

ANNALES DE LA SOGGO

SOCIETE GUINEENNE DE GYNECOLOGIE - OBSTETRIQUE

Semestriel ■ Volume 7 ■ N° 18 (2012)



(GYNECOLOGIE - OBSTETRIQUE, REPRODUCTION HUMAINE)

MEMBRE DE LA SOCIÉTÉ AFRICAINE DES GYNÉCOLOGUES OBSTÉTRICIENS (SAGO)
ET DE LA FÉDÉRATION INTERNATIONALE DE GYNÉCOLOGIE OBSTÉTRIQUE (FIGO)

Directeur de publication

Mamadou Saliou Diallo

Rédacteur en chef

Namory Keita

Rédacteur en chef adjoint

Telly Sy

Comité de parrainage

Ministre de l'ESRS

Ministre de la Santé

Recteur Université de Conakry

Doyen FMPOS

M Kabba Bah

M Kader

P Diallo

E Alihonou

F Diadhio

MK Bohoussou

C Welfens Ekra

M M Sall (CAMES)

A Gouazé (CIDMEF)

G Osagie (Nigeria)

Comité de rédaction

MS Diallo

N Keita

MD Baldé

Y Hyjazi

FB Diallo,

F Traoré (Pharmacologie)

T Sy

AB Diallo

Y Diallo

M Cissé (Dermatologie)

M Doukouré (Pédopsychiatrie)

ML Kaba (Néphrologie)

OR Bah (Urologie)

NM Baldé (Endocrinologie)

A Touré (Chirurgie Générale)

LM Camara (Pneumo-phtisiologie)

Comité de lecture

E Alihonou (Cotonou)

K Akpadza (Lomé)

M A Baldé (Pharmacologie)

G Body (Tours)

M B Diallo (Urologie)

M D Baldé (Conakry)

N D Camara (Chirurgie)

CT Cissé (Dakar)

A B Diallo (Conakry)

F B Diallo (Conakry)

M S Diallo (Conakry)

A Dolo (Bamako)

A Fournié (Angers)

Y Hyjazi (Conakry)

N Keita (Conakry)

YR Abauleth (Abidjan)

M Koulibaly (Conakry)

J Lankoande (Ouagadougou)

Lekey (Yaoundé)

JF Meye (Libreville)

JC Moreau (Dakar)

A Diouf (Dakar)

RX Perrin (Cotonou)

F Traoré (Conakry)

Recommandations aux auteurs

La revue Annales de la SOGGO est une revue spécialisée qui publie des articles originaux, des éditoriaux, des mises au point, des cas cliniques et des résumés de thèse dans les domaines de la gynécologie obstétrique et de reproduction humaine.

Conditions générales de publication

Les articles n'engagent que la responsabilité de leurs auteurs. Les manuscrits des articles originaux ne doivent avoir fait l'objet d'aucune publication antérieure ni être en cours de publication dans une autre revue. Les manuscrits doivent être dactylographiés en double interligne, de police de caractère 12 minimum, style Times New Roman, 25 lignes par page maximum, le mode justifié, papier blanc recto seulement et adressés en deux exemplaires et une version électronique sur CD, clé USB ou par Email à la rédaction aux adresses suivantes :

1. Professeur Namory Keita

Maternité Donka CHU de Conakry

BP : 921 Conakry (Rép. de Guinée)

Tel. : (224) 64 45 79 50

Email : namoryk52@yahoo.fr

2. Professeur Agrégé Telly Sy

Maternité Ignace Deen CHU de Conakry

BP : 1478 Conakry (Rép. de Guinée)

Tel. : (224) 62 21 70 86 ; (224) 64 23 37 30

Email : [syttelly@yahoo.fr](mailto:sytelly@yahoo.fr)

Tous les manuscrits sont adressés pour avis de façon anonyme à deux lecteurs. Une fois acceptés les articles corrigés doivent être accompagnés des frais de correspondance et de rédaction qui s'élèvent à 50000 F CFA.

Présentation des textes

La disposition du manuscrit d'un article original est la suivante : titre (avec auteurs et adresse), résumé (en français et en anglais), introduction, matériel et méthodes, résultats, discussion, références, tableaux et figure. La longueur des manuscrits ne doit pas dépasser, références non comprises 12 pages pour les articles originaux, 4 pages pour les cas cliniques et mises au point.

Toutes les pages seront numérotées à l'exception de la page des titres et des résumés.

- Page de titre : elle comporte :
 - Un titre concis, précis et traduit en anglais
 - Les noms et initiales des prénoms des auteurs
 - L'adresse complète du centre dans lequel le travail a été effectué
 - L'adresse complète de l'auteur à qui les correspondances doivent être adressées
 - Résumé : le résumé de 250 mots en français et en anglais figure après la page des titres sur des pages distinctes avec le titre sans le nom des auteurs. Le résumé doit comporter de manière succincte le but, la méthodologie, les principaux résultats et la conclusion.
 - Références : les références sont numérotées selon l'ordre de leur appel dans le texte. Leur nombre ne doit pas dépasser 20 pour les articles originaux, 10 pour les cas cliniques et 30 pour les mises à jour. Elles doivent indiquer les noms de tous les auteurs si leur nombre ne dépasse pas six, au-delà, il faut indiquer les 3 premiers suivis de la mention et al.. Les abréviations des titres des journaux doivent être celles qui sont trouvées dans l'Index Medicus, par exemple :
 - Pour une revue:
1. Sy T, Diallo AB, Diallo Y. et al. : Les évacuations obstétricales : aspects épidémiologiques, pronostiques et économiques à la Clinique Gynécologique et

