de stimulation, de dynamisation, d'orientation et de soutien vis à vis de ces partenaires. Pourtant, on s'accorde à penser que seul le concours de ces ONG et associations permettrait une organisation effective sur le terrain de la prise en charge des personnes infectées par VIH. L'approche variée du problème par les différentes ONG et associations peut en effet constituer une force très appréciable dans ce domaine, à condition que celles-ci soient guidées et contrôlées. Tout en leur laissant la liberté nécessaire, l'absence de coordination et de canalisation des initiatives non gouvernementales et associatives, risque en effet d'aboutir au développement de projets mal intégrés dans la politique nationale et mal

répartis géographiquement (comme c'est le cas en Ouganda). Le *Programme National* doit à la fois stimuler et canaliser ces initiatives. Il pourrait utilement développer et proposer des capacités d'expertise et d'évaluation pour l'ensemble de ces partenaires, contribuant ainsi à renforcer sa position de coordinateur de la lutte contre le sida.

2- L'implication de l'ensemble de la société dans la politique de lutte contre le sida passe aussi par la mobilisation de toutes les administrations du pays, des forces sociales et politiques, des mouvements confessionnels, des élites intellectuelles et artistiques, autour des objectifs définis par le *Programme National*. L'objectif de rendre multisectorielle la lutte contre le sida reste pour le moment hors d'atteinte. Si des initiatives ont déjà été amorcées dans ce sens, la mobilisation sociale autour du phénomène du sida est loin d'être à la mesure de l'importance que prend cette maladie dans la population. Tout se passe comme si la lutte contre le sida restait une affaire de techniciens (professions médicales et paramédicales), de fonctionnaires et d'institutions. A titre d'exemple, les intellectuels et artistes du pays sont rarement mis à contribution pour parler du sida, communiquer et informer par les moyens à leur disposition. Des initiatives ont tout de même eu lieu autour du théâtre (théâtre forum) et de la chanson (mais les chansons enregistrées n'ont jamais été produites et diffusées). Quels qu'ils soient, modernes ou traditionnels, les artistes burkinabè ont certainement des choses à dire sur le sida, mais leurs contributions sont encore trop rares. De même, l'absence d'organisations de séropositifs et leurs très rares prises de paroles sont dommageables. Elles répondent certainement au poids de honte que porte la maladie, mais le rôle du *Programme National* pourrait être de soutenir les premières initiatives dans ce sens.

3- Sur le terrain politique, le sida est absent des programmes de partis, faisant tout au plus l'objet de quelques réflexions générales. Il ne constitue manifestement pas un enjeu politique au Burkina Faso. L'engagement des forces politiques est faible sur ce sujet, comme cela a pu être décrit dans de nombreux autres pays. Cependant, il faut là aussi replacer cette observation dans son contexte. Le sida n'est pas le seul problème (loin s'en faut) que les dirigeants du pays doivent affronter. Certains d'entre eux sont encore plus urgents dans une situation économique aussi contraignante, et sanitaire aussi précaire. Il faut souvent parer au plus pressé, avec des moyens extrêmement limités. La faible mobilisation des dirigeants politiques africains autour des programmes de lutte contre le sida tient peut-être aussi à leur nature, comme l'explique Didier Fassin : « Que les dirigeants se soient peu investis dans ces programmes et ces plans ne saurait étonner, puisque les uns et les autres sont considérés comme des dispositifs entièrement décidés, financés et réalisés par des organismes étrangers

qui, du reste, ne souhaitent pas particulièrement voir les Etats africains développer leurs propres stratégies face à l'épidémie »¹⁵⁷. Malgré tout, des efforts méritoires ont été réalisés par les responsables de la lutte contre le sida pour sensibiliser les dirigeants politiques, qui se mobilisent de plus en plus à l'heure actuelle au Burkina Faso. Cette mobilisation est d'autant plus nécessaire que les conséquences économiques et sociales prévisibles de l'épidémie amèneront sans doute le sida au premier rang des problèmes du pays dans les années à venir.

8.3.3.2 Résultats par objectifs

D'un point de vue technique, les résultats obtenus par le *Programme National de Lutte contre le Sida*, à travers les plans successifs, sont inégaux. Ce sont dans les domaines de la surveillance épidémiologique et de la prise en charge des personnes infectées qu'ils sont les moins concluants.

8.3.3.2.1 Surveillance épidémiologique

Si la situation épidémiologique actuelle du VIH/sida au Burkina Faso est aussi délicate à interpréter, cela tient aussi du retard de mise en place du réseau national de surveillance épidémiologique, qui devrait enfin être opérationnel en 1995. Il faut cependant préciser que les moyens financiers dévolus à ce volet dans les différents plans sont restés très modestes. Or le suivi épidémiologique est fondamental à un moment où on ne connaît pas encore bien le profil exact de l'épidémie dans le pays.

8.3.3.2.2 Prise en charge

La prise en charge des personnes infectées par VIH est également le parent pauvre des plans successifs. Cette situation n'est pas propre au cas du Burkina Faso, mais découle des positions soutenues notamment par l'OMS, privilégiant la prévention à la prise en charge médico-sociale des personnes infectées. Comme l'explique Didier Fassin, l'idée sous-jacente était souvent « ...que les traitements étaient trop coûteux pour les populations africaines »¹⁵⁸. Les services de santé ne peuvent assurer une prise en charge correcte des personnes infectées. De ce point de vue, le sida agit comme un révélateur des carences du système de santé, en démasquant ses graves insuffisances. La part considérable des plans réservée aux dépenses d'investissement (aménagement et équipement des services de santé) s'explique donc aisément,

¹⁵⁷ FASSIN D. *Sociétés d'Afrique et sida* 1994; 5.

¹⁵⁸ Au cours de conversations sur le sida avec des jeunes citadins, nous avons souvent entendu parler de « médicaments français et américains qui arrêtent la maladie, mais qu'on ne veut pas nous donner parce qu'on est pauvres ».

car le *Programme National de Lutte contre le Sida* doit aussi servir à soutenir un système de santé défaillant.

Pour prendre en charge les patients infectés par VIH, il faut un personnel formé et motivé, des plateaux techniques et des médicaments suffisants, donc des moyens financiers en rapport. La mise au second plan du volet prise en charge dans les plans successifs compromet lourdement ces objectifs. La formation des personnels de santé a effectivement démarré avec les PMT, mais leur motivation est encore souvent faible. De multiples raisons peuvent expliquer cet état de fait et nous en avons déjà évoqué certaines : absence de moyens, impuissance devant la maladie... D'autres causes existent cependant, propres aux caractéristiques et aux statuts des professions de santé au Burkina Faso : recrutements, faibles revenus...

L'équipement technique et la disponibilité des médicaments posent également de difficiles problèmes dans le contexte de pénurie financière du système de santé. Les services de santé sont sous-équipés en matériels de soins et d'exploration paraclinique ; ils ne disposent pas régulièrement de médicaments, même les plus simples antibiotiques. La politique des médicaments essentiels a tardé à se mettre en oeuvre. Une grande part des frais occasionnés par l'évolution de l'infection à VIH repose sur les patients et leurs familles.

Enfin, le lien entre développement de la prise en charge des personnes infectées et prévention de l'extension de l'épidémie est étroit sur le terrain. La position de nombreux médecins et agents de santé au Burkina Faso nous paraît traduire précisément ce problème. Nombre d'entre eux en effet ne disent pas à leur patient le résultat d'une sérologie VIH quand il est positif. Certains avisent un parent proche si le patient est malade, souvent pour éviter que la famille ne se ruine dans les dépenses médicales qu'entraîne inévitablement la maladie. Les raisons invoquées par ces personnels de santé pour expliquer leur attitude tournent autour de la totale impuissance face à la maladie, de l'absence de moyens de prise en charge même modestes disponibles pour ces patients, du risque lié à l'annonce (suicide, vengeances...) L'annonce de la séropositivité s'apparente en effet au Burkina Faso à l'annonce d'une mort certaine, sans les espoirs liés à l'utilisation de médicaments nouveaux, réservés aux pays riches. Si l'on comprend aisément le grave malaise et même l'angoisse que provoque le sida au sein des professions médicales (partagées entre prévenir les contaminations futures et ne pas accabler les patients par l'annonce de leur mort prochaine), les conséquences de leur conduite d'évitement sont graves sur le plan de la santé publique. Il faut donc arriver à ce que tous les

personnels de santé annoncent les diagnostics de séropositivité VIH, et pour cela il est indispensable de mettre à leurs dispositions les moyens techniques de prise en charge correcte des personnes infectées. La collaboration systématique de *counselor*, chargés dans chaque équipe médicale d'accompagner l'annonce de la séropositivité, pourrait constituer une solution. Ils permettraient de soulager en partie les médecins et infirmiers de cette tâche longue, délicate et psychologiquement lourde que constitue la prise en charge d'une personne infectée.

