



RÉPUBLIQUE DU BÉNIN

@@@@@@@@@@@@@@@@

MINISTÈRE DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR ET DE LA
RECHERCHE SCIENTIFIQUE (MESRS)

@@@@@@@@@@@@@@@@

UNIVERSITÉ D'ABOMEY-CALAVI (UAC)

@@@@@@@@@@@@@@@@

ÉCOLE NATIONALE D'ADMINISTRATION ET DE MAGISTRATURE (ENAM)

@@@@@@@@@@@@@@@@

**MÉMOIRE DE FIN DE FORMATION AU CYCLE II POUR L'OBTENTION
DU DIPLÔME D'ADMINISTRATEUR**

OPTION

MANAGEMENT

FILIÈRE

GESTION DES PROJETS

ANNÉE ACADÉMIQUE

2011 - 2012

THÈME

**OPTIMISATION DU DISPOSITIF DE MISE EN
ŒUVRE DE LA STRATÉGIE DE PRÉVENTION DE
LA TRANSMISSION MÈRE-ENFANT DU VIH DANS
LA COMMUNE DE PARAKOU**

Réalisé et soutenu par :

Ablanvi Félicienne Valérie SESSOU

Sous la direction de :

Maître de stage

Salmane Ariyoh AMIDOU

Médecin Épidémiologiste

Responsable CIPEC Borgou/Alibori

Directeur de mémoire

Modeste GNIMASSOU

Économiste-Planificateur

Gestionnaire de Projets

Enseignant à l'UADC et à l'UAC

Version Finale : Mars 2013

**IDENTIFICATION DU
JURY**

PRESIDENT : Pasteur E.J. AKPO

VICE-PRESIDENT : William COMLAN

MEMBRE : Olivier CAPO-CHICHI

**L'ÉCOLE NATIONALE D'ADMINISTRATION ET DE
MAGISTRATURE (ENAM) N'ENTEND DONNER AUCUNE
APPROBATION NI IMPROBATION AUX OPINIONS
EMISES DANS CE MEMOIRE.
CES OPINIONS DOIVENT ÊTRE CONSIDERÉES COMME
PROPRES A LEUR AUTEUR**

IN MEMORIAM

À mon feu père Christophe C. SESSOU DJOKOTO, Tu es parti trop tôt avant même que je ne puisse te manifester pleinement mon amour. Ton souvenir reste à jamais gravé dans ma mémoire. Que ton âme soit bénie là-haut et que tu protèges et unisses tes enfants.

DEDICACE

Au Peuple béninois, Puisse ce travail être ma modeste contribution à l'édification d'un Bénin prospère.

A tous les enfants infectés par le VIH de par le monde entier et à tous ceux qui sont véritablement engagés dans la lutte contre le VIH.

A ma mère, aucun mot ne peut traduire l'expression de ma pensée, que Dieu te garde.

A mon époux, pour tous tes sacrifices, surtout pour ceux consentis dans la réalisation de ce travail. Sois assuré de mon attachement et de ma reconnaissance. Que Dieu te protège.

A mes enfants, mes neveux et nièces, mes frères et sœurs, puissiez-vous grandir en sagesse et en intelligence et que ce travail soit pour vous un exemple à dépasser.

A mes oncles et tantes, mes cousins et cousines, ainsi que mes beaux parents, que Dieu vous bénisse et vous accorde la grâce de la sagesse du roi Salomon.

REMERCIEMENTS

A l'Éternel Dieu Tout Puissant, louanges et actions de grâce, Que tes œuvres sont belles, que tes œuvres sont grandes. Seigneur ! Tu nous combles de joie.

Au Père César A. LOKONON, curé émérite de la Paroisse Saint Benoît de DAN actuellement en mission et études en Bretagne en France et au Père Tiburce AKPOVO, Curé de la Paroisse Saint Pierre-Paul de Parakou, Merci pour toutes vos prières. Que Dieu vous accompagne dans vos missions respectives.

Au Docteur Valère GOYITO, Secrétaire Général du Ministère de la Santé, Sincères admirations pour vos sages conseils, vos soutiens, votre amour et votre attachement au travail bien fait. Soyez béni.

Au Docteur Fatioulaye ISSA DJIBRIL, DDS-B/A, Vous incarnez beaucoup de valeurs parmi lesquelles la justice. Vous savez aussi reconnaître les mérites de vos agents. Que Dieu vous bénisse.

Au Docteur Salmane Ariyoh AMIDOU, responsable CIPEC-B/A, le DDS ne s'est pas trompé en vous proposant d'être mon maître de stage. Vous n'avez pas démerité. Que Dieu vous protège.

Au Docteur Djodi HADA, Médecin coordonnateur de la Zone Sanitaire Parakou N'dali et à tout le personnel des sites PTME de Parakou, Sincère merci.

A Monsieur OGOU Stéphane, Coordonnateur ESTHER-BENIN, Sincères remerciements pour vos apports à la réalisation de ce travail.

A tous les Médecins des sites de référence du CHDU-B (Maternité, Pédiatrie, Médecine) et leur personnel, à tout le personnel du CIPEC-B/A, sincères reconnaissances.

A tout le personnel de l'ENAM et au corps professoral, sincères remerciements.

A notre Directeur de mémoire, Monsieur Modeste GNIMASSOU, Economiste-Planificateur, Gestionnaire de Projets, Coordonnateur principal à l'UADC, Enseignant à l'UAC, Merci Professeur pour avoir dirigé ce travail malgré vos multiples charges. Vos qualités de pédagogue et d'homme de science ainsi que votre grande générosité d'âme vous valent notre estime. Merci pour la simplicité, l'humanisme et la gentillesse que vous nous avez manifestés. Au-delà de ce travail, Professeur, la considération que vous avez pour tout être humain a été d'une grande leçon pour nous. Veuillez accepter, cher Professeur, l'expression de notre profonde gratitude.

A toutes les personnes qui, de près ou de loin, ont participé à la réalisation de ce travail, Sincères reconnaissances.

A Monsieur Denis YEHOVENOU, Comme un père de famille, vous nous avez soutenue dans nos moments difficiles, Soyez en béni.

A Monsieur le Président du jury, C'est un grand honneur que vous nous faites en acceptant de présider le jury de notre mémoire. Hommages distingués.

Au Vice-président et au membre du jury, Nous sommes très sensible à l'honneur que vous nous faites en acceptant de siéger dans le jury de notre mémoire. Toutes vos contributions seront les bienvenues pour l'amélioration de ce travail.

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS

AIDS ou SIDA	: Acquired Immuno Deficiency Syndrome ou Syndrome de l'Immuno Déficience Acquise
ARV	: Antirétroviraux
CD4	: Lymphocytes T4
CHDU-B	: Centre Hospitalier Départemental et Universitaire du Borgou
CIPEC-B/A	: Centre d'Informations, de Prospections Et de Conseils du Borgou/Alibori
CNLS	: Comité National de Lutte contre le Sida
CSA	: Centre de Santé d'Arrondissement
CSCOM	: Centre de Santé de la Commune
DDS-B/A	: Directeur Départemental de la Santé Borgou/Alibori
DDS-B/A	: Direction Départementale de la Santé du Borgou et de l'Alibori
ENAM	: Ecole Nationale d'Administration et de Magistrature
ETME	: Elimination de la Transmission Mère-Enfant du VIH/SIDA
IO	: Infection Opportuniste
IRD	: Institut de Recherche et de Développement
IST	: Infection Sexuellement Transmissible
Med	: Médecine
MS	: Ministère de la Santé
MSP	: Ministère de la Santé Publique
NFS	: Numération Formule Sanguine

OMD	: Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS ou WHO	: Organisation Mondiale de la Santé ou World Health Organization
ONG	: Organisation Non Gouvernementale
ONUSIDA	: Programme commun des Nations Unies sur le VIH et le Sida
PCR	: Polymerase Chain Reaction
PEC	: Prise En Charge
PNLS	: Programme National de Lutte contre le Sida
PNLS/IST	: Programme National de Lutte contre le Sida et les IST
PNUD	: Programme des Nations Unies pour le Développement
PTF	: Partenaires Techniques et Financiers
PTME	: = PRETRAM : Prévention de la Transmission Mère-Enfant du VIH/SIDA
PVVIH	: Personne Vivant avec le VIH SIDA
RAF-VIH	: Réseau Africain des Formations sur le VIH/sida
RDC	: République Démocratique du Congo
TME	: Transmission Mère-Enfant du VIH
UAC	: Université d'Abomey Calavi
UADC	: Université Africaine de Développement Coopératif
UNGASS	: United Nations General Assembly Special Session
UNICEF	: Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
VIH	: Virus de l'Immunodéficience Humaine
ZS/P-N	: Zone Sanitaire Parakou - N'dali

LISTE DES TABLEAUX

N° Tableau	Titre	Page
Tableau I	Liste des appareils de laboratoire et leurs rôles	24
Tableau II	Regroupement des problèmes par centres d'intérêts	32
Tableau III	Synthèse des approches par problème	37
Tableau IV	Tableau de bord de l'étude	45
Tableau V	Facteurs influençant la TME du VIH	50
Tableau VI	Echantillonnage de la population cible	58

LISTE DES SCHEMAS ET GRAPHIQUES

LISTE DES SCHEMAS

Schéma N°	Titre	Page
Schéma I	Organigramme du PNLS/IST	8
Schéma II	Arrangement institutionnel dans le cadre de la mise en œuvre du Programme	10
Schéma III	Organigramme du CIPEC-B/A	13
Schéma IV	Fonctionnement institutionnel du CIPEC-B/A	15

LISTE DES GRAPHIQUES

Graphique N°	Titre	Page
Graphique I	Répartition (en %) des enquêtés en fonction des raisons de la méconnaissance de l'effectif des femmes séropositives utilisant les services de Planification Familiale dans la Commune de Parakou	64
Graphique II	Répartition (en %) des enquêtés selon les raisons de l'absence de statistiques fiables liées au VIH sur les nouvelles infections, les décès chez les enfants et les mères séropositives	65
Graphique III	Répartition des enquêtés (en %) en fonction des causes de la méconnaissance de la tendance actuelle du taux de TME du VIH dans la Commune de Parakou	66

GLOSSAIRE

Antirétroviraux (ARV) : Ce sont des médicaments qui inhibent la réplication virale à différentes étapes du cycle évolutif du virus de l'immunodéficience humaine. Ils ne permettent pas l'éradication du virus.

Effet : Changement à moyen terme, voulu ou non, résultant directement ou indirectement de la réalisation d'un Projet.

Efficacité : C'est la mesure dans laquelle un programme ou projet a atteint les résultats prévus. L'efficacité s'apprécie par comparaison des résultats obtenus aux résultats attendus tant du point de vue de la quantité que de la qualité.

Efficience : Elle compare les résultats escomptés aux moyens financiers, humains et matériels mis en œuvre, les délais pour atteindre les objectifs, les méthodes utilisées. Le critère d'efficience tend à repérer si l'on a fait les bons choix pour optimiser, qualitativement et quantitativement les moyens mis à disposition.

Évaluation : L'évaluation a pour objet d'apporter une réponse à des questions spécifiques, ainsi qu'à porter un jugement d'ensemble sur une opération et à en tirer des enseignements destinés à améliorer les actions, la planification et des décisions futures. L'évaluation vise en général à déterminer l'efficience, l'efficacité, la cohérence, pertinence, l'impact, et la durabilité d'un projet.

Évaluation des résultats : Elle consiste à comparer les résultats atteints aux résultats définis par les objectifs initiaux de l'action. Cette évaluation prend en compte :

- la mesure de l'écart entre le prévu et le réalisé, au plan quantitatif ;
- la différence de nature entre les réalisations prévues et celles obtenues, au plan qualitatif.

Gestion axée sur le résultat : C'est une approche globale basée sur le cycle de vie d'une politique, d'un programme ou d'une initiative. Elle intègre les processus et les mesures pour améliorer la prise de décision et influence le changement. La gestion axée sur les résultats est un modèle de planification ayant une logique qui facilite la gestion, l'apprentissage et la responsabilisation tout au long d'un projet ou d'un programme.

Indicateur : C'est une variable quantitative ou qualitative qui permet d'évaluer de manière simple et fiable la réalisation, le changement ou la performance. C'est un signe vérifiable et mesurable qui, par comparaison à une référence (ou une norme) permet de porter une appréciation sur les critères d'évaluation.

Médiatrices/Médiateurs : Dans le domaine du VIH, ce sont des personnes (le plus souvent des PVVIH) qui se donnent en exemple sur le plan du comportement et du suivi médical et qui servent d'intermédiaire entre le patient séropositif et le soignant.

Résultat : Changement descriptible ou mesurable occasionné par des relations de cause à effet : activité-résultats dans le cadre de l'exécution d'un projet/programme.

Stratégie : C'est l'art de diriger et coordonner des actions afin d'atteindre un objectif. Elle consiste à la définition d'actions cohérentes intervenant selon une logique séquentielle pour réaliser ou pour atteindre un ou des objectifs.

Termes de référence : Document qui sert de base à la réalisation d'une mission et qui est structuré autour de l'objet de la mission, des objectifs à atteindre, de la méthode à utiliser, des résultats attendus et des autres exigences privilégiées par le commanditaire comme le temps alloué, les profils des réalisateurs, la qualité du rapport pour ne citer que ces quelques unes.

RESUME

Après le premier cas de SIDA enregistré au Bénin en 1985, beaucoup de mesures urgentes ont été prises pour empêcher la propagation de cette pandémie dans le pays. Actuellement, le taux croissant de prévalence du VIH/SIDA, particulièrement parmi les femmes, reste une question très préoccupante pour le gouvernement. La Prévention de la Transmission Mère-Enfant (PTME) du VIH mise en œuvre au Bénin en 2000 et démarrée dans la Commune de Parakou en 2004, est la principale stratégie de réduction voire d'élimination de la contamination des enfants par le VIH.