Obstétricales du CHU Ignace DEEN. *Journal de la SAGO* 2002; 3(2): 7- 11

- Pour une contribution à un livre:
2. Berland M. Un état de choc en début de travail : conduite à tenir. In : Lansac J, Body G : Pratique de l'accouchement. Paris. SIMEP. 2^{ème} éd. 1992 : 218-225
 - Pour un livre:
 3. Lansac J, Body G. Pratique de l'accouchement. Paris. SIMEP. 2^{ème} éd. 1992 : 349.
 - Pour une thèse:
 4. Bah A . Les évacuations obstétricales : aspects épidémiologiques et pronostic à la clinique de gynécologie obstétrique du CHU Ignace Deen. Thèse méd, Univ Conakry 2001; 032/03 04 : 165p
- Tableaux, figure et légendes : leur nombre doit être réduit au strict minimum nécessaire à la compréhension du texte. Les tableaux seront numérotés en chiffres romains et les figures en chiffres arabes. Ils doivent être appelés dans le texte.

Après acceptation définitive de l'article, des modifications mineures portant sur le style et les illustrations pourront être apportées par le comité de rédaction sans consulter l'auteur afin d'accélérer la parution dudit article.

Le comité de rédaction

SOMMAIRE

ARTICLES ORIGINAUX

Épidémiologie des agressions sexuelles sur mineur à Dakar.

Soumah MM, Bah H, Ndiaye M, Savy DF, Dia SA, Gaye Fall MC, Sow ML.....1 - 8

Le Misoprostol par voie rectale dans les hémorragies de La délivrance. Une étude préliminaire.

Leno DWA, Sy T, Soumah AFM, Camara MK, Thera R, Keita N.....9 - 12

Indications et pronostic de la césarienne chez les patientes séropositives au VIH dans le service de gynécologie obstétrique du CHUGabriel Toure entre 2003 et 2009

Traore Y, Traore Dicko F, Teguede I, Mounkoro N, Togo A, Djire MY, Sissoko A, Diallo A, Bagayoko MA, Dolo T, Dolo A.....13 - 18

Épidémiologie et caractéristiques cliniques de la ménopause à Cotonou

Epidemiology and clinical characteristics of menopause in Cotonou

Alihonou E, Denakpo J, Adisso S, Teguede I, Amoussou M.....19 - 25

Dépistage des lésions précancéreuses et des cancers infra cliniques du col de l'utérus dans les hôpitaux CHU de Cotonou au Bénin : apport de la coloscopie

Tonato Bagnan JA, Denakpo JL, Hounkpatin B, Dassoundo UHA, Lokossou A, De Souza J, Perrin RX.....26 - 29

Analyse de l'impact de l'introduction du traitement antirétroviral sur l'offre de Soins maternels et infantiles dans le district sanitaire de Nouna (Burkina Faso).

Traore / Millogo FD, Sie A, Soro M.....30 - 36

Evaluation de la prise en charge du cancer invasif du col de l'utérus au CHU de Yopougon (Abidjan)

Seni K, Horo A, Diakite M, Quenum G, Fanny M.....37 - 41

La procidence du cordon ombilical au CHU de Cocody : épidémiologie et pronostic fœtal

Koffi A, Nigue L, Serdouma E, Gondo D, N'guessan KLP, Abauleth R, Boni S.....42 - 46

Chirurgie des prolapsus génitaux au centre hospitalier universitaire Souro Sanou de Bobo-Dioulasso

Somé DA, Ouattara S, Rurangwa A, Sioho N, Bambara M, Dao B.....47 - 52

Facteurs de risque et pronostic de la rupture prématurée des membranes dans le service de gynécologie obstétrique du centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako

Thera T, Teguede I, Traore Y, Kouma A, Cisse K, Traore M.....53 - 56

CAS CLINIQUE *(CASE REPORT)*

CONTENTS

ORIGINAL ARTICLES

Child sexual abuse epidemiology in Dakar.

Soumah MM, Bah H, Ndiaye M, Savy DF, Dia SA, Gaye Fall MC, Sow ML.....1 - 8

Rectal administration of misoprostol for delivery-induced hemorrhage: a preliminary study

Leno DWA, Sy T, Soumah AFM, Camara MK, Thera R, Keita N.....9 - 12

Indications and prognosis of caesarean section among HIVinfected patients in gynecology and obstetrics service of Gabriel Toure teaching hospital between 2003 to 2009

Traore Y, Traore Dicko F, Teguede I, Mounkoro N, Togo A³, Djire MY, Sissoko A, Diallo A, Bagayoko MA, Dolo T, Dolo A.....13 - 18

Epidemiology and clinical characteristics of menopause in cotonou

Alihonou E, Denakpo J, Adisso S, Teguede I, Amoussou M.....19 - 25

Tracking of the lesions meadow cancerous and of the cancers infra clinics of the collar of the uterus in the hospitals (chu) from cotonou in benin: contribution of the colposcopy

Tonato Bagnan JA, Denakpo JL, Hounkpatin B, Dassoundo UHA, Lokossou A, De Souza J, Perrin RX.....26 - 29

Analyse de l'impact de l'introduction du traitement antirétroviral sur l'offre de soins maternels et infantiles dans le district sanitaire de Nouna (Burkina Faso).