La nécessité d'un cadre légal à propos du sida (sur le droit des personnes infectées, les questions relatives au dépistage et à l'annonce de la séropositivité) a été affirmée dans chaque plan, mais n'a pas encore abouti à l'adoption de textes législatifs. Ce retard nous paraît directement lié aux problèmes de la prise en charge des personnes infectées. L'OMS a, dès 1987, engagé les différents pays à mettre en place une législation sur ce sujet, mais le contexte de l'époque rendait cette mesure impossible. La situation actuelle nous paraît plus favorable, car les professionnels de santé sont maintenant de plus en plus nombreux à dire les résultats de sérologies à leurs patients, même s'ils ont bien peu de moyens pour les soigner. C'est en effet parmi les professionnels de santé que les réticences étaient les plus marquées vis à vis de l'adoption d'un cadre législatif sur le sida (et notamment sur l'annonce de la séropositivité). Le fait que l'Ordre des Médecins ne se soit pas prononcé sur ce sujet peut là aussi sembler révélateur.

8.3.3.2.3 Prévention

Un travail important a été conduit dans ce domaine par le *Programme National de lutte contre le Sida*. Les progrès essentiels concernent la sécurité transfusionnelle et la promotion des préservatifs. Le choix de consacrer une grande partie de l'effort budgétaire à la sécurité transfusionnelle peut paraître discutable (cf. plus haut), mais le résultat est satisfaisant dans la mesure où l'objectif est quasiment acquis à l'heure actuelle. La promotion des préservatifs a employé une stratégie novatrice au Burkina Faso, en passant par un projet privé de *marketing social*. Ses résultats sont encourageants, mais il ne suffit pas de vendre beaucoup de préservatifs pour faire reculer le sida. La promotion des préservatifs doit nécessairement s'accompagner d'un travail d'information et d'éducation sur le sida, adapté aux publics concernés. Cette association n'est pas encore effective dans l'ensemble du Burkina Faso.

L'Information Education Communication, partie la plus ingrate des plans, a en effet moins progressé. Elle n'a pas encore obtenu un véritable soutien multisectoriel, et n'a pas atteint les populations rurales du pays, faute de décentralisation effective des activités.

Malgré des disparités, le niveau général de connaissance du sida dans la population nous semble assez élevé au Burkina Faso. De l'enfant des quartiers pauvres de Ouagadougou au paysan éloigné de la capitale, la très grande majorité des burkinabè a déjà entendu parler plusieurs fois du sida ou été en contact avec un malade ou sa famille. Chacun s'est forgé une représentation personnelle de l'affection, plus ou moins proche de la réalité scientifique. Un des reproches que l'on peut adresser aux plans de lutte contre le sida est qu'ils ne tiennent absolument pas compte des représentations de la maladie existant dans la population. On délivre avec l'IEC un message « standardisé » sur le sida, par une technique de communication « standardisée ». Tous deux sont censés être adaptés à tous les publics, utilisables dans le monde entier. Ils présupposent surtout que le public concerné n'a aucune idée du problème abordé. Or les nombreux entretiens que nous avons menés sur ce sujet au Burkina Faso, avec des personnes très variées, nous font penser que non seulement le sida est un problème très connu, dont on parle beaucoup en privé, mais aussi que ses représentations sociales sont très variées¹⁵⁹. Les messages d'IEC n'en tiennent pas compte, et du coup ratent souvent leur cible. La question du contenu des messages d'IEC nous semble ainsi fondamentale, mais peu de recherches ont lieu sur ce sujet. Même si les enquêtes CAPC ont été multipliées en Afrique sous l'autorité de l'OMS pour guider les programmes de prévention du sida, nous avons déjà débattu de leurs limites en expliquant que la pertinence des informations qu'elles produisent doit être remise en cause. Des travaux de nature anthropologique seraient donc vraiment utiles, et pourraient concerner les représentations sociales du sida, les notions de transmission et de contagion, le préservatif, les stratégies individuelles de prévention face au risque du sida, le vécu des personnes infectées. Ces travaux pourraient interroger utilement les stratégies de prévention du sida définies par les plans. Il faut certainement écouter ce qu'ont à dire les anthropologues sur ce sujet et accepter de travailler avec les données qualitatives qu'ils peuvent produire, même si elles sont moins faciles à manier que les données quantitatives habituelles des évaluations ou des enquêtes CAPC. C'est seulement en s'adaptant au plus près des réalités socio-anthropologiques et épidémiologiques locales, que l'IEC pourra accroître son impact.

¹⁵⁹ Michèle CROS a étudié les représentations du sida et de ses origines chez de jeunes gens vivant en milieu rural dans le sud-ouest du pays. Colloque « Anthropologie et sida », Aix-en-Provence, 1994.

La formation des personnels de santé, et de multiples relais dans la société civile est fondamentale, car elle devrait permettre une prévention plus proche de l'individu, moins inévitablement impersonnelle que celle des grands programmes de santé publique tels que le *Programme National de lutte contre le Sida*. Les messages de prévention passent mieux dans une relation interpersonnelle, d'autant que dans le cas du sida, les questions touchent au domaine très intime de la sexualité.

D'autre part, le fait que le sida se rapproche de plus en plus de l'individu, par les cas de maladie touchant des parents ou amis, induit parfois des réactions de fatalisme (« mourir du sida ou d'autre chose, peu importe! »), mais plus souvent une prise de conscience aiguë du risque et un changement de comportement. Parmi les entretiens que nous avons pu avoir sur ce sujet avec de jeunes gens au Burkina Faso, ceux qui avaient modifié leur attitude face au risque du sida avaient le plus souvent été confrontés avec la maladie de façon proche.

Derniers volets de la prévention de la transmission des VIH au Burkina Faso, la lutte contre la transmission iatrogène et la lutte contre la transmission non médicale des virus reste importante, malgré un impact épidémiologique probablement faible. La première dépend essentiellement de la formation, de la motivation et du contrôle des personnels de santé, mais aussi de l'équipement des services de santé. La seconde reste très mal-connue, et donc plus problématique.

8.3.3.2.4 Recherche

La recherche sur le sida au Burkina Faso est encore très limitée. Elle est essentiellement biomédicale, concentrée sur deux sites principaux : le Centre Hospitalier Yalgado Ouédraogo de Ouagadougou et le Centre Muraz de Bobo Dioulasso. Les travaux de recherche ont jusqu'à présent été centrés sur les études de séroprévalence de l'infection à VIH dans des groupes cibles. Quelques travaux concernent la clinique des infections à VIH (CHNYO et CHNSS), et la virologie (Centre Muraz). Des enquêtes socio-comportementales ont été réalisées auprès de différents groupes de population, selon la méthode des enquêtes CAPC de l'OMS, mais très peu de travaux anthropologiques ont jusqu'à maintenant été conduits.

Les projets de recherche sont relativement peu nombreux, et se heurtent à des problèmes de financement permanents. La recherche n'est pas considérée comme une priorité. Le budget consacré à la recherche dans les plans de lutte contre le sida reste dramatiquement

faible. Cette situation nous paraît inquiétante, car de nombreuses questions importantes sur le sida demeurent en suspens, tant du point de vue épidémiologique, clinique que socio-anthropologique. La recherche est une part essentielle de la lutte contre le sida, et la pensée opératoire des institutions internationales, des partenaires et des plans de lutte contre le sida la néglige inconsidérément.