Le Centre d'Information, de Prospections Et de Conseils du Borgou/Alibori (CIPEC-B/A) est la structure décentralisée du Programme National de Lutte contre le SIDA (PNLS) chargée de la mise en œuvre de cette stratégie dans ladite Commune. Pour déceler les obstacles qui ont empêché la réussite de cette mission du CIPEC-B/A, nous avons fait un état des lieux sur les activités de cette structure et nous avons dégagé des forces et faiblesses.

De l'analyse des faiblesses, il ressort trois problématiques. Celle, ayant pour problème général, la méconnaissance de l'évolution globale de la situation des mères et enfants dans la Commune de Parakou, a fait l'objet de notre étude dont le thème est intitulé : « **Optimisation du dispositif de mise en œuvre de la stratégie de prévention de la transmission mère-enfant du VIH dans la Commune de Parakou** ». L'objectif de cette étude est d'analyser le dispositif de mise en œuvre de la stratégie PTME dans la Commune de Parakou. Cet objectif général s'accompagne de trois objectifs spécifiques relatifs aux problèmes spécifiques que sont :

- ✓ la méconnaissance de l'effectif des femmes séropositives utilisant les services de Planification Familiale (PF) ;
- ✓ l'absence de statistiques fiables liées au VIH, sur les nouvelles infections et les décès chez les enfants et les mères séropositives ;
- ✓ la méconnaissance de la tendance actuelle du taux de TME du VIH.

En relation avec ces problèmes spécifiques, trois causes possibles ont permis de formuler les hypothèses de recherche. L'approche empirique qui fonde la méthodologie de l'étude intègre une enquête menée auprès de certains acteurs

impliqués dans les résultats de la mise en œuvre de la PTME dans la Commune de Parakou ainsi que des entretiens ciblés avec des personnes-ressources clés.

L'analyse des données collectées à l'aide de méthodes statistiques a permis de confirmer toutes les hypothèses. Dès lors, le diagnostic a été établi selon lequel :

- la méconnaissance de l'effectif des femmes séropositives utilisant les services de Planification Familiale dans la Commune de Parakou s'explique par l'existence de risque de stigmatisation des femmes séropositives ;
- l'absence de statistiques fiables liées au VIH sur les nouvelles infections, les décès chez les enfants et les mères séropositives est due aux faiblesses dans les actions de sensibilisation de la population de Parakou sur le VIH/SIDA ;
- la méconnaissance de la tendance actuelle du taux de TME du VIH dans la Commune de Parakou s'explique par l'existence de perdus de vue.

Au regard de ce diagnostic, nous avons proposé des solutions et formulé des suggestions pour une meilleure connaissance de l'évolution globale de la situation réelle des mères et enfants en matière de PTME. Au nombre de ces solutions, nous pouvons citer d'abord, l'élaboration de nouveaux registres qui prennent en compte l'état sérologique des clientes fréquentant les services de PF, la démystification du VIH/SIDA qui doit être considéré comme une maladie au même titre que les autres et le dépistage systématique de toute patiente en consultation. Ensuite, la mise en place d'un système performant de collecte des données sur les nouvelles infections et les décès liés au VIH et enfin l'implication des conjoints dans la PTME. Comme suggestions, nous avons proposé que les autorités à divers niveaux et les acteurs de la PTME mettent en place des relais communautaires en vue de faciliter les déclarations des décès survenus dans la communauté. Nous avons également suggéré qu'il soit rendu obligatoire le dépistage du VIH de toutes les personnes accédant aux centres de santé surtout celles qui y sont hospitalisées. Nous avons enfin, formulé que les conjoints soient encouragés à accompagner leurs femmes enceintes à la première visite prénatale avant la fin du troisième mois en vue de faciliter le partage des résultats après le dépistage.

SOMMAIRE

INTRODUCTION

CHAPITRE PREMIER :	CADRE D'ANALYSE DU DISPOSITIF DE MISE EN ŒUVRE DE LA STRATEGIE DE PREVENTION DE LA TRANSMISSION MERE-ENFANT DU VIH	3
Section 1 :	Cadre institutionnel de l'étude et contenu de la stratégie PTME	4
Paragraphe 1 :	Le CIPEC-B/A dans l'organisation du PNLS/IST	4
Paragraphe 2 :	Présentation de la stratégie PTME du VIH	18
Section 2 :	Observations de stage et ciblage de la problématique de l'étude...	21
Paragraphe 1 :	Etat des lieux sur les activités du CIPEC-B/A	21
Paragraphe 2 :	Inventaire des éléments de l'état des lieux et ciblage de la problématique de recherche	30
CHAPITRE DEUXIEME :	EVALUATION DU DISPOSITIF DE MISE EN ŒUVRE DE LA STRATEGIE PTME ET PROPOSITIONS D'AMELIORATION...	39
Section 1 :	Cadre théorique et méthodologie de l'étude	40
Paragraphe1 :	Cadre théorique de l'étude	40
Paragraphe 2 :	Choix de la méthodologie de l'étude	56
Section 2 :	Présentation et analyse des éléments de performance du dispositif de mise en œuvre de la stratégie PTME et propositions d'amélioration	62
Paragraphe 1 :	Présentation et analyse des éléments de performance du dispositif de mise en œuvre de la stratégie PTME	63
Paragraphe 2 :	Propositions d'amélioration du dispositif de mise en œuvre de la stratégie PTME dans la Commune de Parakou	70
	CONCLUSION.....	77
	REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	79
	ANNEXES	82
	TABLE DES MATIERES	90

Introduction

Après plus d'une décennie de lutte farouche contre le VIH/SIDA, la pandémie continue de défier la communauté internationale et tend à se féminiser. En effet, 33 millions de personnes dans le monde vivent avec le VIH/SIDA (RAF-VIH/SIDA, 2011); les femmes représentent la moitié de ces personnes et près de 60% des infections à VIH/SIDA en Afrique subsaharienne. Chaque jour, plus de 1500 enfants dans le monde contractent l'infection de leur mère (IRD, septembre 2012). Ainsi, 90% des enfants vivant avec le VIH/SIDA vivent en Afrique subsaharienne, et plus de 90% de ces enfants l'ont contracté au cours de la grossesse, de l'accouchement et de l'allaitement (ONUSIDA, 2008). Alors qu'ils s'étaient réunis du 22 au 27 juillet 2012 à Washington aux Etats Unis d'Amérique autour du thème « Invertissons ensemble le cours de la pandémie », les experts à la 19^{ème} conférence internationale sur le SIDA ont alerté : « les femmes sont beaucoup plus nombreuses à être infectées par le VIH que les hommes, limitant les chances de mettre fin à la pandémie » (Journal télévisé, France 24, du 24 juillet 2012).

Devant la féminisation de la pandémie du SIDA et le nombre croissant d'enfants infectés, la Prévention de la Transmission du VIH de la Mère à l'Enfant (PTME) est devenue une question de santé publique à l'échelle mondiale. A cet effet, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), dans une démarche qui favorise et consolide la prise en compte des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD), fait de la mère et de l'enfant, une cible prioritaire, se donnant de « réduire à moins de 5% d'ici 2015, le pourcentage de nourrissons nés de mères infectées par le VIH qui sont eux-mêmes infectés (Stratégie mondiale de la santé contre le VIH, 2011-2015). C'est dans la même logique et à la suite de la Déclaration politique des chefs d'Etats sur le VIH/SIDA en juin 2011 d'une part, et de l'adoption du plan

mondial pour l'élimination des nouvelles infections à VIH chez les enfants à l'horizon 2015 d'autre part, que le Bénin a opté pour un Plan National d'Élimination de la Transmission Mère-Enfant (ETME) 2012-2015.

Pour atteindre la cible prioritaire de l'OMS, le Bénin a adopté et mis en place depuis 2000, la stratégie PTME. Démarré à Cotonou la même année, ce programme a été introduit dans la Commune de Parakou en juin 2004. Depuis lors, des actions ont été menées mais la situation réelle des mères et des enfants reste à clarifier pour permettre de mesurer l'efficacité de ces actions. Il est donc difficile de dire aujourd'hui si le Bénin est sur la bonne voie en matière de prévention.

En ce moment où le plan national d'ETME du VIH/SIDA 2012-2015 est envisagé, il apparaît donc raisonnable de se demander si la stratégie mise en œuvre depuis 2000 a produit les résultats escomptés. C'est cette préoccupation qui a été la nôtre et qui nous a conduite, dans le cadre de la rédaction de notre mémoire de fin de formation au cycle II en Gestion des Projets à l'ENAM, à choisir de réfléchir sur le thème : « **Optimisation du dispositif de mise en œuvre de la stratégie de Prévention de la Transmission Mère-Enfant dans la Commune de Parakou** ».

Cette étude traite dans sa première partie, du cadre d'analyse du dispositif de mise en œuvre de la stratégie PTME. Dans sa seconde partie, elle évalue le dispositif de mise en œuvre de la stratégie et fait des propositions d'amélioration.

CHAPITRE PREMIER

CADRE D'ANALYSE DU DISPOSITIF DE MISE EN ŒUVRE DE LA STRATEGIE DE PREVENTION DE LA TRANSMISSION MERE-ENFANT DU VIH

Ce chapitre subdivisé en deux sections, expose dans la première, le cadre institutionnel de l'étude et le contenu de la stratégie PTME. Dans la seconde, il aborde les observations de stage et le ciblage de la problématique.

Section 1: Cadre institutionnel de l'étude et contenu de la stratégie PTME

Il est question dans cette section, de présenter le Centre d'Information, de Prospections Et de Conseils du Borgou/Alibori (CIPEC-B/A) dans l'organisation du Programme National de Lutte contre le SIDA et les Infections Sexuellement Transmissibles (PNLS/IST) (Paragraphe 1) puis, de procéder à la présentation de la stratégie de Prévention de la Transmission Mère-Enfant (PTME) du VIH (Paragraphe 2).

Paragraphe 1: Le CIPEC-B/A dans l'organisation du PNLS/IST

Ce paragraphe présente d'abord le PNLS/IST en tant que structure faîtière du CIPEC. Il présente ensuite le CIPEC lui-même et expose son cadre institutionnel de fonctionnement.

I - Présentation du PNLS/IST

Le **PNLS/IST** est le Programme National de Lutte contre le SIDA et les Infections Sexuellement Transmissibles. Ici, nous nous sommes intéressée à quatre de ses aspects importants à savoir, la création, les missions, l'organisation et le fonctionnement.

A - Création et Missions

1 - Création

Institution publique mise en place par de l'Etat béninois, le PNLS/IST n'a pas une grande histoire. Il a été créé en 1987, deux ans après la découverte du premier cas de SIDA au Bénin par arrêté corrigé dans un premier temps par l'arrêté N°1384/MSP/DC/SGM/SA du 28 février 2001, portant attributions, organisation et fonctionnement du PNLS/IST. Ce dernier, dans un second

temps, a été modifié par l'arrêté N° 5601/MS/DC/SGM/CTJ/DNSP/SA du 20 novembre 2011, portant attributions, organisation et fonctionnement du Programme National de Lutte contre le SIDA et les Infections Sexuellement Transmissibles (PNLS/IST).

Le PNLS/IST a son siège dans l'enceinte du Ministère de la Santé à Cotonou.

2 - Missions

Le PNLS/IST est mis en place pour assurer la réponse nationale à l'infection par le VIH. Le but du Programme est d'appliquer la politique du secteur de la santé en matière de lutte de contre le SIDA et les IST. A ce titre, le PNLS/IST est chargé :

- de la prévention de la transmission du virus en général et en particulier celle de la mère à l'enfant ;
- du dépistage en stratégie fixe, mobile et avancée du VIH ;
- de la prise en charge médicale et du suivi biologique des personnes infectées par le VIH ;
- de la surveillance épidémiologique, de la recherche, du suivi et de l'évaluation des interventions.

Les composantes du Programme sont mises en œuvre par sa Coordination.

Le PNLS/IST rend compte de sa gestion programmatique et financière aux instances hiérarchiques de cette coordination. La Coordination du programme effectue toutes les passations de marchés et les décaissements en conformité avec les procédures en vigueur.

Le PNLS gère le compte spécial et soumet les demandes de décaissements au Fonds Mondial. Les plans d'actions annuels sont élaborés par le PNLS avec la participation des structures impliquées dans le Programme. Ces plans indiquent les activités, les coûts estimatifs, les modalités de financement, les

termes de référence, le plan de passation des marchés, le calendrier d'exécution ainsi que le rôle et les responsabilités des parties.