Traore / Millogo FD, Sie A, Soro M.....30 - 36

Evaluation de la prise en charge du cancer invasif du col de l'uterus au CHU de Yopougon (Abidjan)

Seni K, Horo A, Diakite M, Quenum G, Fanny M.....37 - 41

The umbilical prolapse cord at cocody hospital: epidemiology and fetal prognosis

Koffi A, Nigue L, Serdouma E, Gondo D, N'guessan KLP, Abauleth R, Boni S.....42 - 46

Genital prolapse surgery in teaching university hospital Souro Sanou of Bobo-dioulasso

Somé DA, Ouattara S, Rurangwa A', Sioho N, Bambara M, Dao B.....47 - 52

Risk factors and prognosis of premature rupture of membranes in the gynecology - obstetrics service of the reference health center of Bamako district V.

Thera T, Teguede I, Traore Y, Kouma A, Cisse K, Traore M.....53 - 56

CASE REPORT

ANALYSE DE L'IMPACT DE L'INTRODUCTION DU TRAITEMENT ANTIRÉTROVIRAL SUR L'OFFRE DE SOINS MATERNELS ET INFANTILES DANS LE DISTRICT SANITAIRE DE NOUNA (BURKINA FASO).

TRAORE / MILLOGO FD¹, SIE A², SORO M¹.

¹Unité de Formation et de Recherche en Sciences de la Santé de l'université de Ouagadougou (Burkina Faso).

² Centre de Recherche en Santé de Nouna (Burkina Faso).

Correspondances : Pr Agrégé Millogo Traoré TFD. Service de gynécologie obstétrique CHU YO Ouagadougou Burkina Faso Tel : Email :

RÉSUMÉ

L'introduction du TARV est devenue une préoccupation majeure dans la lutte contre la pandémie du VIH/SIDA en Afrique. Afin de décrire les effets de l'introduction du TARV et de faire des suggestions de réajustement dans le but d'améliorer la santé des populations vulnérables, nous avons mené une étude longitudinale de type observationnelle, descriptive menée de 2006 à 2008 avec des enquêtes périodiques dans les formations sanitaires du district du Nouna. L'analyse des données collectées nous a permis d'aboutir aux résultats suivants : Seul le CMA de Nouna intervenait dans la prise en charge des Pv VIH par les ARV sous la supervision des médecins. Toutes les formations sanitaires périphériques avaient intégré les soins liés au TARV ainsi que le test de dépistage rapide du VIH dans leur paquet minimum d'activités (PMA) en 2008. Le taux d'adhésion au CDV était de 74,71%. L'offre de test VIH pour la PTME était généralement faible (44,83%) mais l'acceptation était forte (78,6%). La proportion des patients éligibles sous traitement ARV était faible (36%). On notait une augmentation du niveau d'activité du laboratoire avec un accroissement de 67%, plus marqué pour les tests VIH. La productivité d'ensemble du laboratoire est passée de 4,48 à 8,19 durant l'étude. L'introduction du TARV n'a pas eu d'influence sur les activités de SMI dans le DSN. Ces résultats suggèrent de réviser le modèle actuel de PEC des Pv VIH par les ARV, basé essentiellement sur le CMA et les médecins si nous voulons atteindre l'accès universel au TARV c'est-à-dire une couverture de 90%.

Mots clés : Passage à l'échelle-Introduction du TARV-Offre de soins-SMI-Nouna.

SUMMARY

The introduction of HAART has become a major concern in the fight against HIV/AIDS in Africa. To describe the effects of the introduction of HAART and to make suggestions of readjustment in order to improve the health of vulnerable populations, we conducted a longitudinal study of observational, descriptive types conducted from 2006 to 2008 with periodic surveys in the health districts in Nouna. The analysis of data collected allowed us to achieve the following results: Only the CMA of Nouna was involved in the management of people living with HIV on ARVs under the supervision of doctors. All peripheral health facilities had integrated the HAART-related care and rapid HIV testing in their minimum package of activities in 2008. The rate of adherence to voluntary advice testing was 74, 71%. The offer of HIV testing for prevention of the transmission mother-child was generally low (44, 83%), but acceptance was high (78, 6%). The proportion of eligible patients on HAART was low (36%). There was a higher level of activity of the laboratory with an increase of 67%, more pronounced for HIV testing. Overall productivity of the laboratory increased from 4.48 to 8.19 during the study. The introduction of HARRT has had no influence on the activities of maternal and infantile health in the DSN. These results suggest revising the current model of taking over of people living with HIV on ARV, based primarily on the CMA and the doctors if we are to achieve the universal access to HAART that is to say, 90% coverage.

Keywords: Scaling- Introduction of HAART- Offer of care- maternal and child health- Nouna.

INTRODUCTION

L'Afrique subsaharienne dont la population représente 10% de la population mondiale, abrite 22,4 millions de personnes vivant avec le VIH (Pv VIH) soit environ 2/3 du total des personnes infectées dans le monde et demeure la région la plus gravement touchée [7]. Pour faire face à cette situation, des initiatives ont été développées pour un large accès au traitement anti rétroviral (TARV), notamment l'initiative « 3 by 5 » [13]. Cette initiative a été accompagnée d'une politique nationale de passage à l'échelle du TARV sans une préparation spéciale du système sanitaire à affronter ce défi. Ainsi donc, le passage à l'échelle pour la mise en œuvre des ARV a sans doute comporté des conséquences considérables au niveau du système de santé qui pourraient affecter le progrès vers l'atteinte des objectifs du millénaire pour le développement relatifs à la santé. Aussi, il semble très important d'assurer le suivi des effets de l'introduction du TARV qui peuvent être très importants sur le système de santé en considérant les performances des services, particulièrement ceux de la santé maternelle et infantile (SMI). La présente étude se propose donc d'analyser l'impact de l'introduction du traitement antirétroviral sur l'offre de soins maternels et infantiles dans le district sanitaire de Nouna (Burkina Faso).