8.3.3.3 Structures, gestion et coordination de la lutte contre le sida

D'une petite structure dépourvue de personnel, de moyens financiers et de pouvoir, le Comité National de Lutte contre le Sida, organe central du Programme National, est devenu au fil des restructurations plus important. Son personnel s'est étoffé, ses moyens ont grandi et son autorité de coordinateur et de gestionnaire de la lutte contre le sida s'est imposée. Cependant, son secrétariat permanent, service central essentiel du comité, est très peu pourvu en personnel d'encadrement : deux personnes (le secrétaire permanent et son adjoint), assistés de deux gestionnaires (le gestionnaire OMS et le gestionnaire national). Même le CNLS a une réputation d'opulence, ses effectifs sont trop faibles. Il lui faudrait en principe coordonner, contrôler et évaluer les actions des différents intervenants sur le terrain, conduire les négociations avec les bailleurs de fonds, les ONG et associations locales, gérer les crédits octroyés par les bailleurs, définir les orientations futures de la lutte contre le sida, tenir à jour l'ensemble des données sur le sida au Burkina Faso, susciter le concours de toutes les forces du pays, stimuler la recherche, représenter le Burkina Faso dans les manifestations internationales, trouver de nouveaux partenariats, etc. Pour remplir tous ces rôles, il faut un personnel d'encadrement à temps plein et plus nombreux.

Le choix de créer des sous-comités techniques se solde par un bilan inégal. L'articulation entre les sous-comités et le secrétariat permanent a posé un problème de conflit de compétences, qui devrait se résoudre avec la dernière modification proposée pour le CNLS. Le bilan du fonctionnement et des réalisations des sous-comités montre de faibles résultats. Différentes raisons, parmi lesquelles l'indisponibilité des responsables et la faible motivation des membres, peuvent être avancées.

Parmi les structures associées à la lutte contre le sida au Burkina Faso, le CNIEC est notoirement sous-employé, et insuffisamment pourvu en personnel d'encadrement. Ce service bénéficie pourtant d'un plateau technique intéressant, notamment en matériel audiovisuel. Les Comités provinciaux de lutte contre le sida sont pour la plupart encore peu actifs, mais des

efforts importants ont cependant été conduits dans certaines provinces (la Comoé - Banfora - et le Houet - Bobo Dioulasso). Les CRESA démarrent seulement leurs activités.

8.4 Intervenants dans la lutte contre le sida

Les intervenants dans la lutte contre le sida sont nombreux et très divers. S'ils travaillent tous dans le même but, ils n'emploient pas forcément les mêmes méthodes, et n'ont pas pour autant les mêmes principes, ni les mêmes orientations. Ces différences d'approches sont parfois très grandes. D'une manière générale, ces intervenants se connaissent mal entre eux, et chacun a tendance à travailler de façon isolée. L'initiative de regroupement des ONG et associations, les tables rondes de bailleurs de fonds et les assemblées générales du CNLS tentent de remédier à ce problème. Cependant, ces organisations sont souvent mal coordonnées entre elles. De plus les grands intervenants (institutions internationales et coopérations bilatérales) ont tendance à dicter leurs conditions, plutôt que de se mettre au service de la politique nationale de lutte contre le sida. Leurs interventions sont souvent assez directives, ce qui complique le travail du CNLS.

Par ailleurs, le rôle que prennent les organisations confessionnelles dans la lutte contre le sida nous paraît dangereux. Que les différents mouvements religieux proposent ouvertement leur lecture du problème du sida, et leurs recommandations, semble bien naturel. Cependant, qu'ils utilisent le phénomène du sida à des fins de prosélytisme religieux nous paraît en revanche critiquable. Qu'enfin ils adoptent des attitudes franchement négatives vis à vis du préservatif revient sinon à montrer leurs méconnaissances des changements qui s'opèrent dans la société, du moins à mettre en cause les efforts courageusement déployés par l'Etat burkinabè dans ce domaine.

Le réseau associatif en matière de lutte contre le sida est encore très faible au Burkina Faso. Nous avons déjà souligné qu'il n'existe pas encore d'associations de séropositifs. Une association s'est créée récemment pour le soutien aux personnes infectées par VIH, mais n'a encore développé aucune activité d'envergure. Les associations et organisations sportives ne sont pas mobilisées dans la lutte. L'expérience ougandaise montre la place essentielle que peuvent prendre les associations de séropositifs, de soutien aux malades, et les organisations sportives¹⁶⁰ dans cette lutte, et il est dommage que ce mouvement n'ait pas encore démarré au

¹⁶⁰ Dans le sud-ouest de l'Ouganda, le volley-ball est devenu le sport emblématique de la mobilisation sociale contre le sida. Ce sport a l'avantage de pouvoir être pratiqué assez longtemps par les personnes atteintes par la maladie (contrairement au foot-ball et au basket-ball).

Burkina Faso. De même, la mobilisation de personnes séropositives pour les activités de counseling a montré des résultats remarquables en Ouganda, et pourrait utilement se développer au Burkina Faso.

La mobilisation sociale contre le sida est donc encore faible, mais constitue à nos yeux un enjeu primordial pour l'avenir de la lutte contre cette épidémie. Il faut arriver à mobiliser désormais tous les acteurs sociaux, l'ensemble des responsables administratifs et politiques du pays.

9. Conclusion

A l'instar des pays de la région, le Burkina Faso traverse une période de grandes difficultés économiques, conjonction d'une situation financière et commerciale internationale défavorable et de faibles ressources naturelles. Les mesures de réforme économique et administratives et la dévaluation du franc CFA n'ont pas produit les effets escomptés. Le système sanitaire du Burkina Faso, qui subit les conséquences de cette crise, est dans un état précaire et nécessite des soutiens extérieurs. Ses carences se démasquent plus nettement depuis l'apparition du sida.

Depuis sa découverte en 1980, l'épidémie de sida s'est développée très rapidement dans le monde, frappant plus sévèrement, telle une nouvelle calamité, un continent africain déjà passablement accablé par les problèmes économiques, sociaux et politiques. Si l'étendue du problème s'est révélé un peu plus tardivement en Afrique de l'ouest, il n'en est pas moins inquiétant.

Le sida a fait son entrée au Burkina Faso au début des années 80, et les premiers cas de malades ont été repérés à Ouagadougou en 1985. Depuis cette époque, les enquêtes épidémiologiques peu nombreuses dont nous disposons, ont montré une progression régulière des taux de séroprévalence de l'infection à VIH dans les *groupes cibles* et en population générale.

D'après ces résultats, l'estimation actuelle de cette séroprévalence pourrait se situer entre 5 et 7 % en population générale adulte, ce qui représenterait environ **500.000 personnes infectées** au total. Ces estimations montrent que l'ampleur du problème est maintenant considérable, plaçant le sida au premier rang des priorités nationale en matière de santé publique. Elles annoncent de plus une forte augmentation du nombre de malades dans les cinq années à venir, et une progression possible vers un niveau de séroprévalence voisin de 10 % de la population générale adulte à l'horizon 2000.

Dès la fin de l'année 1986 ont été mis en place un *Programme National* et un *Comité National de Lutte contre le Sida*. Sous l'égide de l'*Organisation Mondiale de la Santé*, des plans de lutte contre l'épidémie ont suivi. Le premier *Plan à Court Terme*, puis les *Plans à Moyen Terme I et II* se sont succédés, calqués sur les plans définis par le *Global Program on AIDS* de l'OMS. Dotés au départ de très faibles moyens financiers, sans priorité clairement définies, les plans se sont étoffés grâce au soutien de bailleurs de fonds, mais ont gardé leur caractère vertical. L'actuel PMT II n'est toujours pas parvenu à décentraliser réellement ses activités. Une bonne part des crédits disponibles ont servi à améliorer des services de santé très dépourvus.

Les résultats des plans de lutte contre le sida sont inégaux, et une bonne part de leurs limites doit être rapportées à leurs promoteurs (les institutions internationales). Les résultats sont en particuliers très faibles en matière de prise en charge des personnes infectées, si bien que l'annonce de leur séropositivité aux patients infectés est encore loin d'être systématique. Les efforts de prévention de la transmission des VIH en sont rendus plus difficiles encore. La surveillance épidémiologique de l'infection à VIH et la recherche sont restées les parents pauvres de la politique de lutte contre le sida au Burkina Faso, avec de très faibles allocations de crédits.

En revanche, c'est dans le domaine de la sécurité transfusionnelle et de la promotion des préservatifs (PROMACO) que les résultats enregistrés sont les plus encourageants. Les banques de sang sont maintenant bien équipées, et les hôpitaux de provinces sont en cours d'équipement.

Les partenaires de la lutte contre le sida au Burkina Faso sont nombreux, depuis les grandes institutions onusiennes (OMS, PNUD, UNICEF, Banque Mondiale...) jusqu'aux plus petites associations locales, en passant par les coopérations bilatérales (française, allemande, anglaise, canadienne...) et les Organisations Non Gouvernementales. Encore trop souvent mal coordonnées, ces organisations déploient des efforts certains et précieux pour soutenir l'action gouvernementale dans ce domaine.