B - Organisation et fonctionnement

1 - Organisation

Dans le cadre des réformes de l'organigramme du PNLS, il est indiqué dans l'arrêté N° 5601/MS/DC/SGM/CTJ/DNSP/SA du 20 novembre 2011 que le PNLS/IST est placé sous la tutelle de la Direction Nationale de la Santé Publique. Il est dirigé par un Coordonnateur National nommé par arrêté du Ministre en charge de la Santé. Ce dernier est assisté d'un Coordonnateur National Adjoint nommé dans les mêmes conditions. Le PNLS/IST comprend quatre services composées de divisions et répartis comme ci-après :

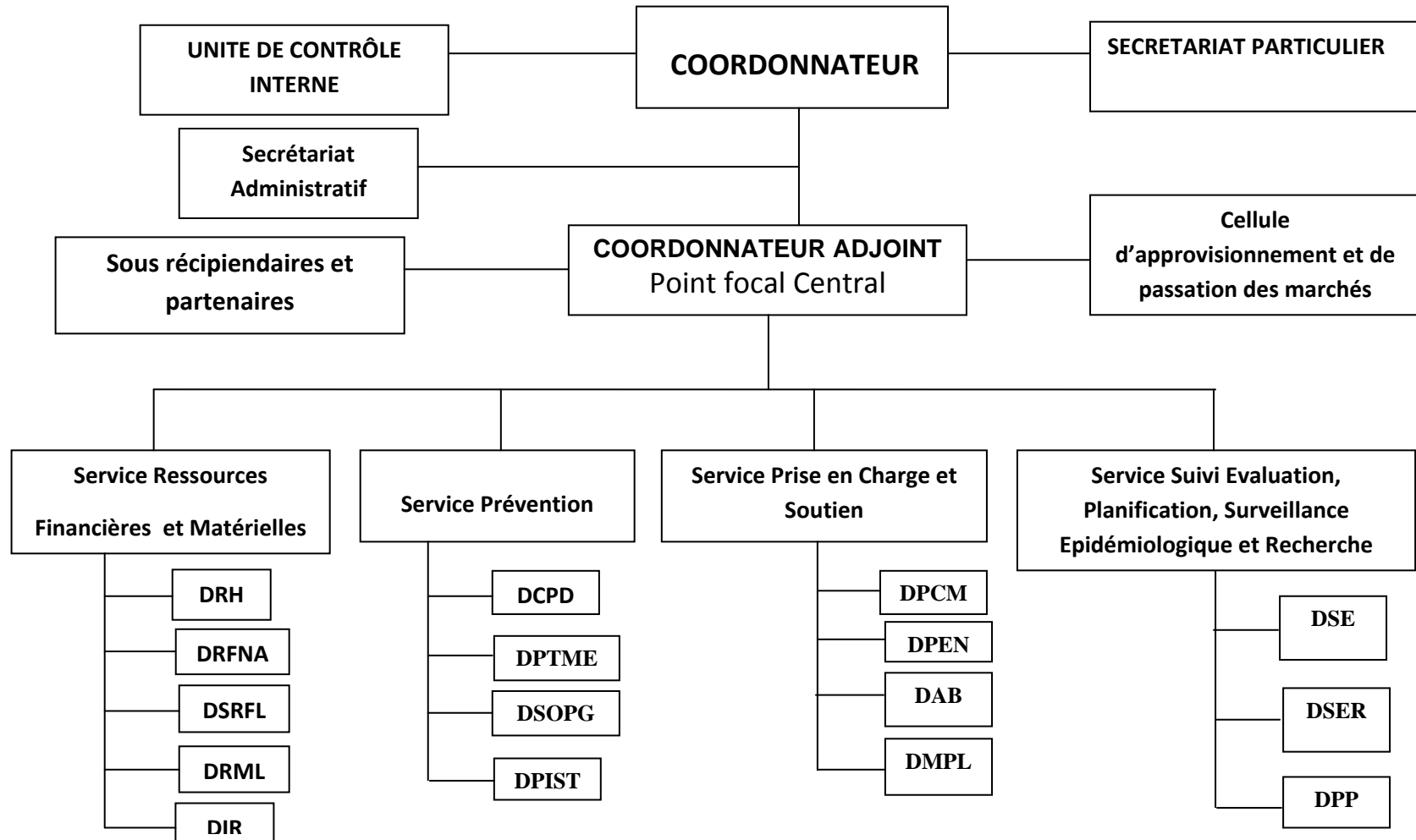
- **Le Service des Ressources Financières et du Matériel (SRFM)** qui comprend :
 - la division des Ressources Humaines (**DRH**) ;
 - la division des Ressources Financières Nationales et autres Partenaires Techniques et Financiers (**DRFNA**) ;
 - la division Spéciale des Ressources du Fonds Mondial (**DSRFM**) ;
 - la division des Ressources Matérielles et de la Logistique (**DRML**) ;
 - la division de l'Informatique et des Réseaux (**DIR**).

- **Le Service de la Prévention de l'Infection par le VIH (SPVIH)** qui comprend :
 - la division de la Communication et de la Promotion du Dépistage (**DCPD**) ;
 - la division du Suivi des ONG, du Partenariat et du Genre (**DSOPG**) ;
 - la division de la Prévention de la Transmission du VIH de la Mère à l'Enfant (**DPTME**) ;

- la division de la Prévention et de la Prise en Charge des IST et des Groupes à Haut Risque (**DPIST**).
- **Le Service de la Prise En Charge et de Soutien des Personnes vivant avec le VIH (SPECS/PVVIH)** qui comprend :
 - la division de la Prise en Charge Médicale des adultes et des enfants (**DPCM**) ;
 - la division de la Prise en Charge psychosociale et de l'Education Nutritionnelle (**DPEN**) ;
 - la division des Activités Biologiques (**DAB**) ;
 - la division de la Gestion des Stocks des Médicaments et des Produits de Laboratoire (**DMPL**).
- **Le Service de Suivi et Evaluation, Planification, Surveillance Epidémiologique et Recherche (SSEPSER)** qui comprend :
 - la division de la Planification et de la Programmation (**DPP**) ;
 - la division du Suivi et de l'Evaluation (**DSE**) ;
 - la division de la Surveillance Epidémiologique et de la Recherche (**DSER**).

L'organigramme du PNLS/IST se présente comme suit :

Schéma N°1 : Organigramme du PNLs/IST



Source : Manuel de Procédures Administratives, Comptables et Financières du PNLs/IST

2 - Fonctionnement

Le fonctionnement du PNLS/IST s'intègre dans la pyramide sanitaire nationale et dans le dispositif global de mise en œuvre du cadre stratégique national de lutte contre le SIDA au Bénin. Le PNLS/IST dispose d'un secrétariat particulier rattaché à la coordination et d'un secrétariat administratif transversal à tous les services. De même, il existe des unités qui sont rattachées à la coordination et des points focaux qui sont l'interface entre la coordination du PNLS/IST et les partenaires techniques et financiers. En effet, il est créé au sein du PNLS/IST :

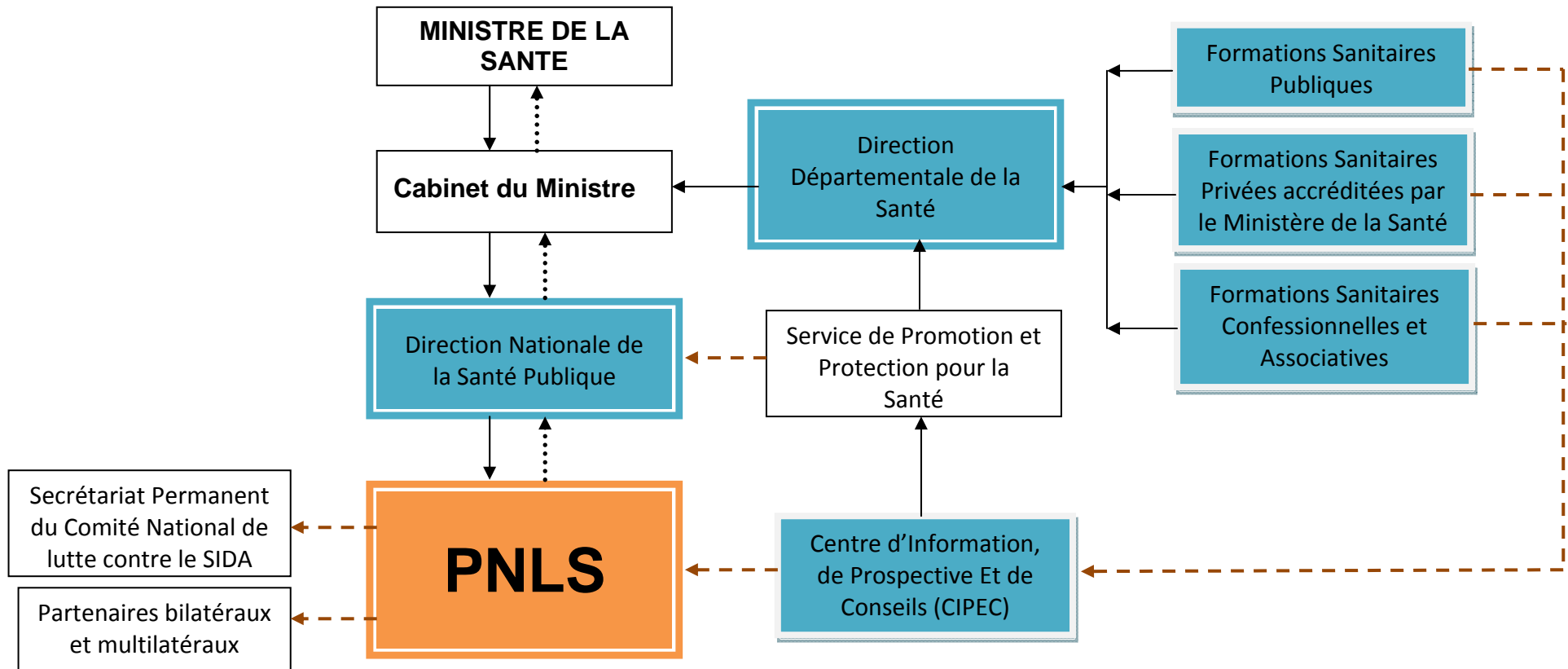
- une unité de contrôle interne rattachée au Coordonnateur National et animée par un auditeur interne et un contrôleur de gestion;
- une unité d'approvisionnement et de passation des marchés rattachée au Coordonnateur National Adjoint et animée par un spécialiste de passation des marchés;
- des points focaux désignés par les responsables des différentes structures d'appui technique et/ou financier. Ils sont rattachés au Coordonnateur National Adjoint.

Le PNLS/IST travaille en collaboration avec les Directions Départementales de la Santé à travers les Centres d'Information, de Prospective Et de Conseils (CIPEC), les Organismes Non Gouvernementaux nationaux et internationaux et toutes autres structures intervenant dans la lutte contre le SIDA. Ainsi, selon l'arrêté N°5601/MS/DC/SGM/CTJ/DNSP/SA du 20 novembre 2011, le schéma de l'arrangement institutionnel ci-après met en exergue les relations du PNLS avec les structures intervenant dans la mise en œuvre des activités du Programme.

Schéma N°II : Arrangement institutionnel dans le cadre de la mise en œuvre du Programme

- - - - - ➔ Lien de travail
- ➔ Relation de compte rendu
- ➔ Lien fonctionnel et hiérarchique

ARRANGEMENT INSTITUTIONNEL DU PNL



Source : Arrêté Année 2011 N° 5601/MS/DC/SGM/CTJ/DNSP/SA portant attributions, organisation et fonctionnement du PNL/IST

Les activités du PNLIS sont financées par les ressources du Budget National ainsi que celles des Partenaires Techniques et Financiers notamment le Fonds Mondial, la Banque Mondiale, et les agences des Nations Unies.

Pour la mise en œuvre des activités relevant de ses domaines de prestation, le PNLIS s'appuie au niveau intermédiaire sur les CIPEC et au niveau opérationnel sur les formations sanitaires tant publiques que privées parmi lesquelles on compte des sites d'offre de services relatifs à la lutte contre le VIH/SIDA sur toute l'étendue du territoire national.

II - Présentation et cadre institutionnel de fonctionnement du CIPEC-B/A

A - Présentation du CIPEC-B/A

Le CIPEC-B/A est le Centre d'Information de Prospective, Et de Conseils pour les départements du Borgou et de l'Alibori. Il est le cadre physique de notre étude et en tant que structure d'accueil de notre stage, il a une histoire et un mode de fonctionnement qui lui sont spécifiques.

1 - Historique et Missions du CIPEC

L'idée de création du Centre d'information de Prospective Et de Conseils (CIPEC) remonte à 2002 lors de l'élaboration du premier cadre stratégique national de lutte contre le SIDA au Bénin. Le Centre d'Information, de Prospective Et de Conseils pour le Borgou et l'Alibori (CIPEC-B/A) est la structure décentralisée du PNLIS dans les départements du Borgou et de l'Alibori. Cette structure est abritée par un bâtiment situé dans l'enceinte du Centre Hospitalier Départemental et Universitaire du Borgou (CHDU-B). Le CIPEC-B/A comme ceux des autres départements, est considéré comme une division du Service Départemental de Santé Publique (SDSP) de la Direction Départementale de la Santé (DDS), nouvelle appellation du Service de

Promotion et Protection pour la Santé (SPPS) des Directions Départementales de la Santé. Malheureusement, il n'existe à ce jour aucun texte qui décrit le mode de création, les attributions, l'organisation et le fonctionnement des CIPEC en général et du CIPEC-B/A en particulier.

Le CIPEC-B/A est chargé de la coordination des activités de lutte contre l'infection à VIH/SIDA dans les départements du Borgou et de l'Alibori. Il a pour **missions** principales:

- ✓ la prise en charge des PVVIH ;
- ✓ la couverture des interventions de Communication pour un Changement de Comportement (CCC) au niveau départemental ;
- ✓ le conseil et le dépistage volontaire ;
- ✓ la Prévention de la Transmission Mère-Enfant du VIH (PTME) ;
- ✓ le diagnostic et le suivi biologique de l'infection à VIH ;
- ✓ la coordination des actions des ONG intervenant dans la lutte contre le VIH/SIDA et la formation des acteurs (médicaux, paramédicaux, communautaires, et journalistes) impliqués dans la lutte contre les IST et le VIH/SIDA ;
- ✓ l'appui technique et matériel à tous les centres de prise en charge et les sites de distribution d'ARV ;
- ✓ le suivi-évaluation.

Le CIPEC-B/A abrite en outre, le laboratoire de référence en Biologie du VIH au niveau départemental qui s'occupe de l'assurance qualité pour tous les laboratoires accrédités dans les départements du Borgou et de l'Alibori. Le laboratoire du CIPEC-B/A s'occupe des examens de dépistage du VIH (Sérologie, PCR), de suivi de l'infection au VIH et du traitement (CD4, Charge virale, NFS, Créatininémie, Transaminases, Glycémie, etc.).