MATERIEL ET METHODE

La présente étude s'est déroulée dans la province de la Kossi, au niveau du district sanitaire de Nouna plus précisément dans l'aire couvert par le Système de Surveillance Démographique et de Santé (SSDS) de Nouna. Elle a concerné 8 formations sanitaires périphériques (Les CSPS de Bourasso, Dara, Koro, Toni, Goni, Lékuy, Bagala et le CSPS communal) et un centre médical avec antenne chirurgicale (CMA de Nouna). Il s'est agi d'une étude longitudinale de type observationnel et descriptif, menée de 2006 à 2008 avec des enquêtes périodiques dans les formations sanitaires du district localisées dans l'aire du système de surveillance démographique et de santé (SSDS) du Centre de Recherche en Santé de Nouna (CRSN). Notre approche se voudrait donc descriptive et analytique afin de décrire les effets de l'introduction du TARV et de faire des suggestions de réajustement pour ne pas réduire les efforts entrepris pour améliorer la santé des populations vulnérables. Notre étude s'est intéressée essentiellement aux différentes formations sanitaires de la zone d'étude offrant des soins de santé maternelle et infantile ainsi que des soins pour le VIH/SIDA pendant la période de l'étude. Les données ont été collectées à l'aide d'un questionnaire

structuré permettant d'obtenir des précisions sur la situation actuelle de la santé maternelle et infantile en termes de services offerts, des performances réalisées entre 2006 à 2008, et des changements observés avec l'introduction du TARV. Nous avons conduit une étude basée essentiellement sur l'analyse des rapports d'activité des formations sanitaires, des rapports mensuels et annuels du Système National d'Information Sanitaire (SNIS) du district et l'interview des responsables des structures de santé concernées après un passage annuel durant la période de 2006 à 2008. Une étude comparative a été faite des données entre 2006 et 2008 sur la base d'un certain nombre d'indicateurs (les CPN, les accouchements, les soins post-nataux, les soins de santé aux moins de 5 ans, les activités de planning familial, de vaccination et les activités de soins pour le VIH/SIDA). Le protocole a été soumis au comité d'éthique pour la recherche en santé (CERS) à Ouagadougou et au comité local d'éthique de Nouna pour leurs approbations. Les données recueillies ont été saisies sur micro-ordinateur et analysées à l'aide du logiciel ACCESS version 2007.

RESULTATS

Ainsi, l'analyse des données collectées nous a permis d'aboutir aux résultats suivants :

I. Evolution des indicateurs de SMI

La figure n°1 récapitule l'évolution des indicateurs de SMI de 2006 à 2008.

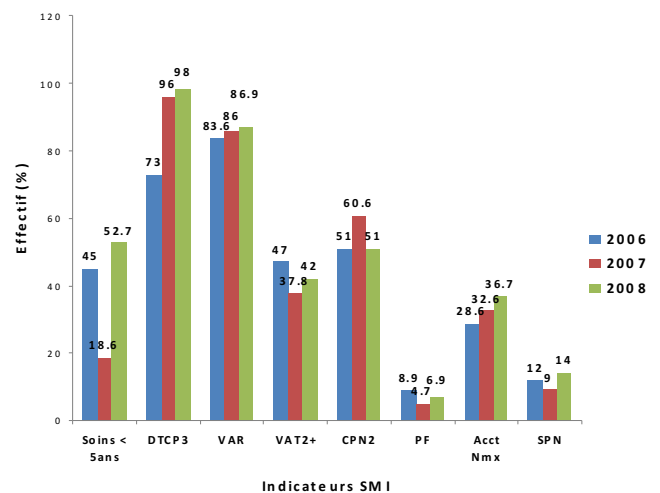


Figure n°1 : Evolution des indicateurs de SMI.

L'évolution des indicateurs clés de SMI pendant la période de l'étude indiquait :

- une chute de la couverture en soins des enfants de moins de 5 ans plus marquée en 2007 avec un taux de 18,6%, cependant la couverture moyenne était de 38,77%;

- une baisse du taux de couverture en planification familiale et en soins post-nataux avec des taux de couverture de 6,83% et de 11,67%.

II. Evolution des indicateurs du VIH /SIDA

- Le conseil dépistage volontaire (CDV)

L'évolution de l'offre de CDV ainsi que l'adhésion au CDV sont représentées par la figure n°2.

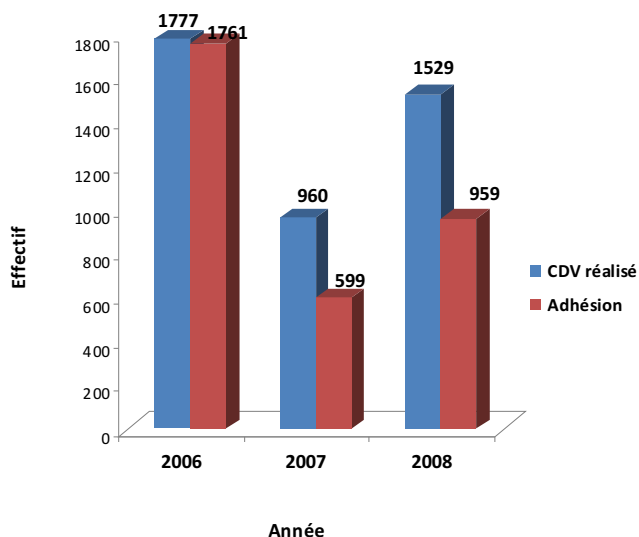


Figure n°2 : Evolution de l'offre de CDV réalisés et de l'adhésion au CDV.