Cependant, la mobilisation sociale reste faible autour du problème du sida. Il reste encore souvent vécu comme une malédiction ou une honte dans les familles. Le tissu associatif et les initiatives privées se développent pourtant petit à petit, mais un effort de mobilisation nationale, de l'homme de la rue au responsable politique, est nécessaire pour dynamiser la lutte contre ce fléau. Pour cette tâche difficile, tous les relais administratifs, associatifs, syndicaux, et médiatiques doivent être impérativement mobilisés.

Les institutions en charge de la lutte contre le sida doivent être soutenues énergiquement par l'Etat, les opérateurs économiques locaux, et la communauté internationale. Le soutien des bailleurs de fonds est encore notoirement insuffisant. Pour 3 ans d'activités (93-95), le Burkina Faso ne dispose que de 40 millions de FF. pour l'ensemble de la lutte contre le sida, alors que dans le même temps, plus de 10 milliards de FF. auront été consacrés aux seuls soins des malades du sida en France (pays où le niveau de séroprévalence est vingt fois moindre qu'au Burkina Faso).



BIBLIOGRAPHIE

1. AINSWORTH M and MEAD OVER A. The Economic Impact of AIDS on Africa. *In* : ESSEX M, M'BOUP S, KANKI PJ, KALENGAYI MR. *AIDS in Africa*. NYC : Raven Press, 1994 : 559-88.
2. ANDERSON CD, BARRIE HJ. Fatal pneumocystosis pneumonia in an adult. Report of a case. *Am J Clin Path* 1960; 34: 365-70.
3. ANONYME. 6ème Journée Mondiale du Sida. Message de M. Christophe Dabiré, ministre de la santé de l'action sociale et de la famille. *Sidwaya* 1993; 2404: 5.
4. ANONYME. Atelier ONG et lutte contre le sida au Burkina Faso, 10 et 11 juin 1993. PPI/CNLS/MSAS, septembre 1993, 60 p.
5. ANONYME. Case study - Burkina Faso, Condom Social Marketing Project PROMACO/Prudence. *VIIIème Conférence Internationale sur le Sida et les MST, Marrakech* 1993, 17 p.
6. ANONYME. Comité National de Lutte contre le Sida, Plan à Moyen Terme II (1993-95). Ministère de la Santé, de l'Action Sociale et de la Famille. Ouagadougou, 1992: 14-15
7. ANONYME. Conférence internationale sur les soins de santé primaires. Alma-Ata, septembre 1978. *In* : *Les soins de santé primaires*, OMS-FISE, Genève, 1978, 100 p.
8. ANONYME. Géographie tropicale. *In* : GENTILINI M, DUFLO B. *Médecine Tropicale*. Paris : Flammarion Médecine-Sciences, 1986: 1-15.
9. ANONYME. Journée Mondiale Sida, Message du Ministre de la Santé. *Sidwaya* 1992; 2155: 6.
10. ANONYME. L'Initiative de Bamako. Document de présentation OMS/UNICEF 1989, 12 p.
11. ANONYME. Le sida des pauvres. Editorial. *Le Monde*, 6/5/94: 1.

12. ANONYME. Lutte contre le sida : le concours de la Communauté Internationale des Hommes d'Affaires du Plein Evangile. *Sidwaya* 1992; 2148: 7.
13. ANONYME. Programme Mondial de Lutte contre le Sida. *La pandémie mondiale de VIH/SIDA : situation actuelle. 1 juillet 1994.* WHO/GPA/TCO/SEF/juin 94. Genève, Organisation Mondiale de la Santé: 11p.
14. ANONYME. Programme Mondial de Lutte contre le Sida. *Pandémie de VIH/SIDA : Bilan 1993.* WHO/GPA/CNP/EVA/93.1. Genève, Organisation Mondiale de la Santé: non paginé.
15. ANONYME. Programme National de Lutte contre le Sida, Burkina Faso, Plan à Moyen Terme (1990-1992). Ouagadougou : Ministère de la Santé, de l'Action Sociale et de la Famille, 1989. 116 p.
16. ANONYME. Programme National de Lutte contre le Sida. Revue de la première année de mise en oeuvre du Plan à Moyen Terme. Ministère de la Santé et de l'Action Sociale. Ouagadougou, 1991: 118 p.
17. ANONYME. Rapport annuel 1989 des Statistiques socio-sanitaires. Ouagadougou, Ministère de la Santé et de l'Action Sociale, Secrétariat Général, Direction des Etudes et de la Planification, 1991. 80 p.
18. ANONYME. Recensement général de la population du Burkina Faso. Ouagadougou : Institut National de la Statistique et de la Démographie, 1985.
19. ANONYME. Special Program on AIDS. *Progress Report*, N° 7. Geneva : World Health Organization, 1991.
20. ANONYME. Special Program on AIDS. *Progress Report*, N° 7. Geneva : World Health Organization, 1991.
21. ANONYME. Statistiques nationales de l'agriculture et de l'élevage. Ouagadougou : Ministère de l'Agriculture et de l'Elevage, 1989.
22. ANONYME. The State of World's Children 1992. Genève : UNICEF, 1991.
23. ANONYME. World Bank Atlas. Washington : Banque Mondiale, 1990.

24. BAKOUAN D, GUIARD-SCHMID JB. Action incitative inter-instituts de l'OCCGE sur la Santé de la Mère et de l'Enfant. Rapport de mission : Burkina Faso. Bobo Dioulasso, *doc OCCGE*, 1991, 15 p.
25. BALIQUE H. Organisation générale des actions de santé au niveau périphérique. *In* : Rougemont A, Brunet-Jailly J et coll. *Planifier, gérer, évaluer la santé en pays tropicaux*. Paris : Doin, 1989: 107-161.
26. BARDEM I, COMPAORE G, GOBATTO I, HOURS B. Femmes célibataires en milieu urbain africain face au risque « sida »: d'une connaissance anthropologique à une politique préventive à Ouagadougou. *Soumis pour publication*.
27. BARDEM I, GOBATTO I. Les femmes célibataires analphabètes et descolarisées face au risque du sida. Une enquête à Ouagadougou. *ANRS-ORSTOM* 1993: 80 p.
28. BARI R. « Sida : la réalité » documentaire TNB, 30 mn. *Prix du Public ACCT 93*, Festival de Montréal 1993.
29. BARIN F, M'BOUP S, DENIS F, KANKI P, ALLAN JS, LEE TH, ESSEX M. Serological evidence for virus related to simian T-lymphotropic retrovirus III in residents of West Africa. *Lancet* 1985; 2: 1387-89.
30. BARRE-SINOUSSE F, CHERMANN JC, REY F, NUGEYRE MT, CHAMARET S, GRUEST J, DAUGUET C, EXLER-BLIN C, VEZINET-BRUN F, ROUZIQUX C, ROZENBAUM W, MONTAGNIER L. Isolation of a T-lymphotropic retrovirus from a patient at risk for acquired immune deficiency syndrome (AIDS). *Science* 1983; 220: 868-71.
31. BAUDON D, GUIGEMDE TR, LECAMUS L, BLANCHARD DE VAUCOULEURS A, GADELLE S, MEYNARD D, TIENDREBEOGO H, MERLIN M. Enquêtes séro-épidémiologiques sur le portage des anticorps anti-H.I.V. dans différentes populations du Burkina Faso en 1983 et 1986. *Méd Afr Noire* 1989; 36: 748-51
32. BAYLEY AC. Aggressive Kaposi's sarcoma in Zambia, 1983. *Lancet* 1984; i: 1318-20.
33. BERKLEY SF. Public Health Measures to Prevent HIV Spread in Africa. *In* : ESSEX M, M'BOUP S, KANKI P, KALENGAYI MR. *AIDS in Africa*. NYC : Raven Press 1994: 473-95.