2 - Organisation interne et Organigramme du CIPEC

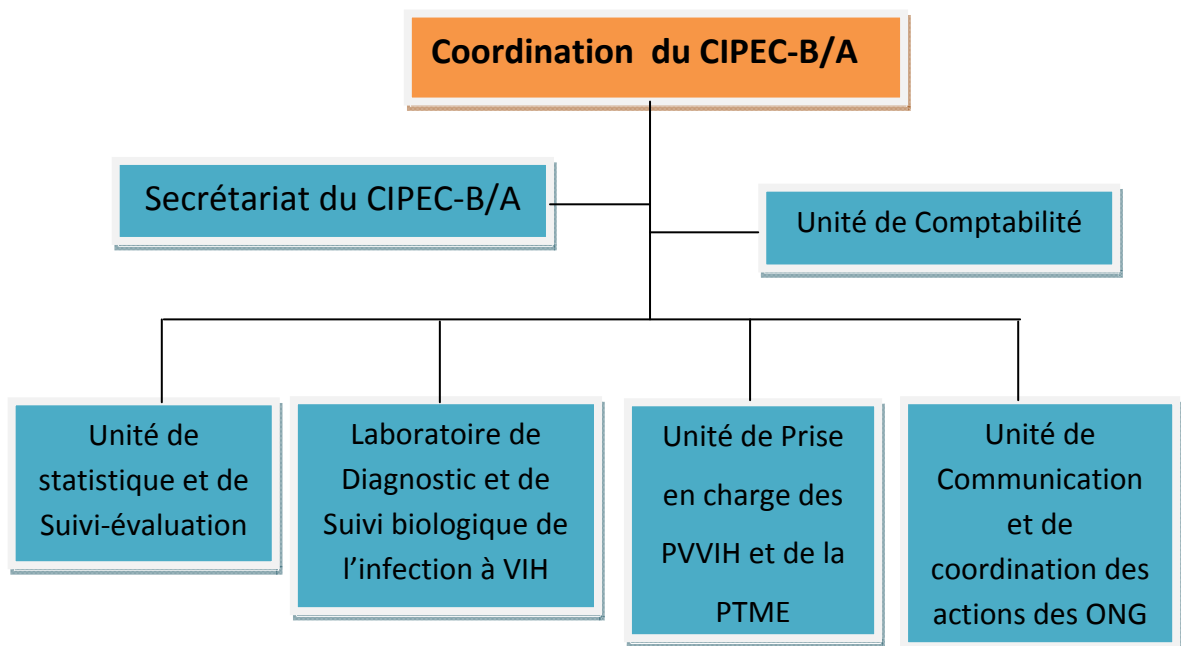
Le CIPEC-B/A n'est pas une structure complexe. Il est dirigé par un médecin épidémiologiste qui est le responsable du centre, chargé de la coordination de quatre volets d'activités et de la promotion de la recherche sur le VIH/SIDA.

- Volet 1 : Prise en charge des PVVIH et PTME ;
- Volet 2 : Diagnostic et suivi biologique de l'infection à VIH ;
- Volet 3 : Communication et Coordination des actions des ONG ;
- Volet 4 : Administration, ressources et suivi évaluation.

Il n'existe pas un organigramme au CIPEC-B/A. Au cours de notre stage, nous avons proposé et soumis un à l'approbation du responsable.

L'organigramme du CIPEC-B/A ainsi conçu se présente comme suit :

Schéma N°III : Organigramme du CIPEC-B/A



Source : Notre stage terrain Septembre - Décembre 2012.

B - Cadre institutionnel de fonctionnement du CIPEC-B/A

1 - Fonctionnement institutionnel du CIPEC

Dans son fonctionnement, le CIPEC-B/A assure :

- la coordination des activités des partenaires et différentes Organisations Non Gouvernementales au niveau départemental ;
- le plaidoyer en direction des leaders d'opinion pour faciliter la mise en œuvre des activités ;
- la mise en place des intrants pour le fonctionnement correct de son laboratoire et des différents sites ;
- la supervision et la collecte des données dans les principaux Domaines de Prestations de Services (DPS) de la lutte contre le VIH que sont : le Conseil Dépistage (CD), la Prévention de la Transmission Mère-Enfant du VIH (PTME), la Prise En Charge par les ARV (PEC/ARV), la prise en charge des IST et le suivi des Groupes à Haut Risque (IST/GHR).

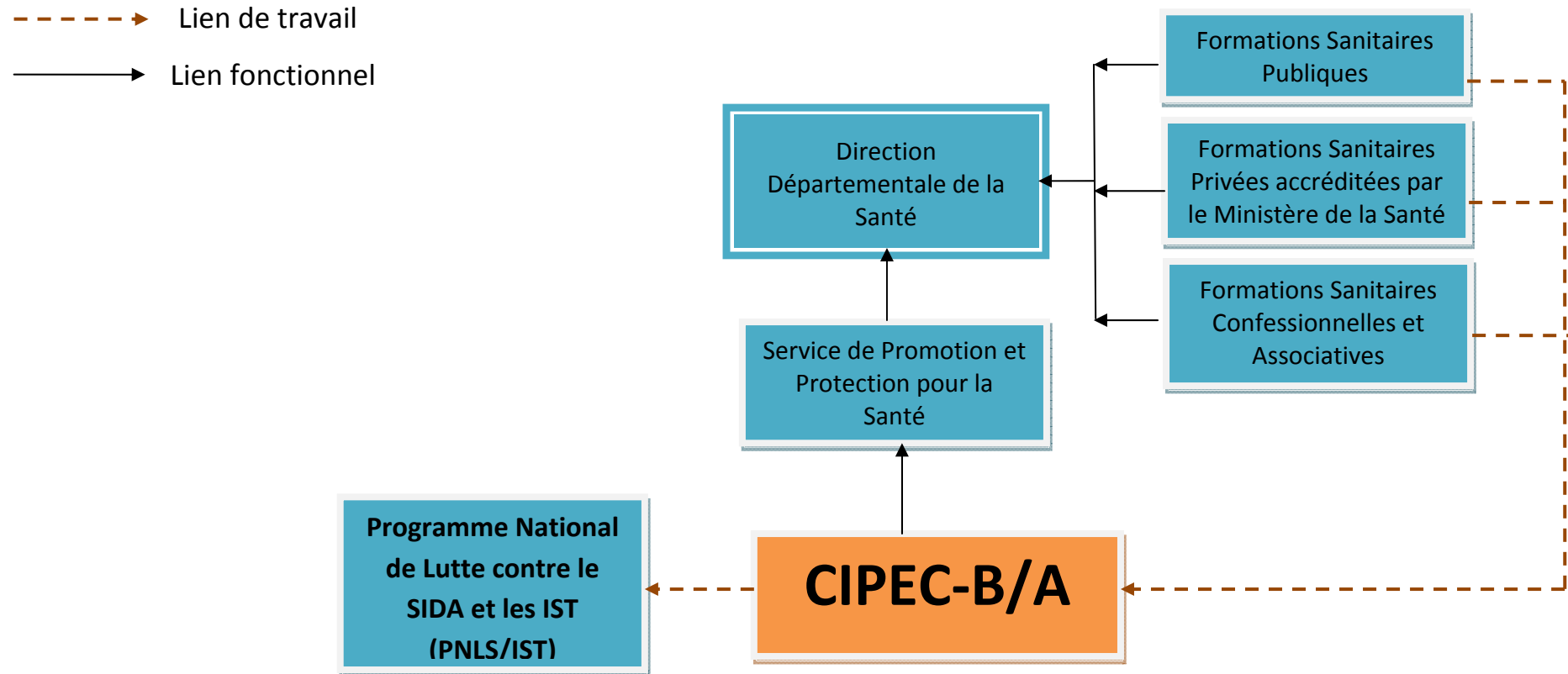
Les formations sanitaires identifiées pour offrir ces différents services sont appelées sites (site PTME, site PEC/ARV, etc.).

Le CIPEC-B/A apporte donc un appui technique et matériel aux différents sites qui sont des formations sanitaires publiques et privées accréditées, ainsi que les formations confessionnelles et associatives.

Les ressources du CIPEC comme celles du PNLIS proviennent tant du Budget National que des partenaires techniques et financiers dont les principaux sont : le Fonds Mondial, l'UNICEF, la Banque Mondiale, la Fondation Clinton, la Fondation GlaxoSmithKline France.

Le schéma ci-après explique le fonctionnement institutionnel du CIPEC :

Schéma N°IV : Fonctionnement institutionnel du CIPEC-B/A



Source : Extrait de l'Arrangement institutionnel du PNLIS annexé à l'Arrêté Année 2011 N° 5601/MS/DC/SGM/CTJ/DNSP/SA portant attributions, organisation et fonctionnement du PNLIS/IST

2 - Présentation des organes qui permettent le fonctionnement d'ensemble du CIPEC-B/A

Les sites sont les organes qui permettent le fonctionnement d'ensemble du CIPEC-B/A. Il s'agit des sites de Conseil Dépistage (CD), des sites de Prévention de la Transmission Mère-Enfant du VIH (PTME), des sites de Prise En Charge par les ARV (PEC/ARV), les sites de prise en charge des IST et de suivi des Groupes à Haut Risque (IST/GHR). Ils sont présents dans les deux départements.

Dans le cadre de notre étude, nous nous sommes contentée de présenter les sites PTME de la Commune de Parakou.

a - Définition des sites PTME

Le site PTME désigne toute structure sanitaire qui fournit le dépistage et le conseil, la prophylaxie et le traitement par les ARV, pratique des accouchements à moindre risque et des soins aux nouveau-nés, apporte des conseils et soutiens en matière d'alimentation du nourrisson, offre des soins et soutiens à la mère séropositive et à son enfant.

Les différents sites PTME qui existent dans la Commune de Parakou sont : le CHDU-B (le service de gynécologie et d'obstétrique et le service de pédiatrie) qui est un site de référence en matière de PTME dans la Commune de Parakou, le centre de santé de la Commune de Parakou, les centres de santé d'arrondissement et les formations sanitaires privées accréditées.

b - Présentation des sites PTME de la Commune de Parakou

Les sites PTME du CHDU-B : les sites de référence

Il s'agit des services de Gynécologie-Obstétrique et de Pédiatrie.

➤ **Le service de gynécologie et d'obstétrique du CHD-B**

C'est une maternité de référence de deuxième niveau pris comme site PTME de référence dans la Commune de Parakou et qui pratique les activités ci-après :

- ❖ les **prestations de soins** : consultations prénatales et post-natales, prévention de la transmission mère-enfant du VIH/SIDA, consultations gynécologiques, accouchements, vaccinations, planning familial et interventions chirurgicales ainsi que les hospitalisations ;
- ❖ les **activités de formation et de recherche** : stages pratiques, préparation des thèses de doctorat en médecine.

➤ **Le service de pédiatrie du CHDU-B**

Le service de pédiatrie est un service de référence de médecine des enfants qui s'occupe de la santé de ces derniers, de la naissance à l'âge de 15 ans. Il est devenu depuis 2010, le service de référence pour le suivi des enfants nés de mères séropositives de la Commune de Parakou. A ce titre, il fait partie intégrante du site PTME du CHDU-B. Il réalise les activités suivantes :

- ❖ les **prestations de soins** : consultations des nouveau-nés, nourrissons et enfants ; dépistage du VIH chez l'enfant et suivi des enfants nés de mères séropositives au VIH et des enfants infectés par le VIH ainsi que les hospitalisations.
- ❖ les **activités de formation et de recherche** : stages pratiques, préparation des thèses de doctorat en médecine.

Les autres sites de la Commune de Parakou

➤ Le centre de santé de la Commune de Parakou

Il est constitué d'un dispensaire, d'une maternité et d'un bloc administratif. Il a à sa tête, un médecin coordonnateur. Les activités PTME sont assurées par la maternité.

➤ Les centres de santé d'arrondissement :

Créés dans le cadre du rapprochement des soins primaires des populations, ces centres de santé disposent d'une maternité et d'un dispensaire. Les maternités de ces centres de santé d'arrondissement sont dites des sites PTME parce qu'elles mettent en œuvre les activités de la PTME.

➤ Les formations sanitaires privées accréditées

Elles sont au nombre de trois à être considérées comme sites PTME dans la Commune de Parakou (Centre de Santé AL HOUDA, Clinique Beau Bébé, ONG Santé pour tous). En effet, ces formations sanitaires privées accréditées mettent en œuvre les activités entrant dans le cadre de la PTME.

Paragraphe 2: Présentation de la stratégie PTME du VIH

Il est abordé dans ce paragraphe, le contexte et la justification de la stratégie PTME dans la Commune de Parakou d'une part, les Objectifs, les résultats et les stratégies de pilotage d'autre part.

I - Contexte et Justification

L'infection par le VIH reste un problème majeur de santé publique et de développement, responsable d'une baisse de l'espérance de vie dans les pays en développement. L'OMS estime que près de 2000 enfants sont contaminés

chaque jour dans le monde (ONUSIDA, 2009). La transmission mère-enfant du VIH est la principale voie de contamination de l'enfant.

Selon le document de Politique, normes et procédures pour la prise en charge des personnes vivant avec le VIH au Bénin, élaboré par le PNLS en mars 2010, la prévalence du VIH au Bénin en 2008 était estimée à 1,8%. Les nouvelles gestantes dépistées positives au VIH sont au nombre de 2737 avec une prévalence de 2,14% et environ 1314 enfants nés de mères séropositives ont été recensés et risquent d'être infectés. A l'instar de nombreux pays, le Bénin, dans son Programme National de Lutte contre le SIDA (PNLS), dispose de nombreux axes d'intervention en faveur de l'enfant notamment la prévention de la transmission mère-enfant du VIH.