Nous avons enregistré une chute de 13,95% de la pratique du CDV réalisé entre 2006 et 2008. Aussi, nous avons noté une régression du taux d'adhésion au CDV qui est passé de 99% en 2006 à 62,74% en 2008 soit une chute de 36,26%. Le taux moyen d'adhésion au CDV était de 74,71% durant les 3 années de l'étude.

- Test VIH lors de la CPN pour la PTME

L'offre de test VIH pour la PTME était généralement faible (44,83%) durant les 3 années de l'étude, malgré une hausse relative de 67,8% en 2007. L'acceptation était forte (78,6%) durant la période de l'étude malgré une tendance à la baisse de 65,29% en 2007 et 71,5% en 2008.

La figure n°3 illustre l'évolution des CPN réalisées, de l'offre et de l'adhésion au test VIH lors des CPN dans le cadre de la PTME entre 2006 et 2008.

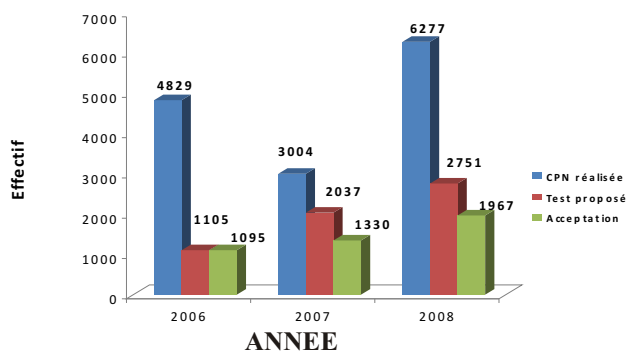


Figure n°3 : Evolution des CPN réalisées, de l'offre et de l'adhésion au test VIH lors des CPN dans le cadre de la PTME

-File active et Patients VIH positifs sous traitement ARV

L'évolution du nombre de patients suivis dans la file active ainsi que des patients éligibles au TARV sont illustrées par la figure n°4.

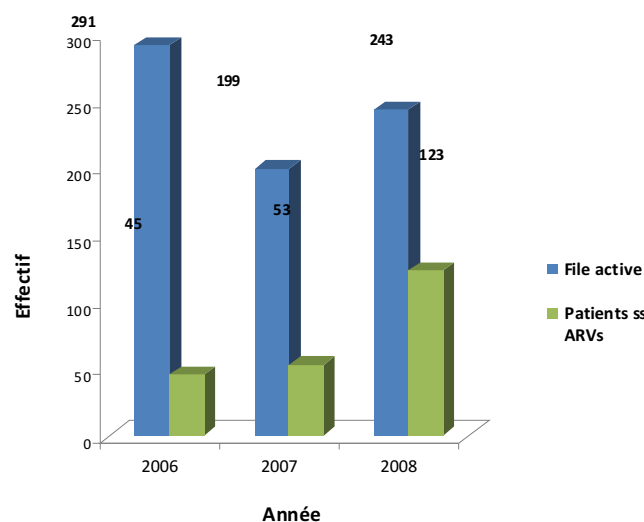


Figure n°4: File active et patients VIH positifs sous ARV de 2006 à 2008.

Le nombre de patients suivis dans la file active a connu une diminution entre 2006 et 2007 passant de 291 à 199 soit une chute de 31,61%. Cependant le nombre des patients sous ARV entre 2006 et 2008 à été multiplié par un facteur 2.73.

- La prise en charge des infections opportunistes

La figure n°5 illustre l'évolution des cas d'infections opportunistes.

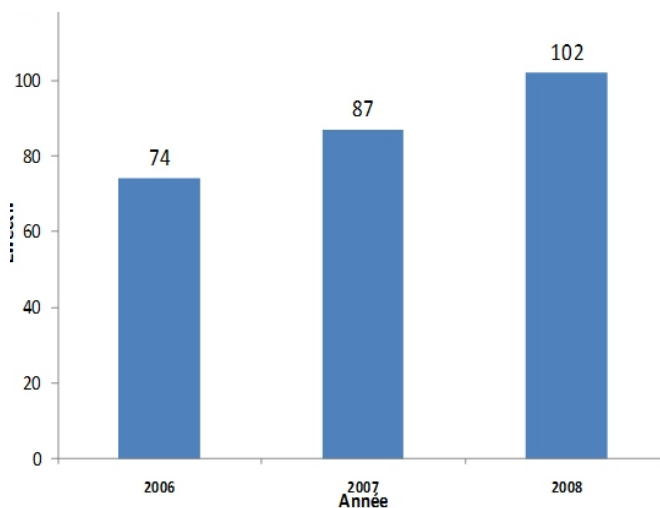


Figure n°5 : Evolution des cas d'infections opportunistes entre 2006 et 2008.

Nous avons noté une fluctuation des cas d'infections opportunistes durant les trois années d'étude, passant de 74 en 2006 à 102 cas en 2008 soit un accroissement de 37,84%.