34. BIGGAR RJ. AIDS and HIV infection : Estimates of the Magnitude of the Problem Worldwide in 1985-86. *Clin Immunol Immunopath* 1987; 45: 297-309.
35. BIGGAR RJ. The AIDS Problem in Africa. *Lancet* 1986; 1: 79-82.
36. BRUNET JB, BOUVET E, CHAPERON J *et al.* Acquired immunodeficiency syndrome in France. *Lancet* 1983; i: 700-1.
37. BRYCESON A, TOMKINS A, RIDLEY D. *et al.* HIV-2-associated AIDS in the 1970s. *Lancet* 1988; 2: 221.
38. CAMERON DW, LOURDES J, D'COSTA GM *et al.* Female to male transmission of human immunodeficiency virus type 1 : risk factors for seroconversion in men. *Lancet* 1989; ii : 403-7.
39. CARAEL M. Bilan des enquêtes CAP menées en Afrique: forces et faiblesses. *Actes de l'Atelier « Les sciences sociales face au sida »*, mars 1993. Abidjan, GIDIS-CI/ORSTOM 1993: 27-43.
40. CAZORLA A, DRAI AM, GUILLAUME JF. Sous-développement et Tiers-monde. Une approche historique et théorique. Paris : Vuibert, 1992 :192 p.
41. CDC. *Case definitions of AIDS used by CDC for epidemiology surveillance*. Atlanta, CDC, 1983a.
42. CDC. Epidemiologic aspects of the current outbreak of Kaposi's sarcoma and opportunistic infection. *N Engl J Med* 1982; 306: 248-52.
43. CDC. Pneumocystis pneumonia - Los Angeles. *MMWR* 1981; 30: 250-52.
44. CDC. Revision of the CDC surveillance case definition for acquired immunodeficiency syndrome. *JAMA* 1987; 258: 1143-54.
45. CDC. Kaposi's sarcoma and pneumocystis pneumonia among homosexual men - New York City and California. *MMWR* 1981; 30: 305-08.
46. CHEVALLIER-SCHWARTZ M. Premières analyses de la littérature en sciences sociales consacrée au sida. *Actes de l'Atelier « Les sciences sociales face au sida »*, mars 1993. Abidjan, GIDIS-CI/ORSTOM 1993: 45-70.

47. CHIN J and SATO PA. Estimates and Projections of the HIV/AIDS Epidemic in Sub-Saharan Africa. In : ESSEX M, M'BOUP S, KANKI PJ, KALENGAYI MR. *AIDS in Africa*. NYC : Raven Press, 1994 : 251-67.
48. CLAVEL F, GUETARD D, BRUN-VEZINET F *et al.* Isolation of a new human retrovirus from West African patients with AIDS. *Science* 1986; 233: 343-46.
49. CLAVEL F, GUYADER M, GUETARD D *et al.* Molecular cloning and polymorphism of the human immune deficiency virus type 2. *Nature* 1986; 324: 691-95.
50. CLUMECK N, MASCART-LEMONE F, de MAULBEUGE J, BRENEZ D, MARCELLIS L. Acquired immune deficiency syndrome in black africans. *Lancet* 1983; i: 642.
51. CROS M. Communication orale. Colloque « Anthropologie et sida », Aix-en-Provence, 18-20 mai 1994.
52. DE LA GUERIVIERE J. Le coup d'état contre le capitaine Sankara. *Le Monde*, 17/10/87.
53. DE LA GUERIVIERE J. Un trublion dans un ancien pays modèle. *Le Monde*, 17/10/87.
54. DESMARTHON M. GTZ, 1993. Etude non publiée.
55. DESTEXHE A. Crise économique et financement de la santé. *Pol Afr* 1987; 28: 53-64.
56. DOWNING RG, ELGIN RP, BAYLEY AC. African Kaposi's sarcoma and AIDS. *Lancet* 1984; i: 478-80.
57. DOZON JP, FASSIN D. Raisons épidémiologiques et raison d'Etat. Les enjeux socio-politiques du sida en Afrique. *Scien Soc Santé* 1989; 7: 21-36.
58. DOZON JP. Ce que valoriser la médecine traditionnelle veut dire. *Pol Afr* 1987; 28: 9-20.
59. DUBOIS MC. Etude des facteurs de risque de malnutrition en milieu urbain à Bobo Dioulasso (Burkina Faso). Direction de la Santé Urbaine, Bobo Dioulasso 1991, 50 p.
60. FASSIN D. La mémoire courte. Coopération internationale et lutte contre le sida en Afrique. *Soc Afr sida* 1994; 5: 2-3.
61. FASSIN D. Le domaine privé de la santé publique. Pouvoir, politique et sida au Congo. A paraître dans *Ann ESC* 1994: n°3; 35 p.

62. FISCHL MA, RICHMAN DD, GRIECO MH et al. The efficacy of azidothymidine (AZT) in the treatment of patients with AIDS and AIDS-related complex. *N Engl J Med* 1987; 317: 185-91.
63. FRALON JA. Burkina Faso : après le coup d'état. *Le Monde*, 18-19/10/87.
64. FRALON JA. La voie étroite du Capitaine Compaoré, *Le Monde*, 27/10/87.
65. FRALON JA. Rectification au Burkina Faso, *Le Monde*, 14/09/88.
66. GALLO RC and MONTAGNIER L. The chronology of AIDS research. *Nature* 1987; 326: 435-36.
67. GALLO RC, SALAHUDDIN SZ, POPOVIC M et al. Frequent detection and isolation of cytopathic retrovirus (HTLV-III) from patients with AIDS and at risk for AIDS. *Science* 1984; 224: 500-03.
68. GAYLE HD, HEYWARD WL, NZILAMBI N. HIVs and AIDS in Central Africa. In : ESSEX M, M'BOUP S, KANKI P, KALENGAYI MR. *AIDS in Africa*. NYC : Raven Press, 1994: 651-67.
69. GAZIN P. Etat nutritionnel des enfants de la ville de Bobo Dioulasso et d'une zone rurale de l'ouest Burkinabè. *Méd Trop* 1987; 47: 1.
70. GERSHI-DAMET GM, KOFFI K, SORO B et al. Seroepidemiological survey of HIV-1 and HIV-2 in the five regions of Ivory Coast. *AIDS* 1991; 5: 462-3.
71. GIRARD R. Tristes chimères (SIDA). Paris : Grasset, 1987.
72. GREENFIELD WR. Night of the living death : slow virus encephalopathies and AIDS. Do necromantic zoombiists transmit HTLV-III/LAV during voodooistic rituals ? *J. Amer. Med. Ass.* 1986; 256: 2199-200. LEONIDAS et HYPPOLITE ; MOSES et MOSES, repris par Paul FARMER (Harvard University), colloque « Anthropologie et sida », Aix-en-Provence, 18-20 mai 1994.
73. GRMEK MD. AIDS/SIDA : la maladie des quatre H. In : GRMEK MD. *Histoire du sida, début et origine d'une pandémie actuelle*. Paris : Payot, 1990: 67-85.
74. HENRY WA. The appalling saga of patient zero. *Time Magazine* 1987; (19/10/87): 42.

75. HYMES KB, GREENE JB, MARCUS A *et al.* Kaposi's sarcoma in homosexual men. A report of eight cases. *Lancet* 1981; 2: 598-600.
76. JORGENSON KA. et LAWESSON SO. Amyl nitrite and Kaposi's sarcoma in homosexual men. *N Engl J Med* 1982; 307: 893-94.
77. KAMBOU S. Plus de panique que de mal au Burkina. Rencontre avec le Ministre de la Santé. *Carrefour Africain* 27/3/1987; 980: 13.
78. KANKI P, M'BOUP S, RICARD D, BARIN F, DENIS F, BOYE C, SANGARE L, TRAVERS K, ALBAUM M, MARLINK R, ROMET-LEMONE JL, ESSEX M. Human T-Lymphotropic Virus Type 4 and the Human Immunodeficiency Virus in West Africa. *Science* 1987; 236: 827-31.
79. KONOTEY-AHULU F. AIDS in Africa : Misinformation and Disinformation. *Lancet* 1987; i: 206-7.
80. LAGA M, ALARY M, NZILAMBI N *et al.* Condom promotion, sexually transmitted diseases treatment, and declining incidence of HIV-1 infection in female Zairian sex workers. *Lancet* 1994; 344: 246-8.
81. LANKOANDE S, ROCHEREAU A, MUGRDITCHIAN D *et al.* Aetiology of genital symptoms among STD male patients, barmaids and prostitutes in Bobo Dioulasso, Burkina Faso. *International Congress for Infectious Diseases*, Nairobi 1992, abstract.
82. LOMPO K, HUTIN YJF, TRAORE G, TALL F, GUIARD-SCHMID JB, YAMEOGO G, FABRE-TESTE B. Morbidité et mortalité liées aux évacuations sanitaires d'obstétrique à l'hôpital de Bobo Dioulasso, Burkina Faso. *Ann Soc belge Méd trop* 1993; 73: 153-63.
83. MALKIN JE, PRAZUCK T, YAMEOGO M *et coll.* Infection à VIH et Tuberculose au Burkina faso. Etude longitudinale. *VIème Conférence Internationale sur le Sida en Afrique*, Dakar 1991, abstract.
84. MALKIN JE, YAMEOGO M, PRAZUCK T *et al.* HIV infection in a cohort of Tuberculosis patients in Burkina Faso : final results. *VII International Conference on AIDS*, Florence 1991, abstract.