La Commune de Parakou est l'une des 77 Communes du Bénin devant mettre en œuvre cette stratégie. La Prévention de la Transmission Mère-Enfant (PTME) a démarré dans six maternités de la Commune de Parakou en 2004 par le protocole PRETRAME (Prévention de la Transmission Mère Enfant). Cette pratique s'est étendue progressivement dans les départements du Borgou et de l'Alibori. En 2011, la Commune de Parakou disposait de 17 structures sanitaires dont 13 sites PTME et plusieurs agents de santé formés pour la prévention. Il est donc opportun d'examiner le dispositif de mise en œuvre de la stratégie de PTME dans la Commune de Parakou pour identifier les dysfonctionnements y afférents afin d'améliorer la pratique et de faire des suggestions pour une véritable élimination de la transmission du VIH de la mère à l'enfant.

II - Objectifs de la PTME et résultats attendus de sa mise en œuvre

Après avoir cité les objectifs de la PTME, nous allons donner les résultats attendus de sa mise en œuvre.

A - Objectifs de la PTME

Les principaux objectifs de la PTME sont :

- Réduire de 90%, le nombre des nouvelles infections à VIH parmi les enfants;
- Réduire les décès attribués au VIH de 90% chez les enfants et de 50% chez les mères PVVIH dans les 12 mois du postpartum.

On comprend donc que : "réduire le nombre de mères infectées par le VIH est le moyen le plus efficace de diminuer la TME. En effet, le VIH ne sera pas transmis à l'enfant si les futurs parents ne sont pas infectés."

B - Résultats attendus de la mise en œuvre de la PTME

Cinq principaux résultats sont attendus de la mise en œuvre de la PTME :

Résultat Attendu n°1 (RA.1) : les nouvelles infections chez les jeunes de 15 à 24 ans et les femmes en âge de procréer sont réduites de 50% d'ici à 2015;

Résultat Attendu n°2 (RA.2) : 50% des femmes séropositives utilisent au moins un moyen efficace pour prévenir les grossesses non désirées d'ici à 2015;

Résultat Attendu n°3 (RA.3) : la transmission mère-enfant durant la grossesse, l'accouchement et l'allaitement est réduite de 14% à moins de 5% d'ici à 2015;

Résultat Attendu n°4 (RA.4) : les décès attribués au VIH chez les femmes séropositives dans les 12 mois du post partum sont réduits de 50% d'ici à 2015;

Résultat Attendu n°5 (RA.5) : les décès attribués au VIH chez les enfants de moins de 5 ans sont réduits de 90% d'ici à 2015.

Section 2 : Observations de stage et ciblage de la problématique de l'étude

Cette section sera consacrée d'une part, à l'état des lieux sur les activités du CIPEC et d'autre part, au ciblage de la problématique de l'étude.

Paragraphe 1: Etat des lieux sur les activités du CIPEC-B/A

Ce paragraphe fait le point sur les ressources et activités du CIPEC-B/A et décrit le processus de la mise en œuvre des activités de PTME dans la Commune de Parakou.

I - Ressources et activités du CIPEC-B/A

Les ressources du CIPEC-B/A permettent la réalisation de ses activités.

A - Ressources du CIPEC-B/A

1 - Ressources humaines

Les ressources humaines du CIPEC-B/A se retrouvent au sein d'une équipe de quatorze (14) agents qui sont :

- un Médecin épidémiologiste qui assure la coordination des activités de lutte contre le VIH/SIDA dans les départements du Borgou et de l'Alibori ;
- trois Ingénieurs biologistes ;
- deux sages-femmes diplômées d'Etat ;
- un technicien supérieur de l'action sociale ;
- une assistante en Information Education Communication (IEC) ;
- un statisticien ;
- un gestionnaire comptable ;
- un conducteur de véhicule administratif ;

- deux secrétaires ;
- un préposé des services administratifs.

De l'avis du coordonnateur sur un éventuel déficit en personnel au niveau du CIPEC, il ressort que le nombre actuel d'agents en service dans cette unité est largement suffisant pour les tâches à exécuter. Ce personnel exerçant conformément aux heures réglementaires de travail en République du Bénin, ne se plaint pas d'une surcharge de travail. De ce fait, nous pouvons dire que **le CIPEC dispose d'un personnel en nombre suffisant.**

2 - Ressources financières et matérielles du CIPEC-B/A

Le CIPEC-B/A ne dispose pas d'un budget de fonctionnement pour les dépenses courantes de la structure et pour le financement de certaines activités non prévues dans le plan d'action du PNLIS telles que les journées de réflexion avec les acteurs départementaux impliqués dans la lutte contre le VIH. En effet, pour mener les activités, le responsable CIPEC doit élaborer des Termes de Référence (TDR) et les faire valider par le PNLIS avant qu'un financement ne soit accordé. Au cas où l'activité n'est pas prévue dans le plan d'action du PNLIS, les TDR ne sont pas approuvés. En conséquence, cette activité n'est ni financée, ni réalisée. Au regard de ce qui précède, nous pouvons dire que **le CIPEC-B/A manque de ressources pour le financement de certaines activités de grande importance pour la réussite de sa mission.**

Comme ressources matérielles, le CIPEC-B/A dispose :

- d'un véhicule administratif ;
- du matériel audiovisuel : 4 postes téléviseurs, 1 magnétoscope, 3 lecteurs CD, des cassettes et CD de sensibilisation sur les IST/VIH/SIDA ;
- du matériel informatique : 6 ordinateurs, 6 onduleurs, 1 photocopieuse, 2 imprimantes, 3 régulateurs, une connexion internet ;
- du matériel pour l'IEC et les démonstrations ;

- des climatiseurs split et des brasseurs d'air ;
- un groupe électrogène 40 KVA ;
- des équipements de laboratoire : appareils médico-techniques.

Le CIPEC-B/A dispose d'une salle de conférence équipée ; d'une salle de prélèvement ; d'une salle d'Education Thérapeutique (ETP) pour les PVVIH; de toilettes hommes et dames ; d'une salle de conseil dépistage volontaire (CDV) ; de deux laboratoires (laboratoire de PCR et laboratoire de suivi biologique des PVVIH) ; d'un magasin pour les fournitures de bureau, les consommables de laboratoire, les médicaments et les réactifs ; d'un hall d'attente comportant une cellule d'accueil ; huit bureaux dont un non occupé serait réservé à la bibliothèque du CIPEC.

Au regard de toutes les infrastructures ci-dessus citées et du fait qu'il n'existe pas de plainte dans ce domaine, il est aisé de dire qu'il existe une **disponibilité d'infrastructures pour le fonctionnement du CIPEC.**

Du point de vue des ressources matérielles, certains appareils du laboratoire sont en panne et ceci, avant même notre arrivée en stage. Il s'agit du CYFLOW et des congélateurs.

Le tableau suivant indique l'ensemble des appareils disponibles au laboratoire et leur importance.

Tableau I : Liste des appareils des laboratoires et leurs rôles

TYPES D'APPAREILS	Quantité	Rôles/Analyses réalisées	Fonctionnalité
AUTOMATE XT	01	NFS	Fonctionnel (F)
SPECTROPHOMETRE	02	Bilans biochimiques	F
CYFLOW	01	Numération des TCD4	Non fonctionnel (NF) depuis plus d'un an
BD FASCOUNT	01	Numération des TCD4	F
EVOLIS	01	Sérologie VIH	F
AGITATEUR	04	Mélangeur	F
DESIONISEUR	01	Obtenir de l'eau distillée	F
APPAREIL PCR	01	Charge Virale et dépistage précoce	F
CENTRIFUGEUSE	03	Séparer le sérum et le plasma du culot globulaire	F
PLAQUE CHAUFFANTE	02	Chauffage	F
CONGELATEUR	02	Conserver les réactifs PCR et les sérothèques	NF
REFRIGERATEUR	02	Conserver les réactifs de biochimie et de sérologie	F
HOTE PCR	01	Evite la contamination	F

Source : Notre stage-terrain Septembre à Décembre 2012

Il ressort de l'analyse de ce tableau, une panne de certains appareils des laboratoires indispensables à la réalisation de certaines analyses. Par ailleurs, nous avons noté une rupture de certains réactifs pour des analyses telles que les cellules TCD4, la charge virale et le dépistage précoce. Cette rupture, aux dires du responsable, serait fréquente. Ceci nous fait soulever le problème de rupture fréquente de stocks de réactifs.

B - Réalisation des activités du CIPEC

Les activités du CIPEC-B/A sont à la fois intra et extra CIPEC.

1 - Les activités intra-CIPEC

Elles sont constituées de conseils et de dépistages volontaires, de réalisations d'analyses de laboratoire, d'activités administratives et de traitement des données statistiques recueillies sur le terrain ainsi que des activités de gestion des ressources humaines et matérielles. **Toutes ces activités se déroulent conformément aux cahiers de charges.**

Pour ce qui concerne les statistiques recueillies sur le terrain, celles-ci ne nous renseignent pas sur le nombre de femmes séropositives utilisant les services de planification familiale dans la Commune de Parakou. Il en résulte une **méconnaissance de l'effectif des femmes séropositives utilisant les services de planification familiale dans la Commune de Parakou.**

De même, il n'existe pas de données sur les nouvelles infections dans la Commune de Parakou. En effet, malgré les campagnes de dépistage de masse, toutes les femmes en âge de procréer n'ont pas la volonté de connaître leur état sérologique. Par ailleurs, selon le statisticien du CIPEC, donner des informations sur la prévalence du VIH chez les femmes en âge de procréer dans la Commune de Parakou serait faire de la stigmatisation ; c'est du moins, ce qui explique le fait que l'information relative à la prévalence du VIH est souvent connue et donnée uniquement sur les plans départemental et national.

Face à tous ces paramètres, nous pouvons noter **une absence de statistiques sur les nouvelles infections liées au VIH.**

A propos des décès attribués au VIH chez les femmes séropositives et chez les enfants de moins de 5ans, les renseignements sont aussi donnés par département. Selon le statisticien en poste à la Direction Départementale de la

Santé du Borgou et de l'Alibori (DDS-B/A), les décès enregistrés dans ce domaine ne concernent que ceux survenus dans les formations sanitaires, les autres survenus au sein de la communauté n'étant pas déclarés. Nous pouvons en déduire **une absence de statistiques fiables les décès liés au VIH chez les enfants et les mères séropositives à l'échelle de la Commune.**

De 2004 à 2010, les indicateurs sur la transmission du VIH de la mère à l'enfant sont renseignés par Département. Ceci ne nous permet pas de disposer de données précises sur la Commune de Parakou. Par ailleurs la méthode de dépistage adoptée ne permet de connaître dès la naissance ou au premier test effectué à 9 mois, la sérologie définitive des enfants nés de mères séropositives. Il en découle **une méconnaissance de la tendance actuelle du taux de TME du VIH dans la Commune de Parakou.**

2 - Les activités extra-CIPEC

Elles se déroulent dans les deux départements que couvre le CIPEC-B/A. Elles sont constituées par des formations et recyclages des acteurs de sites de prise en charge et de PTME, des sensibilisations de la population en collaboration avec les ONG de la place qui travaillent en partenariat avec le CIPEC, des séances de dépistage de masse, du suivi des activités des sites, de la collecte des données, des visites à domicile et la recherche des perdues de vue par les médiatrices mises en place par les partenaires, de la fourniture aux sites des réactifs, matériels et documents nécessaires pour la réalisation des activités entrant dans le cadre de celles du CIPEC.

Par ailleurs, des émissions radio sur les chaînes locales, financées par les partenaires sont réalisées en vue de sensibiliser les auditeurs sur le VIH, la PTME et les ARV. Il en résulte **une implication des partenaires dans la PTME.**

II – Mise en œuvre des activités de PTME dans la Commune de Parakou

A – Circuit de la patiente dans le cadre de la PTME

Le dépistage est le point d'entrée des gestantes (femmes enceintes). Il se fait au niveau des sites PTME lors de la consultation prénatale (CPN).

D'une manière générale, les gestantes bénéficient d'un conseil pré-test qui les conduit à accepter volontairement le dépistage. Après le dépistage, elles reçoivent des conseils post test. Lorsque la gestante est dépistée séropositive au VIH, elle est orientée vers le site de référence (la section PTME de la maternité du CHD-B). A ce niveau, un dossier est constitué, un certain nombre de bilans sont demandés (le dosage du CD4, le bilan biochimique, la NFS et les autres bilans prénataux usuels si cela n'était pas fait). La gestante séropositive se dirige sur rendez-vous vers le laboratoire du CIPEC, le laboratoire du CHD-B et la Banque de sang. Elle se fait aider du service social lorsque les analyses doivent être réalisées hors laboratoire CIPEC.

Lorsque les résultats sont disponibles, elle les ramène au secteur PTME. Elle est alors mise sous ARV après une à deux séances d'éducation thérapeutique. Lorsque les ARV sont prescrits, la gestante se dirige vers la pharmacie ARV et médicaments IO. Elle est servie gratuitement et se retourne chez le prescripteur pour indication. Ces ARV seront renouvelés chaque mois. Dès la 36^{ème} semaine d'aménorrhée (8 mois de grossesse), des explications sont fournies à la gestante pour la prise des ARV de l'enfant à naître, l'accouchement "propre et sûr" qui se fait sur tous les sites et l'importance de se rendre sur l'un des sites pour accoucher. A la naissance, après la prise des ARV, le nouveau-né est orienté vers le service de Pédiatrie.

Il faut noter que depuis 2004, le suivi des enfants nés de mères séropositives avait lieu sur les sites PTME et était calqué sur de simples consultations puis

sur les visites du Programme Elargi de Vaccination (PEV). A partir de 2010, il a été recommandé d'orienter les enfants nés de mères séropositives vers le site de référence (le service de Pédiatrie du CHDU-B) pour un meilleur suivi. Au service de pédiatrie du CHDU-B, un dossier médical dans lequel sont consignées toutes les informations relatives à l'enfant, est établi. Le suivi est mensuel et, à chaque consultation, un examen minutieux est fait à la recherche des signes d'appel de l'infection à VIH. La gestante séropositive choisit le mode d'allaitement du futur enfant. Elle est soutenue puis conseillée par le pédiatre.