- Les activités de laboratoire

Afin d'avoir une idée sur l'évolution de la charge de travail dans le laboratoire du CMA de Nouna pendant la période de l'étude, nous avons calculé le ratio de productivité par agent et par jour. Ainsi, nous avons noté une augmentation de la productivité d'ensemble du laboratoire qui est passée de 4,48 à 8,19 entre 2006 et 2008. Cependant nous avons relevé une diminution de la productivité des examens de SMI/VIH entre 2007 et 2008.

Le tableau II récapitule les évolutions des examens biologiques, du personnel et du ratio de productivité entre 2006 et 2008.

Tableau II : Evolution des examens biologiques, du personnel de laboratoire et du ratio de productivité entre 2006 et 2008.

Année	Nombre d'agent	Examens réalisés	Ratio de productivité	Examens de SMI/VIH réalisés	Ratio de productivité
2006	7	11462	4,48	7603	2,95
2007	7	19076	7,47	12702	4,97
2008	7	20932	8,19	9570	3,75

DISCUSSION

I. Limites et contraintes de l'étude

La présente étude a rencontré des contraintes et des limites dont les principales sont :

- l'insuffisance du système d'archivage dans les formations sanitaires d'étude pour la conservation et l'exploitation des données ;
- le mauvais remplissage des supports de collecte de données dans les formations sanitaires par les enquêteurs.

Malgré ces biais, nous avons pu mener cette étude. Nos résultats ont été commentés et comparés avec ceux des SSDS de Iganga Mayugue en Ouganda et de Rufiji en Tanzanie au regard de nos objectifs.

II. Evolution des activités de santé maternelle et infantile

- Soins aux enfants de moins de 5 ans

L'offre de soins aux enfants de moins de 5 ans a connu une nette amélioration entre 2006 et 2008 en passant d'une couverture de 45% à 52,7%. Le

décrochage observé en 2007 serait certainement imputable à la qualité de nos données car aucun facteur ne semble justifier cela.

Cette tendance est comparable à celle des deux autres SSDS :

- en Ouganda, la couverture s'est améliorée de 84,63% en 2006 à 97,45% en 2008 [8].

- en Tanzanie on notait une couverture de 63% en 2006 et 99% en 2008 [2].

Nous constatons que l'introduction du TARV n'a pas affaibli les activités de soins aux enfants de moins de 5 ans où du moins ces activités se sont fortifiées malgré l'introduction du TARV dans les 3 pays de l'étude.

- La CPN2

La couverture en CPN2 s'est maintenue au-delà de 50% durant les 3 années de l'étude malgré une régression importante de 10,6% entre 2007 et 2008. Cette couverture de 54,2% reste inférieure à la moyenne nationale de 75,25%. Le même constat était observé en Tanzanie où nous relevons notait une régression peu importante de la couverture en CPN2 passant de 93,3% en 2006 à 75% en 2008 [2]. La couverture en CPN2 reste relativement faible dans nos régions malgré les efforts entrepris par nos autorités pour améliorer la SMI.

- Planification familiale

La couverture en PF était très faible, en dessous de 10% durant toute la période de l'étude. Ainsi de 8,9% en 2006, nous sommes passé à 4,7% puis à 6,9% en 2007 et 2008. Toutefois le taux de couverture moyen était de 6,83%. En Ouganda, le même constat était fait avec une couverture de 5,06% [8]. Contrairement au BF et à l'Ouganda, la Tanzanie rapportait un taux relativement meilleur de 24,40% [2]. De façon générale, la couverture en PF était faible. Sur ce fond d'instabilité vient se greffer le lourd travail engendré par la prise en charge des Pv VIH. L'introduction du TARV n'a pas eu d'influence sur la couverture en PF qui était déjà faible au début de l'étude.

- Les soins post-nataux

La couverture en soins post nataux est restée relativement stable mais très faible durant la période de l'étude avec une couverture de 11,67%. En Tanzanie, nous enregistrons un taux moyen de 35% (supérieur à celui du BF) [2]. Par contre, l'Ouganda rapportait un taux moyen de 20% (supérieur à celui du BF) [8]. Pendant qu'au BF et en Tanzanie, la couverture était faible mais relativement stable de 2006 à 2008, en Ouganda la couverture en soins post-nataux avait chuté. Cette chute serait liée à l'introduction du TARV.

- Les accouchements assistés

La couverture des accouchements assistés s'est améliorée de manière progressive mais le taux moyen de 32,63% reste faible par rapport à la moyenne nationale de 62,72% [4].

La Tanzanie rapportait un taux de 44,28%, supérieure à celui du BF mais avec une baisse de 6,94% et 5,98% en 2007 et 2008 [2]. Ce taux réalisé en Tanzanie aurait été influencé par l'introduction du TARV.

- Les activités de vaccination

- DTCP3

La couverture en DTCP3 s'est améliorée durant la période de l'étude, passant de 73% au début de l'étude à 98% en 2008. Toutefois, il faut noter que le taux moyen de couverture en DTCP3 qui était de 89% est inférieur à la moyenne nationale de 106,9% [3]. Le même constat a été fait en Ouganda où la couverture en DTCP3 s'est maintenue autour des 100% [8]. Contrairement au BF et à l'Ouganda, en Tanzanie la couverture en DTCP3 a chuté de 68,1% en 2006 à 53,58% en 2008 [2]. L'introduction du TARV n'a donc pas eu d'effet sur la couverture en DTCP3 aussi bien au BF qu'en Ouganda.