85. MANN J, QUINN TC, PIOT P *et al.* Condom use and HIV infection among prostitutes in Zaire. *N Engl J Med* 1987; 316: 345.
86. MASUR H, MICHELIS MA, GREENE J *et al.* An outbreak of community-acquired *Pneumocystis Carinii* pneumonia. Initial manifestation of cellular immune dysfunction. *N Engl J Med* 1981; 305: 1431-38.
87. MEDA N, LEDRU S, FOFANA M *et coll.* MST et infection par le VIH chez des femmes en âge de procréer présentant des symptômes d'infections génitales à Bobo Dioulasso, Burkina Faso. *VIIIème Conférence Internationale sur le Sida et les MST, Marrakech* 1993, abstract.
88. NAHMIAS AJ, WEISS J, YAO X *et al.* Evidence for human infection with an HTLV-III/LAV-like virus in Central Africa, 1959. *Lancet* 1986; 1: 1279-80.
89. NANA H. Séminaire sur le sida. « La collaboration scientifique et biblique est possible pour vaincre le sida », déclare l'évangéliste Idrissa Sanou. *Sidwaya* 1992; 2115: 7.
90. NAU JY. Les agences des Nations unies vont s'associer pour créer un programme mondial de lutte contre le sida. *Le Monde*, 13/08/94 : 7.
91. NELSON AM and KALENGAYI MR. The Pathology of AIDS in Africa. *In* : ESSEX M, M'BOUP S, KANKI PJ, KALENGAYI MR. *AIDS in Africa*. NYC : Raven Press, 1994 : 283-323.
92. NGUGI EN, PLUMMER FA, SIMONSEN JN *et al.* Prevention of transmission of human immunodeficiency virus in Africa : effectiveness of condom promotion and health education among prostitutes. *Lancet* 1988; ii: 887-90.
93. NICHOLS PW. Letter to the Editor. *N Engl J Med* 1982; 306: 934-35.
94. OUEDRAOGO IB. Facteurs évitables de la mortalité maternelle. Thèse de Doctorat en Médecine, Ecole Supérieure des Sciences de la Santé, Université de Ouagadougou, 1989, 86 p. (n°9).
95. OUEDRAOGO LH, LORENZ N, BAKOUAN D *et al.* HIV baseline study in the general population of Gorom-Gorom, Burkina Faso. *VIème Internationale Conférence on AIDS, San Francisco* 1990 (abstract FC595)

96. PIOT P, QUINN TC, TAELEMAN H *et al.* Acquired immunodeficiency syndrome in a heterosexual population in Zaïre. *Lancet* 1984; 2: 65-9.
97. PRAZUCK T, CAUCHOIX B, YAMEOGO M *et coll.* Impact de l'épidémie de sida sur le programme de lutte anti-tuberculeuse dans l'ouest du Burkina Faso. *VIème Conférence Internationale sur le Sida en Afrique, Dakar* 1991, abstract.
98. PRAZUCK T, GUIARD-SCHMID JB, YAMEOGO JMV *et coll.* Transmission materno-infantile de VIH-1, VIH-2 et doubles profils dans l'ouest du Burkina Faso. *VIème Conférence Internationale sur le Sida en Afrique, Dakar, 1991* (abstract MA269).
99. PRAZUCK T, TALL F, NACRO B *et al.* HIV infection and severe malnutrition : a clinical and epidemiological study in Burkina Faso. *AIDS* 1993; 7: 103-8.
100. QUINN TC, MANN JM, CURRAN JW, PIOT P. AIDS in Africa : An Epidemiologic Paradigm. *Science* 1986; 234: 955-63.
101. ROCHEREAU A, LANKOANDE S, YAMEOGO M *et coll.* Surveillance sérologique des infections à VIH dans trois populations sentinelles à Bobo Dioulasso. *VIème Conférence Internationale sur le Sida en Afrique, Dakar* 1991 (abstract TA105).
102. SANGARE L, KANKI P, SOUDRE R *et coll.* Statut sérologique d'une population de prostituées doublement exposées aux HIV1 et HIV2 au Burkina Faso. *Vème Conférence Internationale sur le SIDA, Montréal* 1989, abstract.
103. SANGARE L, LUKI N, TRAVERS K *et al.* Infection à VIH chez les femmes enceintes à Bobo dioulasso (Burkina Faso). *VIème Conférence Internationale sur le Sida en Afrique, Dakar* 1991 (abstract MA286).
104. SANGARE L, M'BOUP S, KANKI P *et al.* HIV and related human retroviruses seroprevalence in Ouagadougou, Burkina Faso. *II Int. Symp. on « AIDS and associated Cancers in Africa »*, Naples, Italy, october 1987 (abstract TH18).
105. SEDGO F. *Mon livret SIDA*. Rome : Aracne, 1992: 38 p.
106. SEDGO F. *SIDA, prévention, éducation, solidarité*. Rome : Unitor, 1991: 161 p.

- 107.SEGAL J, SEGAL L, DEHMLow R. AIDS : its nature and origine. *Article distribué aux congressistes lors du Sommet des Pays Non Alignés de Harare (Zimbabwe) en septembre 1986.*
- 108.SELIGMAN M, WARREL DA, ABOULKER JP and the Concorde Coordinating Committee. Concorde : MRC/ANRS randomised double-blind controlled trial of immediate and deferred zidovudine in symptom-free HIV infection. *Lancet* 1994; 343:871-81.
- 109.SERWADDA D, MUGERWA RD, SEWANKAMBO NK *et al.* Slim Disease : a new disease in Uganda and its association with HTLV-III infection. *Lancet* 1985; ii: 849-52.
- 110.SICARD JM, TALL F, LEDRU E *et coll.* Validation d'une définition d'un cas clinique de SIDA pédiatrique en Afrique de l'Ouest. *IIèmes Journées Scientifiques du Houet, Bobo Dioulasso 1993.* Communication orale.
- 111.TALL F, PRAZUCK T, SANOU T *et coll.* Etude de l'infection VIH chez les enfants malnutris en milieu hospitalier pédiatrique (Burkina Faso). *Péd Afr* 1992; 4: 9-11.
- 112.TALL F, PRAZUCK T, SANOU T *et coll.* Etude de l'infection VIH chez les enfants malnutris en milieu hospitalier pédiatrique (Burkina Faso). *VIème Conférence Internationale sur le Sida en Afrique, Dakar 1991,* abstract.
- 113.TALL F, SICARD JM, LEDRU E *et coll.* Prévalence de l'infection VIH chez les enfants hospitalisés à Bobo Dioulasso et étude d'une définition clinique. *VIIIème Conférence Internationale sur le Sida et les MST, Marrakech 1993,* abstract.
- 114.TARI M, BUTEL MC, COLIN DE VERDIERE M, LEANDRE E, LONGERINAS J, RAISON J, TRANCHANT P. *L'aide française au Burkina Faso.* Paris : Ministère de la Coopération et du Développement 1989: 100 p.
- 115.TESTA J, CROCHET M, Eustache R *et coll.* Enquête sur les connaissances, attitudes pratiques et croyances sur le sida chez les chauffeurs routiers du Burkina Faso. *Cahiers Santé* 1992; 2: 330-4.
- 116.TIENDREBEOGO H, SOUDRE RB, CATALAN F. Prévalence de l'infection par le VIH dans un groupe à risques au Burkina Faso. *Med Afr Noire* 1988: 35; 27-30.