Le dépistage précoce est disponible au CIPEC depuis janvier 2010. Il est systématiquement appliqué à tous les enfants de mères séropositives à l'âge de 6 semaines puis, est repris 6 à 8 semaines après l'arrêt de l'allaitement protégé. La sérologie VIH est faite à l'âge de neuf et dix-huit mois pour confirmer ou infirmer l'infection. Le processus de la PTME commence depuis la grossesse, dès que la gestante est dépistée séropositive, jusqu'à 18 mois après accouchement où la sérologie de l'enfant est connue.

Si l'enfant est infecté, la prise en charge se poursuit mensuellement.

A six mois de vie du nouveau-né, la mère qui poursuivait son traitement ARV à la maternité est référée au service de Prise en charge jusqu'à ce qu'elle soit revue avec une éventuelle autre grossesse. Nous pouvons déduire de tout ce qui précède que le circuit de la patiente dans le cadre de la PTME est très complexe.

B - Structures médico-techniques de mise en œuvre de la PTME

Ces structures, indispensables dans le processus de mise en œuvre de la PTME sont :

- ✓ le laboratoire et la banque de sang du CHDU-B ;

- ✓ le service social, le service de prise en charge et le service de psychiatrie du CHDU-B ;
- ✓ la pharmacie ARV/médicaments IO et la pharmacie CHDU-B.

Certaines analyses en cas de rupture de réactifs sont réalisées par le laboratoire du CHD. Les réactifs qui devraient être mis au congélateur sont transférés à la banque de sang du CHDU-B pour la conservation. Nous notons alors **une collaboration du CIPEC avec les autres structures médico-techniques du CHDU-B**. Le service social s'occupe de l'accompagnement psychologique et social des patients vivant avec le VIH et apporte un **appui nutritionnel aux malades vulnérables** (les nécessiteux) sous ARV par la distribution des vivres.

Le service de prise en charge s'occupe des PVVIH sur le plan thérapeutique, physique et biologique. C'est le service de référence en la matière. Il reçoit aussi les femmes issues de PTME (à partir de 6 mois après accouchement).

Le service de psychiatrie du CHDU-B quant à lui, apporte un soutien psychologique aux PVVIH déprimés.

Le site du CHDU-B dispose d'une pharmacie de distribution des Antirétroviraux (ARV) et les médicaments utilisés dans la prise en charge des infections opportunistes (IO). La consultation du registre de dispensation montre que **la pharmacie connaît des ruptures de stocks d'ARV et de médicaments IO**. Lorsque les médicaments IO ne sont pas disponibles au niveau de la pharmacie du site, les patients ont recours aux services de la pharmacie de l'hôpital par l'intermédiaire des assistants sociaux.

Au regard de ce qui précède, nous notons **une implication des services médico-techniques du CHDU-B dans la procédure de réalisation de la PTME**.

Paragraphe 2 : Inventaire des éléments de l'état des lieux et ciblage de la problématique de recherche

Il s'agit d'abord de recenser les forces et faiblesses relatives au déroulement des activités, ensuite, de faire le ciblage de la problématique de recherche.

I - Inventaire des forces et faiblesses

A - Inventaire des forces

- ❖ Nombre suffisant des agents en service au CIPEC-B/A ;
- ❖ Disponibilité d'infrastructures pour le bon fonctionnement du CIPEC ;
- ❖ Déroulement des activités du CIPEC conformément aux cahiers de charges ;
- ❖ Implication des partenaires dans la PTME ;
- ❖ Collaboration du CIPEC avec les autres structures médico-techniques du CHDU-B ;
- ❖ Appui nutritionnel aux malades vulnérables ;
- ❖ Implication des services médico-techniques du CHDU-B dans la procédure de réalisation de la PTME.

B - Inventaire des faiblesses et regroupement par centre d'intérêt

1 - Inventaire des faiblesses

- ❖ Manque de ressources pour le financement de certaines activités de grande importance pour la réussite de la mission du CIPEC ;
- ❖ Panne de certains appareils des laboratoires du CIPEC ;
- ❖ Ruptures fréquentes de stocks de réactifs et produits consommables dans les laboratoires du CIPEC et sur les sites PTME ;
- ❖ Méconnaissance de l'effectif des femmes séropositives utilisant les services de Planification Familiale (PF) dans la Commune de Parakou ;

- ❖ Absence de statistiques fiables sur les nouvelles infections et les décès liés au VIH chez les enfants et les mères séropositives ;
- ❖ Méconnaissance de la tendance actuelle du taux de TME du VIH dans la Commune de Parakou;
- ❖ Complexité du circuit de la patiente dans le cadre de la PTME ;
- ❖ Ruptures de stocks d'ARV et des médicaments IO à la pharmacie du site.

2 - Regroupement des problèmes par centre d'intérêt

Il s'agit de regrouper en problématiques possibles, les problèmes énumérés au niveau de l'inventaire des faiblesses en vue de choisir la problématique qui répond le mieux à notre profil.

De nos analyses, il ressort trois (03) centres d'intérêt pour lesquels il a été dégagé les problèmes spécifiques et le problème général en vue de formuler des problématiques.

Le tableau ci-dessous en donne l'illustration.

Tableau II : Regroupement des problèmes par centres d'intérêt

N°	Centres d'intérêt	Problèmes spécifiques	Problèmes généraux	Problématiques
1	Approvisionnement du CIPEC-B/A	Panne de certains appareils des laboratoires du CIPEC, indispensables à la réalisation des analyses	Approvisionnement peu optimal du CIPEC-B/A	Problématique de l'approvisionnement optimal du CIPEC-B/A
		Ruptures fréquentes de stocks de réactifs et produits consommables dans les laboratoires du CIPEC et sur les sites PTME		
		Ruptures de stocks d'ARV et des médicaments IO à la pharmacie du site		
2	Fonctionnement d'ensemble du CIPEC-B/A en matière de PTME	Manque de ressources pour le financement de certaines activités de grande importance pour la réussite de la mission du CIPEC	Organisation peu efficace du fonctionnement d'ensemble du CIPEC-B/A en matière de PTME	Problématique de l'organisation efficace du fonctionnement d'ensemble du CIPEC-B/A en matière de PTME
		Complexité du circuit de la patiente dans le cadre de la PTME		
3	Mise en œuvre de la stratégie de la PTME dans la Commune de Parakou	Méconnaissance de l'effectif des femmes séropositives utilisant les services de Planification Familiale dans la Commune de Parakou	Méconnaissance de l'évolution globale de la situation des mères et enfants en matière de PTME dans la Commune de Parakou	Problématique de l'optimisation du dispositif de mise en œuvre de la stratégie PTME dans la Commune de Parakou
		Absence de statistiques fiables liées au VIH sur les nouvelles infections, les décès chez les enfants et les mères séropositives		
		Méconnaissance de la tendance actuelle du taux de TME du VIH dans la Commune de Parakou		

Source : Notre stage-terrain, Septembre à Décembre 2012

II - Ciblage de la Problématique de recherche

A - Choix et Spécification de la problématique

1 - Choix de la problématique et justification du sujet

Les différents problèmes identifiés et regroupés par centre d'intérêt dans le tableau ci-dessus soulèvent trois (3) problématiques qui se libellent comme suit:

- problématique de l'approvisionnement optimal du CIPEC-B/A ;
- problématique de l'organisation efficace du fonctionnement d'ensemble du CIPEC-B/A en matière de PTME ;
- problématique de l'optimisation du dispositif de mise en œuvre de la stratégie PTME dans la Commune de Parakou.

Le CIPEC-B/A connaîtrait une meilleure performance si toutes ces problématiques étaient résolues ; mais l'exercice de rédaction de mémoire auquel nous sommes confrontée, nous demande de choisir la problématique dont la résolution aura des effets significatifs sur le CIPEC-B/A.

Le choix de la problématique faisant l'objet du présent mémoire est intervenu au terme d'une discussion autour de chacune des thématiques dégagées de l'état des lieux dressé, à savoir :

- ✓ la problématique n°1, celle de l'approvisionnement optimal du CIPEC-B/A est beaucoup plus axée sur l'organisation interne de l'institution. Or, notre ambition est de participer à la gestion de la structure en adéquation avec les intérêts des mères et enfants en matière de PTME.
- ✓ la problématique n°2 relative à l'organisation efficace du fonctionnement d'ensemble du CIPEC-B/A en matière de PTME, qui relève aussi bien de l'organisation interne qu'externe de la structure, nous semble moins intéressante. En effet, les problèmes spécifiques qui y sont liés peuvent

être résolu à la suite d'une concertation entre les dirigeants du CIPEC-B/A et ceux du PNLIS pour une bonne répartition des ressources financières mobilisées auprès des Partenaires Techniques et Financiers en vue de la réalisation de certaines activités de grande importance pour la réussite la mission du CIPEC. Par ailleurs, il revient aux dirigeants de ces deux institutions de renforcer les dispositifs mis en place pour simplifier le circuit de la patiente dans le cadre de la PTME. Par exemple, la décentralisation du service de distribution d'ARV au niveau des sites PTME et la responsabilisation des infirmières et sages-femmes pour la prescription d'ARV, réduiraient considérablement le circuit de la patiente.

- ✓ la problématique n°3, relative à l'optimisation du dispositif de mise en œuvre de la stratégie PTME dans la Commune de Parakou, quant à elle, vise la mise en œuvre efficace des projets et programmes de lutte contre le VIH/SIDA moyennant un accent particulier sur la gestion axée sur résultats. Par ailleurs, elle offre l'opportunité de traiter de la question de la prévention du VIH chez les enfants, dont l'importance pour une meilleure connaissance de l'évolution globale de la situation réelle des mères et enfants en matière de PTME dans la Commune de Parakou n'est plus à démontrer. Enfin, cette thématique s'inscrit dans le champ des connaissances acquises au cours de notre formation en Gestion des projets, notamment en matière de suivi de la mise en œuvre des projets/programmes.

En conséquence, la problématique n°3, relative à l'optimisation du dispositif de mise en œuvre de la stratégie PTME dans la Commune de Parakou est retenue.

Pour participer à la résolution des problèmes liés à cette problématique choisie, le thème de notre mémoire a été formulé comme suit : « **Optimisation du dispositif de mise en œuvre de la stratégie de Prévention de la Transmission Mère-Enfant du VIH dans la Commune de Parakou** ».

2 - Spécification de la problématique

Une fois la problématique de notre étude dégagée, il apparaît important de faire remarquer que dans le cadre de la lutte contre le VIH/SIDA, des espoirs ont été placés dans la PTME au regard de l'intérêt que celle-ci revêt pour toutes les femmes séropositives ainsi que pour la communauté et les travailleurs de santé. Aussi, c'est à travers cette stratégie que les âmes innocentes que sont les enfants nés de mères séropositives seront épargnées de l'infection à VIH/SIDA.

La problématique ainsi retenue se libelle à travers le problème général de la méconnaissance de l'évolution globale de la situation des mères et enfants en matière de PTME dans la Commune de Parakou et les problèmes spécifiques ci-après :

- problème spécifique n°1 : méconnaissance de l'effectif des femmes séropositives utilisant les services de Planification Familiale dans la Commune de Parakou ;
- problème spécifique n°2 : absence de statistiques fiables liées au VIH sur les nouvelles infections et les décès chez les enfants et les mères séropositives ;
- problème spécifique n°3 : méconnaissance de la tendance actuelle du taux de TME du VIH dans la Commune de Parakou.

B - Vision globale et séquences de résolution de la problématique

1 - Vision globale de résolution de la problématique

La problématique de notre étude étant dégagée et spécifiée, il nous revient à présent de préciser notre vision globale pour la résolution du problème en étude. Rappelons que le problème général est la méconnaissance de l'évolution globale de la situation réelle des mères et enfants en matière de PTME dans la Commune de Parakou.

Pour avoir une meilleure connaissance de l'évolution globale de la situation des mères et enfants en matière de PTME dans la Commune de Parakou, il convient de procéder à une mise en œuvre efficace de la stratégie PTME dans ladite Commune. La mise en œuvre est une phase importante du cycle de vie d'un projet. La qualité de la mise en œuvre contribue à la réussite des projets/programmes. Nous sommes donc en présence d'approches génériques liées au problème général, en plein dans la théorie générale de la gestion des projets qui sera présentée par rapport aux différents problèmes spécifiques.

Le problème spécifique n°1 est relatif à la **méconnaissance de l'effectif des femmes séropositives utilisant les services de PF dans la Commune de Parakou**. La fréquentation des services de PF par les femmes séropositives permettra de leur assurer un intervalle inter-génésique suffisant et la reconstitution de leur santé avant une prochaine grossesse. Les services de PF offerts aux mères séropositives réduisent sensiblement la morbidité et la mortalité infantile liées au VIH. La PF préserve les mères séropositives contre les grossesses non désirées et leurs multiples conséquences sur la santé. Dans notre démarche de résolution de ce problème spécifique, nous nous fondons sur l'approche théorique basée sur la nécessité de disposer des données relatives à l'effectif des femmes utilisant les services de PF.

Le problème spécifique n°2 se rapporte à l'absence de statistiques fiables liées au VIH, sur les nouvelles infections et les décès chez les enfants et les mères séropositives. Les conditions de diffusion ainsi que le contenu des messages dramatisant le VIH/SIDA dans les années 1990, ancrés dans la mémoire de la population béninoise en général et celle de la Commune de Parakou en particulier, ont largement contribué à cette situation. Il urge alors de revoir la méthode de sensibilisation ainsi que le contenu du message transmis lors des activités d'Information d'Education et Communication (IEC) et de Communication pour un Changement de Comportement (CCC). Pour ce faire, l'approche théorique de la sensibilisation axée sur l'actualisation des activités d'IEC/CCC est retenue.