- VAR

La couverture en VAR s'est améliorée durant le passage à l'échelle, passant de 83,6% en 2006 à 86,9% en 2008. La couverture moyenne en VAR (85,5%) reste faible malgré cette nette amélioration. La couverture moyenne nationale en VAR durant la période était de 100,74% [3]. En Ouganda, on notait le même constat avec une nette amélioration de la couverture passant de 61,23% en 2006 à 65,41% en 2008 [8]. La Tanzanie rapportait une couverture de 51,8% en 2006 contre 36,34% en 2008 [2]. Contrairement au BF et à l'Ouganda où la couverture en VAR s'est maintenue, en Tanzanie l'introduction du TARV a déstabilisé cette couverture en VAR.

- VAT2+

Nous avons constaté une nette régression de la couverture en VAT2+ qui est passée de 47% en 2006 à 42% en 2008 avec un décrochage important de 37% en 2007. Toutefois la couverture moyenne constatée de 42,7% reste très inférieure à la moyenne nationale de 86,31% [3]. La Tanzanie rapportait une régression de la couverture en VAT2+ entre 2007 et 2008 avec des taux de 54,75% et 41,70% malgré une hausse de 16,35% entre 2006 et 2007 [2]. L'Ouganda notait une régression plus marquée avec 49,55% de couverture en 2006 contre 3,44% en 2008 soit une chute de 46,11% [8].

La couverture en VAT2+ s'est donc maintenue au BF et en Tanzanie durant donc les 3 années de l'étude. La déstabilisation des activités de couverture en VAT2+ en Ouganda serait liée à l'introduction du TARV.

III. Evolution des indicateurs du VIH/SIDA

- Le conseil dépistage volontaire (CDV)

Le taux d'adhésion de 74,71% au CDV durant l'étude est satisfaisant mais reste toujours inférieur à l'objectif de 80%, fixé par le CNLS-IST [10]. En Ouganda, nous avons rapporté un taux d'adhésion de 41,8% [8], inférieur à celui du BF. Nous avons enregistré en Tanzanie, un taux d'adhésion de 96,69% [2], largement supérieur à celui du BF. La faible participation de la population au test VIH s'expliquerait par le problème d'accessibilité aux FS, l'insuffisance de sensibilisation sur les avantages de connaître son statut sérologique, la crainte de la stigmatisation ainsi que l'insuffisance de ressources humaines ayant des compétences en conseil [1]. De façon générale, les agents de santé considèrent le CDV comme une activité nouvelle, spécifique et verticale qui vient alourdir leur charge de travail.

- Tests VIH lors de la CPN dans le cadre de la PTME/VIH

L'offre de test VIH pour la PTME était de 44,83%, en dessous de 50% malgré une hausse relative de 67,8% en 2007. Contrairement à l'offre, l'acceptation était forte avec un taux de 78,6% mais reste inférieure à l'objectif national d'au moins 80%, fixé par le programme de PTME/VIH [5]. Nous avons noté en Ouganda un taux d'adhésion de 68,27% [8], inférieur à celui du BF. En Tanzanie, nous avons enregistré un taux d'adhésion de 99% [2], largement supérieur à celui du BF. La PTME/VIH a augmenté la charge de travail des agents de santé, surtout du personnel travaillant en maternité. En effet, la réalisation du counseling allonge le temps moyen de la CPN. L'esprit d'équipe fait que les agents de la maternité bénéficient de l'appui des autres agents (dispensaire); mais lorsque les agents du dispensaire sont aussi occupés, le counseling est reporté et seulement la CPN est réalisée (pas d'offre PTME/VIH). Aussi les ruptures intempestives de réactifs pourraient amener les prestataires à ne pas proposer le test aux patientes.

- File active et patients VIH sous ARV

Nous avons constaté une diminution de la file active de 31,61% entre 2006 et 2007. Cette diminution s'expliquerait par les cas de perdus de vue, les décès mais aussi le transfert des patients au niveau du

district sanitaire de Solenzo du fait de la décentralisation de la prise en charge des Pv VIH par les ARV au niveau de ce district. En effet jusqu'en 2006, le CMA de Nouna constituait un point focal pour la prise en charge des Pv VIH par les ARV.

L'accès des patients suivis dans la file active a connu un accroissement par le facteur 2.73 entre 2006 et 2008 mais la proportion des patients éligibles sous traitement reste faible (36%) [9]. Cette couverture en ARV est inférieure à l'objectif de 90%, fixée par le CNLS-IST pour le passage à l'échelle du TARV. La relative évolution de la file active n'illustre pas véritablement un passage à l'échelle des ARV car avec ce taux de couverture de 36% par les ARV, nous ne pouvons vraiment pas parler de passage à l'échelle du TARV. Notre résultat est inférieur à ceux de l'Ouganda et de la Tanzanie qui rapportaient des taux de couverture en ARV respectivement 54% et 57,13% [11, 12]. Contrairement au BF, à l'Ouganda et à la Tanzanie, les pays comme le Botswana et le Rwanda bien qu'étant des pays à revenus faibles étaient parvenus à l'accès universel au TARV avec une couverture supérieure à 90% [6]. Avec le modèle actuel de prise en charge par les ARV basé sur le CMA, une hausse de la couverture à 90% [6], définie comme l'accès universel au TARV sera difficilement atteinte.

- La prise en charge des infections opportunistes

Nous avons assisté durant la période de l'étude à une recrudescence de cas d'infections opportunistes chez les Pv VIH qui a augmenté de 37,84% entre 2006 et 2008. Toutefois, ce chiffre semble loin de la réalité du fait de l'insuffisance des archives. L'Ouganda et la Tanzanie rapportaient respectivement des taux d'accroissements supérieurs à celui du BF soit 49,4% [8] et 51,7% [2]. Les infections opportunistes représentent une grosse charge de travail en matière de prise en charge des Pv VIH dans les trois pays de l'étude.