- 117.TOME A. Conférence Ambassadeurs Pour Christ, comment éviter le sida. *Le Pays* 1992; 305: 3.
- 118.VAN DE PERRE P, ROUVROY D, LEPAGE P *et al.* Acquired immunodeficiency syndrome in Rwanda. *Lancet* 1984; 2: 62-5.
- 119.WENDLER I, SCHNEIDER J, GRAS B *et al.* Seroepidemiology of Human Immunodeficiency Virus in Africa. *Br Med J* 1986; 293: 782-85.
- 120.WILLIAMS G, STRETTON TB, LEONARD JC. AIDS in 1959 ? *Lancet* 1983; II: 1136.
- 121.YAMEOGO M, LEDRU E, CAUCHOIX B *et coll.* Mycobactéries et infection à VIH chez des tuberculeux pulmonaires à Bobo Dioulasso, Burkina Faso. *VIIIème Conférence Internationale sur le Sida et les MST, Marrakech* 1993, abstract.
- 122.ZANGRE B. Confidences du ministre de la Santé : 450.000 séropositifs au Burkina Faso. *Observateur Paalga* 1993; 3520: 4-7.



SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence de mes maîtres de cette école, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser les crimes.

Reconnaissant envers mes maîtres, je tiendrai leurs enfants et ceux de mes confrères pour des frères et s'ils devaient entreprendre la Médecine ou recourir à mes soins, je les instruirai et les soignerai sans salaire ni engagement.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir heureusement de la vie et de ma profession, honoré à jamais parmi les hommes. Si je la viole, et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

TABLE DES MATIERES

1. Introduction	14
2. Présentation du Burkina Faso	17
2.1 Introduction	18
2.2 Données géographiques et climatiques	19
2.2.1 Situation géographique	19
2.2.2 Réseau hydrographique	19
2.2.3 Climat, précipitations, températures	19
2.2.4 Ecosystèmes	20
2.3 Données démographiques	21
2.3.1 Population	21
2.3.2 Indicateurs démographiques	21
2.3.3 Mouvements migratoires	22
2.4 Données socio-économiques :	23
2.4.1 Généralités sur le contexte économique	23
2.4.2 Indicateurs économiques	24
2.4.3 Difficultés socio-économiques	25
2.4.3.1 Agriculture	25
2.4.3.2 Ressources minières	26
2.4.3.3 Ressources énergétiques	26
2.4.3.4 Production industrielle	27
2.4.3.5 Secteur commercial	27
2.4.3.6 Situation de l'emploi	27
2.4.3.7 Forte dépendance vis à vis de l'extérieur	28
2.4.3.8 Contrainte de l'endettement extérieur	28
2.5 Données socioculturelles	29
2.5.1 Sociétés et Populations	29
2.5.2 Langues	30
2.5.3 Religions	30
2.5.4 Enseignement, scolarisation, alphabétisation	31
2.5.5 Villes	32
2.6 Infrastructures	34
2.6.1 Services	34
2.6.2 Transports	34
2.6.3 Tourisme	35
2.6.4 Radiotélévision et Presse :	35
2.7 Données historiques	37
2.7.1 Le Burkina Faso avant l'indépendance	37
2.7.2 Le Burkina Faso après l'indépendance	37
2.7.3 L'expérience révolutionnaire	38
2.7.4 L'après révolution et la III ^{ème} république	39
2.8 Données administratives	40
2.8.1 Organisation administrative	40
2.9 La santé au Burkina Faso	41

2.9.1 Généralités	41
2.9.2 Les grands problèmes de santé	42
2.9.2.1 Quelques indicateurs ⁶	42
2.9.2.2 Principales pathologies	43
2.9.3 Système de santé	44
2.9.3.1 Organisation politico-administrative	44
2.9.3.2 Services de santé	44
2.9.3.3 Personnel de santé	47
2.9.3.4 Planification des actions de santé	47
2.9.4 Financement des services de santé	49
2.9.5 La santé : un lourd poids pour les populations	50
2.9.5.1 Politique de recouvrement des coûts	50
2.9.5.2 Assurance maladie	51
2.9.5.3 Médicaments	51
2.9.6 La médecine traditionnelle	52
3. Historique du sida dans le monde et au Burkina Faso	53
3.1 Introduction	54
3.2 De la découverte de l'épidémie à la mise au point des tests sérologiques	55
3.2.1 Premières observations américaines	55
3.2.2 Premières observations en Europe	56
3.2.3 Premières observations en Afrique	56
3.2.4 Syndrome d'Immuno-Déficience Acquise, SIDA	57
3.2.4.1 Etiologie du sida	57
3.2.4.2 Découverte des VIH	58
3.3 Découverte de la pandémie	59
3.3.1 Développement des connaissances sur la maladie et la transmission des VIH	59
3.3.2 Extension de l'épidémie	60
3.3.2.1 Amérique du nord	60
3.3.2.2 Europe, France	60
3.3.2.3 Continent africain	60
3.3.2.4 Burkina Faso	61
3.3.3 Origine du sida	62
3.3.3.1 Conséquences en Afrique	63
3.3.3.2 Le cas du Burkina Faso	63
3.4 Organisation de la lutte contre le sida	65
3.4.1 Rôle de l'OMS	65
3.4.2 Programmes nationaux de lutte contre le sida	65
3.4.3 Burkina Faso	66
3.4.4 Evolution de la lutte contre le sida	67
3.5 Recherche thérapeutique et vaccinale	68
3.5.1 Recherche fondamentale	68
3.5.2 Traitements	68
3.5.3 Vaccins	69
3.6 Situation actuelle de la pandémie	70
3.6.1 Zone Australie-Amérique du nord-Europe	70
3.6.2 Zone Amérique latine-Caraïbes	70
3.6.3 Afrique sub-saharienne	71
3.6.4 Asie et Pacifique	71
3.6.5 Autres zones	71
3.6.6 Cas particulier de l'Afrique de l'Ouest	71
4. Epidémiologie de l'infection à VIH au Burkina Faso.	73
4.1 Introduction	74
4.2 Enquêtes de séroprévalence en population générale	75
4.2.1 Population générale	75

4.2.2 Femmes enceintes	76
4.2.2.1 Enquêtes diverses	76
4.2.2.2 Enquête de Banfora	77
4.2.2.3 Enquête nationale de 1989	78
4.2.2.4 Etudes récentes	79
4.3 Enquêtes de séroprévalence ciblées	80
4.3.1 Patients adultes atteints de Maladies Sexuellement Transmissibles (MST)	80
4.3.2 Prostituées	81
4.3.3 Enfants et adolescents	82
4.3.4 Patients atteints de Tuberculose	83
4.3.5 Prisonniers	84
4.3.6 Donneurs de sang	84
4.3.7 Militaires	85
4.3.8 Malades hospitalisés	86
4.4 Déclaration officielle des cas de sida au Burkina Faso :	87
5. Politique de lutte contre le sida au Burkina Faso	89
5.1 Introduction	90
5.2 Comité National de Lutte anti-SIDA	91
5.3 Programme de lutte contre les MST, le sida y compris	91
5.4 Plan à Court Terme	92
5.4.1 Contexte, objectif général du PCT	92
5.4.2 Place du PCT dans la lutte contre le sida	93
5.4.3 Objectifs spécifiques	93
5.4.3.1 Evaluer la prévalence des infections à VIH	93
5.4.3.2 Prévention de la transmission de l'infection par les VIH	94
5.4.3.2.1 Transmission par voie sexuelle	94
5.4.3.2.2 Transmission par voie sanguine	95
5.4.3.2.3 Transmission iatrogène	96
5.4.3.2.4 Transmission par des pratiques non médicales	97
5.4.3.3 Renforcement des capacités diagnostiques	98
5.4.3.4 Amélioration de la prise en charge médicale, psychologique et sociale des malades atteints de sida et des séropositifs	99
5.4.3.5 Création d'un centre de référence et de documentation sur les MST et le sida	99
5.4.3.6 Elaboration d'un plan de lutte contre le sida et les MST à moyen terme	99
5.4.3.7 Modification du Comité National de Lutte contre le Sida	100
5.4.4 Commentaires	101
5.4.4.1 Evaluer la prévalence	101
5.4.4.2 Prévention de la transmission des VIH	102
5.4.4.3 Prise en charge	103
5.4.4.4 Modifications du CNLS	103
5.5 Financement du Plan à Court Terme	104
5.5.1 Rôles des bailleurs de fonds	104
5.5.2 Principaux partenaires	105
5.5.2.1 OMS	105
5.5.2.2 USAID	105
5.5.2.3 G.T.Z.	105
5.5.2.4 Coopération française	105
5.6 Evaluation du Plan à Court Terme	106
5.6.1 Surveillance épidémiologique de l'infection à VIH	106
5.6.2 Commentaires	107
5.6.3 Prévention de la transmission sexuelle des VIH	107
5.6.4 Commentaires	108
5.6.5 Prévention de la transmission sanguine	108
5.6.6 Commentaires	109