Le problème spécifique n°3 est lié à la méconnaissance de la tendance actuelle du taux de TME du VIH dans la Commune de Parakou. La connaissance du taux de TME passe par le suivi régulier de tous les enfants nés de mères séropositives. A cet effet, pour la résolution de ce problème, le recours à l'approche théorique basée sur les ruptures de suivi médical en matière de PTME s'avère indispensable.

La synthèse des différentes approches par problème se présente comme suit :

Tableau III : Synthèse des approches par problème

Niveaux spécifiques	Problèmes spécifiques	Approches retenues
1	Méconnaissance de l'effectif des femmes séropositives utilisant les services de Planification Familiale dans la Commune de Parakou.	Approche théorique basée sur la nécessité de disposer des données relatives à l'effectif des femmes utilisant les services de PF dans la Commune de Parakou.
2	Absence de statistiques fiables liées au VIH sur les nouvelles infections, les décès chez les enfants et les mères séropositives dans la Commune de Parakou.	Approche théorique de la sensibilisation axée sur l'actualisation des activités d'IEC/CCC.
3	Méconnaissance de la tendance actuelle du taux de TME du VIH dans la Commune de Parakou.	Approche théorique basée sur les ruptures de suivi médical en matière de PTME.

Source : Notre étude septembre 2012 à février 2013

2 - Séquences de résolution de la problématique

La problématique spécifiée a été résolue à travers les étapes ci-après :

- fixation des objectifs de l'étude ;
- identification des causes et formulation des hypothèses de recherche ;
- élaboration du tableau de bord de l'étude (TBE) ;
- revue de littérature;
- choix des outils de collecte des données ;
- choix des outils d'analyse des données ;
- collecte des données ;
- analyse des données ;
- établissement du diagnostic ;
- approches de solutions et conditions de leur mise en œuvre.

CHAPITRE DEUXIEME

EVALUATION DU DISPOSITIF DE MISE EN ŒUVRE DE LA STRATEGIE DE PREVENTION DE LA TRANSMISSION MERE-ENFANT DU VIH ET PROPOSITIONS D'AMELIORATION

Ce chapitre est consacré à la l'élaboration du cadre théorique et à la définition de la méthodologie de l'étude d'une part, puis à la présentation et l'analyse des éléments de performance du dispositif de mise en œuvre de la stratégie PTME dans la Commune de Parakou ainsi qu'aux propositions d'amélioration d'autre part.

Section 1 : Cadre théorique et méthodologie de l'étude

Cette section nous permet de présenter le cadre théorique et de décrire le choix de la méthodologie de l'étude.

Paragraphe 1 : Cadre théorique de l'étude

Dans ce paragraphe, nous procédons dans un premier temps à la fixation des objectifs et à la formulation des hypothèses de notre étude, puis dans un second temps, nous réalisons la revue de littérature spécifique à la préoccupation de l'étude.

I - Fixation des objectifs et formulation des hypothèses de recherche

A - Fixation des objectifs de recherche

Les objectifs de l'étude sont formulés en termes d'objectif général lié au problème général et d'objectifs spécifiques relatifs aux problèmes spécifiques.

1 - Objectif général

L'objectif général de notre étude est d'analyser le dispositif de mise en œuvre de la stratégie PTME dans la Commune de Parakou.

2 - Objectifs spécifiques

Ils sont formulés, comme nous venons de le mentionner plus haut en fonction des trois problèmes spécifiques identifiés.

Objectif spécifique n°1 : déterminer le niveau de risque de stigmatisation lié à la fréquentation des services de PF par les femmes séropositives.

Objectif spécifique n°2 : évaluer la portée (forces et faiblesses) des actions de sensibilisation menées en matière de VIH/SIDA dans la Commune de Parakou.

Objectif spécifique n°3 : décrire la tendance actuelle du taux de TME du VIH dans la Commune de Parakou.

B - Identification des causes possibles et formulation des hypothèses

Il est question ici de rechercher les causes possibles et de formuler les hypothèses liées à chacun des problèmes spécifiques de notre étude.

1 - Causes et hypothèse liées aux problèmes spécifiques n°1 et n°2

a - A propos du problème spécifique n°1 : la méconnaissance de l'effectif des femmes séropositives utilisant les services de PF

Pour ce qui concerne le problème spécifique n°1, les causes possibles suivantes ont été identifiées :

- insuffisance dans la tenue des registres de PF ;
- existence de risque de stigmatisation des femmes séropositives.

Vouloir expliquer la méconnaissance de l'effectif des femmes séropositives utilisant les services de PF par l'insuffisance dans la tenue des registres n'est pas tout à fait faux. En effet, sur tous les sites parcourus, les registres de PF observés ne prévoient pas une rubrique pour la notification des femmes séropositives. Mais il nous a été rapporté par les responsables de site que de 2004 à 2006, un système de marquage des carnets de santé des femmes séropositives était mis en place en vue de mieux les orienter dans leur suivi. Très tôt, ce système a été annulé du fait du risque de stigmatisation. Il s'agit d'une auto stigmatisation des femmes séropositives elles-mêmes qui grattaient

les signes de marquage ou qui changeaient fréquemment leur carnet de santé. De même, la stigmatisation provenait du rang des soignants et de la communauté. De ce fait, le risque de stigmatisation des femmes séropositives paraît comme la cause la plus vraisemblable pouvant expliquer ce problème de méconnaissance d'effectif. Par conséquent, l'hypothèse relative au problème spécifique n°1 se formule comme suit : **la méconnaissance de l'effectif des femmes séropositives utilisant les services de Planification Familiale dans la Commune de Parakou est liée au risque de stigmatisation de ces femmes.**

b - A propos du problème spécifique n°2 : l'absence de statistiques fiables liées au VIH, sur les nouvelles infections et les décès chez les enfants et les mères séropositives

Pour le problème spécifique n°2, deux causes possibles sont évoquées :

- utilisation d'un système peu performant de collecte des données en matière de VIH, sur les nouvelles infections, les décès chez les enfants et les mères séropositives ;
- insuffisances relevées dans les actions de sensibilisation de la population de Parakou sur le VIH/SIDA.

Considérant la première cause évoquée, nous pouvons dire que les nouvelles infections à VIH ainsi que les décès liés au VIH chez les mères séropositives et les enfants ne sont pas totalement enregistrés. En effet, le dépistage du VIH qui n'est pas obligatoire, fait que toutes les personnes n'ont toujours pas la volonté de connaître leur état sérologique. De même, les décès enregistrés en matière de VIH ne sont que ceux survenus dans les formations sanitaires, étant donné que la population de Parakou n'a pas l'habitude de déclarer les décès survenus dans la communauté et qu'aucune autopsie n'est réalisée sur les corps avant leur inhumation. Par ailleurs, certaines faiblesses sont aussi relevées : les battages médiatiques dramatisant le VIH et calqués dans la mémoire de la

population ; l'engagement sous conditions des leaders d'opinions et des ONG dans les actions de sensibilisation (ceux-ci n'ont pas la volonté de s'y impliquer en l'absence de financement) ; l'importance accordée à la stigmatisation ; l'absence de dénonciation des comportements déviants. Au regard de tous ces paramètres, nous incriminons les faiblesses dans les actions de sensibilisation de la population de Parakou sur le VIH/SIDA. Par conséquent, nous formulons l'hypothèse relative au problème spécifique n°2 comme suit : l'absence de statistiques fiables liées au VIH sur les nouvelles infections, les décès chez les enfants et les mères séropositives est due aux faiblesses dans les actions de sensibilisation de la population de Parakou sur le VIH/SIDA.

2 - Causes et hypothèse liées au problème spécifique n°3 : la méconnaissance de la tendance actuelle du taux de TME du VIH

Par rapport au problème spécifique n°3, les causes probables relevées sont :

- utilisation d'un système peu performant de collecte de données sur la TME du VIH dans la Commune de Parakou;
- existence de perdus de vue.

L'utilisation d'un système peu performant de collecte de données sur la TME du VIH, paraît comme une cause justifiée. En effet, aucun moyen n'a permis, de 2004 à 2010, de savoir si un enfant dépisté séropositif a été infecté pendant la grossesse, au cours de l'accouchement ou pendant l'allaitement. De même, la sérologie de tous les enfants nés de mères séropositives au cours de la même période et étant supposés avoir déjà atteint l'âge de 18 mois n'est pas connue ; sauf les cas rares où les mères ont pris conscience du danger que courent leurs enfants si elles ne respectent pas les rendez-vous de suivi. Face à ces éléments, nous incriminons à juste titre, une défaillance dans le suivi des mères séropositives et des enfants issus de celles-ci. Selon les documents consultés,

SALIFOU et al. (2008) ont estimé à 85,25%, la proportion de gestantes perdues de vue dans la Commune de Parakou. Pour MIDETE (2010), le taux élevé de déperdition constitue un véritable problème dans le suivi des enfants infectés et la plupart des enfants perdus de vue (92,7%) étaient des enfants qui n'ont plus été revus juste après le dépistage. En effet, pendant la période de 2004 à 2010, il n'était pas possible de connaître au premier test, le résultat définitif du dépistage des enfants nés de mères séropositives. Après un premier test effectué à 9 mois de vie de ces enfants, un deuxième test de confirmation ou d'infirmerie des résultats du premier test est effectué quand ces enfants ont atteint l'âge de 18 mois. Au cours de cette période d'attente, la plupart des enfants sont perdus de vue. C'est pour cette raison que nous retenons comme cause la plus probable, l'existence de perdus de vue qui se traduit par une rupture de suivi survenue aussi bien chez les mères séropositives que chez leurs enfants. Eu égard à tout ce qui précède, nous formulons l'hypothèse relative au problème spécifique n°3 de la manière suivante : **la méconnaissance de la tendance actuelle du taux de TME du VIH est liée à l'existence des perdus de vue.**

Le tableau de bord ci-dessus, fait la synthèse du cadre théorique de l'étude.

Tableau IV : Tableau de bord de l'étude

Niveau d'analyse	Problématique	Objectifs	Causes supposées	Hypothèses	
Niveau Général	Méconnaissance de l'évolution globale de la situation des mères et enfants en matière de PTME dans la Commune de Parakou.	d'analyser le dispositif de mise en œuvre de la stratégie PTME dans la Commune de Parakou	-	-	
Niveaux spécifiques	1	Méconnaissance de l'effectif des femmes séropositives utilisant les services de PF dans la Commune de Parakou.	déterminer le niveau de risque de stigmatisation lié à la fréquentation des services de PF par les femmes séropositives.	Existence de risque de stigmatisation des femmes séropositives.	La méconnaissance de l'effectif des femmes séropositives utilisant les services de PF dans la Commune de Parakou est liée à l'existence de risque de stigmatisation.
	2	Absence de statistiques fiables liées au VIH sur les nouvelles infections, les décès chez les enfants et les mères séropositives dans la Commune de Parakou.	évaluer la portée (forces et faiblesses) des actions de sensibilisation menées en matière de VIH/SIDA dans la Commune de Parakou.	Insuffisances relevées dans les actions de sensibilisation de la population de Parakou sur le VIH/SIDA.	L'absence de statistiques fiables liées au VIH sur les nouvelles infections, les décès chez les enfants et les mères séropositives est due à des insuffisances relevées dans les actions de sensibilisation de la population de Parakou sur le VIH/SIDA.
	3	Méconnaissance de la tendance actuelle du taux de TME du VIH dans la Commune de Parakou.	Décrire la tendance actuelle du taux de TME du VIH dans la Commune de Parakou.	Existence de perdus de vue.	La méconnaissance de la tendance actuelle du taux de TME du VIH dans la Commune de Parakou est liée à l'existence de perdus de vue.

Source : Notre étude Septembre 2012 à Février 2013

II - Revue de littérature

La revue de la littérature nous a amené à nous intéresser aux travaux de recherche antérieurs et à la littérature générale sur les différents concepts pertinents à notre sujet de recherche que sont le VIH/SIDA, la TME, les perdus de vue, la mise en œuvre d'un projet/programme et la stratégie de mise en œuvre de la PTME du VIH.

A - Généralités sur le VIH/SIDA et la TME

1 - Le VIH

Pour MIDEETE (2010), « le Virus de l'Immunodéficience Humaine (VIH) est une infection virale chronique ». Le VIH anéantit le système de défense de l'organisme qui lutte contre les infections et les maladies (système immunitaire), en infectant certains globules blancs, et affaiblissant ainsi le système immunitaire. Lorsque le système immunitaire est affaibli, l'organisme perd ses protections contre les maladies. Au fil du temps, le système immunitaire devient incapable de lutter contre l'infection par le VIH, et la personne infectée peut développer des maladies graves et mortelles, notamment, d'autres infections appelées infections opportunistes et certaines formes de cancer.

Lorsqu'une personne est infectée par le VIH, elle est dite "porteuse du VIH" ; ce qui signifie que le test du VIH de cette personne s'est révélé positif.

Un test du VIH permet de détecter la présence d'anticorps ou d'antigènes spécifiques du VIH dans le sang, la salive et les urines (PNLS-Congo, 2009, p.10). Ainsi, une personne dont les résultats des tests sanguins montrent une infection par le VIH est dite séropositive. Une personne dont les résultats des tests sanguins ne montrent pas d'infection par le VIH est dite séronégative. Cependant, si cette personne dont le test VIH est négatif a eu un

comportement à risque au cours des trois mois précédents, elle doit effectuer un nouveau dépistage trois mois plus tard.

2 - Le SIDA

Le Syndrome d'Immuno Déficience Acquis (**SIDA**) désigne le stade le plus avancé de l'infection à VIH caractérisé par une altération profonde de l'immunité et la survenue des infections opportunistes.