- Les activités de laboratoire

Nous avons constaté une augmentation du niveau d'activité du laboratoire plus marqué pour les tests VIH. Nous avons enregistré un accroissement de 67,06% entre 2006 et 2007 des examens biologiques entrant dans le cadre des soins de SMI ainsi que le suivi des Pv VIH. Par ailleurs, nous avons noté une augmentation de 82,62% aussi bien pour toutes les analyses réalisées que pour le ratio de productivité qui est passé de 4,48 en 2006 à 8,19 en 2008. En Ouganda, nous avons enregistré un accroissement de 12,76% entre 2006 et 2008 des examens biologiques entrant dans le cadre des soins

de SMI ainsi que du suivi des Pv VIH [8]. La Tanzanie rapportait une régression de 26,15% entre 2006 et 2008, des examens biologiques entrant dans le cadre des soins de SMI ainsi que du suivi des Pv VIH [2]. De façon générale, il ya une augmentation significative de la pratique des examens biologiques dans les 3 pays d'étude de 2006 à 2007, plus marquée pour les tests VIH qui ont doublé pour le BF et légèrement pour les deux autres pays.

La diminution des examens de SMI/VIH entre 2007 et 2008 s'expliquerait par la diminution des tests de dépistage VIH qui est passé de 6062 à 2379 du fait de l'introduction des tests de dépistage VIH dans les CSPS en 2008. Au BF, la décentralisation des tests VIH dans les FS périphériques est un bon début pour le passage à l'échelle mais reste insuffisant à lui seul car le laboratoire demeure toujours incontournable pour le suivi à long terme des Pv VIH. L'intensification de la charge de travail dans les laboratoires d'analyse médicale de l'étude serait liée à la montée en puissance des actes demandés dans le cadre du dépistage et du suivi à moyen et long terme des Pv VIH. Ainsi, il s'avère nécessaire de mettre en adéquation les effectifs et la charge de travail, à moyens humains constants.

CONCLUSION

L'introduction du TARV n'a pas affecté le système de santé c'est à dire qu'elle n'a ni affaibli, ni renforcé les activités de soins de SMI au niveau du district sanitaire de Nouna. Ceci ne semble pas être le cas pour d'autres pays tels que l'Ouganda et la Tanzanie où l'introduction du TARV a plutôt altéré les activités de SMI. Il serait intéressant de suivre l'impact de la charge de travail engendrée quand le passage à l'échelle sera effectif avec un nombre élevé de patients sous TARV. Les taux actuels de couverture en ARV de 36% dans le district sanitaire de Nouna et de 47% au niveau national sont encore loin de l'objectif de 90%, fixé par le CNLS. Le modèle actuel de prise en charge des Pv VIH par les ARV basé essentiellement sur le CMA et les médecins, ne permettra probablement pas dans les délais impartis une hausse de la couverture des ARV à 90%. Ce modèle présente le risque de négliger les problèmes cruciaux de suivi à long terme des personnes sous ARV car l'accessibilité au CMA reste un immense obstacle pour l'accès aux soins. C'est au prix d'une mise en œuvre efficiente de la stratégie de PEC des Pv VIH par les ARV suivie d'une bonne adhésion des populations que les ARV sauveront des vies, préviendront la TME/VIH tout en préservant l'offre de soins de SMI qui constitue l'intervention de santé globale la plus importante dans notre pays.

REFERENCES

1. Case A., Paxson C. The Impact of the AIDS Pandemic on Health Services in Africa: Evidence from Demographic and Health Surveys. In. Cambridge, MA : National Bureau of Economic Research. 2009; 12:130-34.
2. Massanja Honorati. Rapport final ARVMAC Tanzania 2010. Rufiji health district.
3. Ministère de la santé-Burkina Faso. Deuxièmes états généraux de santé février 2010 ; 20-1.
4. Ministère de la Santé-Burkina Faso. Plan national de développement sanitaire. 2001-2010 : 20-25.
5. MS/SG/CRSN/DSN Programme de prévention de la transmission mère-enfant du VIH/SIDA dans le district sanitaire de Nouna: Rapport technique 2005 :10-18.
6. ONUSIDA /OMS. Vers un accès universel : rapport de situation 2010; 20-25.
7. ONUSIDA/OMS. Rapport sur l'épidémie du VIH/SIDA. 2009 ; 33-35.
8. Pariyo G., Moses A. Rapport final ARVMAC Uganda (2010). Iganga Mayuge Heath district.
9. SP/CNLS-IST. Bilan général de la mise en œuvre du plan national multisectoriel de lutte contre le VIH/SIDA et les IST année 2009 ; 17-25.
10. SP/CNLS-IST. Cadre stratégique de lutte contre le VIH/SIDA 2006-2010. SP, CNLS, Ministère de la santé. Ouagadougou 2005; 103-7.
11. TACAIDS. Tanzania HIV/AIDS and Malaria Indicator Survey 2007-08. Dar es Salaam, Tanzania, Tanzania commission for AIDS (TACAIDS). 2008; 28-30.
12. UAC. Moving Toward Universal Access: National HIV & AIDS Strategic plan 2007/8 – 2011/12. 2008. Kampala, Uganda AIDS Commission, Republic of Uganda. 2008; 10-15.
13. WHO. *Progress on global access to HIV antiretroviral therapy. An update on "3 by 5" June 2005*. WHO, UNAIDS: Geneva 2005; 47-50.