5.6.7	Prévention de la transmission iatrogène	109
5.6.8	Renforcement des capacités diagnostiques	110
5.6.9	Création du Centre de Référence et de Documentation sur le Sida et les MST	110
5.7	Conclusions sur le Plan à Court Terme	110
5.8	Plan à Moyen Terme (I)	112
5.8.1	Contexte, objectifs généraux	112
5.8.2	Objectifs spécifiques	113
5.8.2.1	Prévention de la transmission sexuelle du VIH et des autres MST	113
5.8.2.1.1	Actions en direction du grand public	113
5.8.2.1.2	Actions en direction des « groupes organisés »	114
5.8.2.1.3	Actions en direction des personnes à partenaires multiples et des personnes infectées par les VIH	115
5.8.2.1.4	Programme de promotion des préservatifs	115
5.8.2.2	Commentaires	115
5.8.2.3	Prévention de la transmission par voie sanguine	116
5.8.2.4	Prévention de la transmission des VIH de la mère à l'enfant	117
5.8.2.5	Commentaires	117
5.8.2.6	Amélioration de la prise en charge des personnes infectées par le VIH	117
5.8.2.7	Commentaires	118
5.8.2.8	Mesurer les tendances évolutives de l'épidémie	119
5.8.2.9	Coordonner et promouvoir la recherche	120
5.8.2.10	Gestion et coordination de la lutte contre le sida et les MST. Proposition de modification du Comité National de Lutte contre le Sida et les MST	120
5.8.2.11	Commentaires	122
5.8.3	Evaluation du PMT	122
5.8.4	Budget du PMT	123
5.8.4.1	Description	123
5.8.4.2	Commentaires	125
5.8.5	Mise en oeuvre du PMT	125
5.8.6	Revue du PMT	126
5.8.6.1	Problèmes identifiés par la Revue	126
5.8.6.2	Reprogrammation du PMT	128
5.8.7	Résultats du PMT	128
5.8.7.1	Surveillance épidémiologique	128
5.8.7.2	Sécurité transfusionnelle, laboratoires	129
5.8.7.3	Prise en charge	129
5.8.7.4	Programme IEC	130
5.9	Conclusions sur le Plan à Moyen Terme (I)	131
5.10	Plan à Moyen Terme (II)	132
5.10.1	Généralités	132
5.10.2	Objectifs spécifiques	132
5.10.2.1	Information, Education, Communication	132
5.10.2.1.1	Orientations	132
5.10.2.1.2	Grand public, groupes cibles	133
5.10.2.1.3	Promotion du préservatif	134
5.10.2.1.4	Programme de lutte contre les maladies sexuellement transmissibles	134
5.10.2.2	Prévention de la transmission par voie sanguine	135
5.10.2.3	Prévention de la transmission périnatale des VIH	136
5.10.2.4	Prise en charge des personnes infectées par les VIH	136
5.10.2.5	Coordonner et promouvoir la recherche	136
5.10.2.6	Suivi d'impact et surveillance de l'épidémie	137
5.10.2.7	Gestion et coordination de la lutte contre le sida et les MST	137
5.10.3	Budget prévisionnel du PMT II	137
5.10.4	Mise en oeuvre du PMT II	138
5.10.5	Revue de la première année du PMT II	139
5.10.6	Conclusions de la revue	140
5.10.6.1	Modifications du CNLS	140
5.10.7	Conclusions sur le Plan à Moyen Terme II	142

6. Partenaires de la lutte contre le sida au Burkina Faso	144
6.1 Introduction	145
6.2 Les agences de coopération multilatérale	146
6.2.1 Organisation Mondiale de la Santé	146
6.2.2 Banque Mondiale	146
6.2.3 Communauté Economique Européenne	147
6.2.4 Croix Rouge Burkinabè	148
6.3 Les agences de coopération bilatérales	149
6.3.1 Mission Française de Coopération et d'Action Culturelle	149
6.3.2 United States Agency for International Development (USAID) :	150
6.3.2.1 USAID et Santé au Burkina Faso	150
6.3.2.2 Projet de Marketing des Condoms, PROMACO/Prudence	151
6.3.3 Coopération allemande (<i>Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit, GTZ</i>)	155
6.3.4 Agence de coopération britannique OXFAM	157
6.4 Les Organisations Non Gouvernementales	157
6.4.1 Projet Femmes et Santé : Institut Panafricain de Développement	157
6.4.2 Plan de Parrainage International, Burkina Faso (PPI-BF)	159
6.4.3 Coordination Nationale des ONG et Associations de Lutte contre le Sida :	160
6.4.4 Association Française des Volontaires du Progrès (AFVP)	161
6.4.5 Save The Children Found (United Kingdom), SCF(UK)	162
6.5 Les associations locales auto-promues	163
6.5.1 Amicale Burkinabè des Infirmières (ABI):	163
6.5.2 Association African Solidarity (ex Club UNESCO),	164
6.5.3 Association SOS-Sida Jeunesse Mobilisée	165
7. Autres intervenants dans la lutte contre le sida au Burkina Faso	166
7.1 Introduction	167
7.2 Organisations confessionnelles, institutions religieuses	168
7.2.1 Contexte, place des mouvements religieux	168
7.2.2 L'Eglise Catholique	169
7.2.3 L'islam	172
7.2.4 Eglises protestantes, évangélistes et autres mouvements messianiques	173
7.3 Ordre des médecins	173
7.4 Média	174
7.4.1 Presse écrite	174
7.4.2 Télévision	176
7.4.2.1 Télévision Nationale du Burkina	176
7.4.2.2 CNIÉC (ex Direction de l'Education Sanitaire et de l'Assainissement)	177
7.4.3 Radios	178
8. Analyse critique	179
8.1 Le sida : un nouveau problème de santé publique	180
8.2 Situation épidémiologique du VIH/sida	182
8.2.1 Ancienneté et origine de l'infection à VIH	182
8.2.2 Evolution de 1986 à 1994	182
8.2.3 Situation actuelle et projections	184
8.2.4 Déclaration officielle des cas de sida	185
8.2.5 Conclusions	185
8.3 Politique de lutte contre le sida	186
8.3.1 Tutelle de l'OMS	186
8.3.2 Rôle des bailleurs de fonds	186
8.3.3 Programme National et plans de lutte contre le sida	187
8.3.3.1 Commentaires généraux	187

8.3.3.2 Résultats par objectifs	190
8.3.3.2.1 Surveillance épidémiologique	190
8.3.3.2.2 Prise en charge	190
8.3.3.2.3 Prévention	192
8.3.3.2.4 Recherche	194
8.3.3.3 Structures, gestion et coordination de la lutte contre le sida	195
8.4 Intervenants dans la lutte contre le sida	197
9. Conclusion	199

BON A IMPRIMER N° 62

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE

Vu, le Doyen de la Faculté

VU et PERMIS D'IMPRIMER

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ

RESUME

L'extension de l'épidémie de sida sur le continent africain est très rapide. En dix ans, elle est devenue un des problèmes majeurs de santé publique.

Nous avons étudié, sous divers aspects, cette épidémie au Burkina Faso, pays d'Afrique de l'ouest. L'historique de l'affection démarre en 1985, avec la découverte des premiers cas de malades. Nous avons réunis les travaux épidémiologiques réalisés sur l'infection à VIH dans ce pays, pour tenter d'en tirer des estimations de la séroprévalence en population générale adulte (5 à 7 %) et du nombre total de séropositifs (500.000 environ).

Notre recherche a porté sur la politique de lutte contre le sida, ses étapes successives, ses acquis et ses insuffisances. Les partenaires officiels et les divers intervenants de la lutte contre le sida font l'objet d'un développement.

En analyse critique, nous montrons que le sida est un grave problème de santé publique pour le Burkina Faso. La lutte contre le sida nécessite une mobilisation de toutes les forces sociales du pays et un soutien massif des bailleurs de fonds.

Mots clefs

Afrique

Burkina Faso

Sida

Epidémiologie

Politique de santé