Syndrome = ensemble de symptômes et signes résultant de l'infection par le VIH. **Immuno** : parce que le VIH attaque le système immunitaire et augmente la susceptibilité aux infections. **Déficience** = Diminution de la capacité de se protéger contre les maladies. **Acquis** : c'est-à-dire non héréditaire, pour faire la différence avec une maladie génétique ou héréditaire responsable d'un dysfonctionnement immunitaire.

3 - Différences entre le VIH et le SIDA

Le VIH est le virus qui cause l'infection à VIH.

La personne infectée par le VIH peut ne pas présenter les symptômes de la maladie mais peut cependant transmettre l'infection à d'autres personnes.

La plupart des personnes infectées par le VIH développeront le SIDA après un certain temps, qui peut aller de quelques mois à plus de quinze ans.

Le SIDA est un ensemble de maladies et d'infections opportunistes graves qui se développent après une longue période d'infection par le VIH.

Le diagnostic du Sida se fait sur la base de critères cliniques spécifiques et de résultats de tests de laboratoire.

4 - Cible du VIH

Il s'agit des lymphocytes T-CD4.

Selon AYEDADJOU (2010), « quand le VIH se multiplie activement, il infecte et tue les cellules T-CD4, un type spécifique de globules blancs qui constituent les piliers du système de défense immunitaire contre la maladie ». Le taux de CD4 et la charge virale sont deux mesures de la progression du VIH. Les effets du VIH sont mesurés par la chute du taux des cellules CD4. Le taux de CD4 est le nombre de cellules CD4 dans le sang qui reflète l'état du système immunitaire. Le taux normal chez un adulte en bonne santé se situe entre 600 et 1200 cellules/mm³. Lorsque le taux de CD4 chez un adulte chute à moins de 200 cellules/mm³, le risque d'infections opportunistes graves devient élevé.

La charge virale est la quantité du virus du VIH dans le sang. On peut la mesurer par le test des réactions en chaîne par polymérase (PCR) du virus VIH. Le test est utilisé comme un marqueur de réponse au traitement antirétroviral (TARV). Un taux élevé de la charge virale ouvre la voie à un risque de transmission plus élevé.

5 - Histoire naturelle de l'infection à VIH

L'histoire naturelle décrit l'évolution spontanée de la maladie en l'absence de traitement. Chez l'adulte l'évolution naturelle de la maladie est bien connue en l'absence de traitement ; elle conduit à la mort après une période qui passe par quatre grandes phases :

- ✓ **La phase de primo-infection ou stade de séroconversion** : c'est le laps de temps qui s'écoule entre le moment où une personne est infectée et le moment où les résultats du test des anticorps se révèlent positifs. Cette période s'appelle « la fenêtre sérologique ».
- ✓ **La phase de séropositivité (latence) ou stade asymptomatique du VIH** : une personne qui est infectée par le VIH mais paraît et se sent en bonne santé est dite **asymptomatique**. Elle ne présente alors aucun des signes ou symptômes indiquant la présence du VIH.

- ✓ **La phase de reprise de l'évolution ou stade symptomatique du VIH :** une personne qui présente les signes physiques de l'infection à VIH et constate la présence des symptômes liés de l'infection VIH est dite **symptomatique**.
- ✓ **La phase de SIDA maladie ou stade SIDA :** Presque toutes les personnes séropositives vont développer avec le temps la maladie liée au VIH, le SIDA, qui est le stade terminal de l'infection par le VIH.

6 - Types et mode de transmission de VIH

Il existe deux types de VIH : le **VIH1** et le **VIH2**.

Selon le Dr SALMANE lors de l'atelier de formation des acteurs de site en 2008, le VIH1 évolue plus rapidement pour atteindre la phase finale que le VIH2. A la phase finale, les deux virus présentent les mêmes manifestations. En dehors de toute action préventive, le VIH1 se transmet à plus de 30% des cas de la mère à l'enfant tandis que la transmission du VIH2 de la mère à l'enfant est presque rare (moins de 1% des cas).

Le VIH1 est le type le plus répandu. Les deux types se transmettent de la même manière et sont associés aux mêmes infections opportunistes et au SIDA. Le VIH2 se transmet moins facilement que le VIH1.

Le VIH se transmet :

- Par **contacts sexuels** (voie sexuelle) tels que des rapports sexuels, anaux ou buccaux non protégés.
- Par **voie sanguine** telle que la transfusion d'un sang infecté, l'utilisation de drogues intraveineuses.
- Par **voie verticale** d'une mère infectée à son enfant, pendant la grossesse, le travail, l'accouchement et l'allaitement maternel ; c'est la transmission du VIH de la mère à l'enfant (**TME**).

7 - La Transmission Mère-Enfant (TME) du VIH

La Transmission Mère-Enfant (TME) du VIH ou transmission périnatale se fait d'une mère séropositive à son enfant pendant la grossesse (transmission in utero précoce et tardive), au cours du travail, de l'accouchement et pendant la période de l'allaitement maternel. La majorité des enfants infectés par le VIH le sont par TME.

Chez les enfants infectés par le VIH, dans le cadre de la Transmission du VIH de la mère à l'enfant (TME), la phase asymptomatique est plus courte. Un petit nombre d'entre eux va commencer à tomber malade dans les premières semaines de vie. La plupart des enfants commencent à développer des symptômes avant l'âge de 2 ans ; certains resteront cependant en bonne santé pendant plusieurs années.

De nombreux facteurs influencent la TME du VIH. Ces facteurs se résument dans le tableau ci-après :

Tableau V : Facteurs influençant la TME du VIH

Grossesse	Travail et Accouchement	Allaitement Maternel
Haute charge virale maternelle (nouvelle infection ou stade avancé de SIDA)	Haute charge virale maternelle (nouvelle infection ou stade avancé de SIDA)	Haute charge virale maternelle (nouvelle infection ou stade avancé de SIDA)
Infection virale, bactérienne ou parasitaire du placenta (par exemple le paludisme)	Rupture des membranes plus de 4 heures avant le début de travail	Durée de l'allaitement au sein
Infection sexuellement transmissible (IST)	Procédures invasives d'accouchement qui augmentent le contact avec le sang infecté des muqueuses corporelles de la femme (exemple : l'épisiotomie)	Un mélange précoce d'alimentation (par exemple la nourriture et/ou des liquides dont le lait artificiel en plus du lait maternel)
Malnutrition maternelle (étant une cause indirecte)	Premier enfant dans un accouchement multiple	Une mauvaise alimentation de la mère
		Maladie orale chez l'enfant (par exemple, plaie dans la bouche)

Source : Modules de Formation PRETRAM, PNLS-Bénin, 1^{re} édition

8 - Impacts du VIH

- ✓ **Sur le plan mondial :**
 - La population active est la plus touchée, avec des conséquences négatives sur le développement économique des pays ;
 - Systèmes de santé submergés et diminution de l'espérance de vie ;
 - Baisse des taux de survie infantiles ;
 - Nombre croissant d'enfants infectés et d'orphelins dus au SIDA.

- ✓ **Effets de la pandémie du VIH/SIDA sur l'individu :**
 - La maladie et les souffrances ;
 - La diminution de l'espérance de vie ;
 - Une perte d'emploi et de revenus ;
 - Le décès de membres de la famille, provoquant tristesse, pauvreté (longue durée de la maladie et prise en charge coûteuse) et désespoir ;
 - Un accès difficile aux soins à cause de la stigmatisation et de la discrimination ;
 - La détérioration de la santé de l'enfant et la mise en question de sa survie ;
 - L'affaiblissement de l'intégrité et du rôle des structures de soutien de la famille.

9 - Traitement par les ARV dans le cadre de la PTME

Selon les normes et protocoles de prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH au Burkina Faso, 3^{ème} édition (novembre 2008), les ARV sont des médicaments dont la prescription optimale exige la connaissance des molécules, de leurs effets secondaires, des combinaisons thérapeutiques et des conditions exigées pour l'obtention de meilleurs résultats.

La prescription des ARV nécessite :

- la disponibilité constante des ARV ;
- des prescripteurs formés et compétents ;
- la mise en place de l'aide à l'observance ;
- la disponibilité d'examen complémentaires permettant la surveillance de l'efficacité des traitements et la surveillance des effets secondaires.

Le traitement par les ARV vise à augmenter la durée de vie, améliorer la qualité de la vie, restaurer l'immunité, diminuer le risque de transmission du VIH et rendre la charge virale indétectable le plus longtemps possible.

Au début de la mise en œuvre de la PTME dans les années 2004 à Parakou, la prophylaxie visant à prévenir la transmission du VIH de la mère à l'enfant était basée sur la mono prophylaxie (l'utilisation d'une seule molécule d'ARV) à base de la Névirapine. Mais en vue de se conformer aux normes internationales, la triprophylaxie/trithérapie (l'utilisation de trois molécules d'ARV) a été introduite dans la PTME en 2008.

10 - Notion de perdus de vue

La perte de vue des patients sous traitement ARV est définie différemment selon les pays et les programmes, allant de trois mois à douze mois. Selon le programme de la GTZ IS (Coopération technique allemande internationale service), le **patient perdu de vue** est tout patient qui ne s'est pas présenté au rendez-vous de retrait des médicaments depuis trois mois et dont la structure sanitaire ne dispose d'aucune nouvelle.

Au Bénin, la notion de perdus de vue désigne les malades qui cessent le suivi médical relatif à leur pathologie depuis plus de 8 mois après le dernier rendez-vous. Ils n'ont plus de contact avec la structure de soin dans laquelle ils étaient initialement suivis. En ce qui concerne l'infection à VIH, ces populations

soulèvent des enjeux de santé publique majeurs, parmi lesquels la chute de la réduction du taux de transmission du VIH de la mère à l'enfant avec un risque élevé de la contamination des partenaires qui n'étaient pas infectés; la propagation du VIH dans la population et le défaut de suivi des nouveau-nés de mères séropositives entraînant un taux élevé de mortalité infantile due au VIH ; la mauvaise utilisation des ARV ; la résistance aux ARV avec l'apparition de nouvelles souches de VIH ; la faiblesse dans la fiabilité et l'exactitude des données statistiques en matière de VIH.

B - Mise en œuvre d'un projet/programme et stratégie de mise en œuvre de la PTME du VIH

1 - Mise en œuvre d'un projet/programme

La mise en œuvre d'un projet/programme est l'exécution du projet ou du programme par l'exploitation des moyens prévus dans la convention de financement en vue d'atteindre les résultats et l'objectif spécifique du projet ou du programme. C'est la cinquième phase du cycle de vie d'un projet/programme qui court du démarrage jusqu'à la fin de l'exécution des activités. Rappelons que le cycle de vie d'un projet/programme comporte six phases que sont :

- ✓ la programmation indicative ;
- ✓ l'Identification ;
- ✓ la Formulation ou l'Instruction ;
- ✓ le Financement ;
- ✓ la Mise en œuvre ou l'Exécution ;
- ✓ l'Evaluation.

A la phase de mise en œuvre du projet/programme, il est important de procéder au suivi qui sert à identifier les déviations par rapport aux prévisions ;

ce qui permet d'envisager des actions correctives ou les redressements nécessaires.

Le document élaboré à la fin de cette phase est le rapport de mise en œuvre.

2 - Stratégies de mise en œuvre de la PTME du VIH

Elles découlent des résultats attendus.

- **Stratégies liées au résultat attendu N°1** (les nouvelles infections chez les jeunes de 15 à 24 ans et les femmes en âge de procréer sont réduites de 50% d'ici à 2015) :
 - ❖ Communication pour le changement de comportement sur le VIH/SIDA en direction des adolescents et jeunes et des femmes en âge de procréer ;
 - ❖ Renforcement des acteurs à tous les niveaux y compris les Associations et ONG, les groupes de soutien et d'éducation par les pairs
 - ❖ Renforcement de l'accessibilité au dépistage volontaire et gratuit aux jeunes de 15 à 24 ans et aux femmes en âge de procréer ;
 - ❖ Mobilisation communautaire pour la réalisation d'activités de communication.

- **Stratégies liées au résultat attendu N°2** (50% des femmes séropositives utilisent au moins un moyen efficace pour prévenir les grossesses non désirées d'ici à 2015) :
 - ❖ Renforcement des synergies entre les programmes préexistants pour le VIH, la Santé Maternelle Néonatale et Infantile (SMNI), la Planification Familiale (PF) ;

- **Stratégies liées au résultat attendu N°3** (la transmission mère-enfant durant la grossesse, l'accouchement et l'allaitement est réduite de 14% à moins de 5% d'ici à 2015) :

- ❖ Mobilisation des conjoints pour l'accompagnement des femmes en CPN ;
 - ❖ Communication interpersonnelle en direction des femmes enceintes pour accepter le dépistage du VIH ;
 - ❖ Intégration de la PTME dans le paquet minimum d'activités des agents communautaires ;
 - ❖ Mobilisation des conjoints des femmes enceintes séropositives à se faire dépister ;
 - ❖ Renforcement de la couverture des zones sanitaires en appareils CD4 ;
 - ❖ Généralisation de la délégation des tâches aux agents qualifiés (infirmiers et sages-femmes) pour la prescription des ARV ;
 - ❖ Renforcement du système d'approvisionnement des sites en réactifs, ARV adultes et pédiatriques, médicament IO ;
 - ❖ Amélioration des conditions pour la réalisation d'accouchements propres et sûrs ;
 - ❖ Amélioration des pratiques d'allaitement pour les nouveaux nés de mères séropositives.
- **Stratégies liées au résultat attendu N°4** (les décès attribués au VIH chez les femmes séropositives dans les 12 mois du post partum sont réduits de 50% d'ici à 2015) :
- ❖ Prise en charge des femmes séropositives par les ARV et les médicaments pour IO en post-partum ;
 - ❖ Renforcement de l'orientation des femmes PVVIH de la maternité aux sites de prise en charge après la période post-natale ;
 - ❖ Promotion de conseils nutritionnels aux femmes séropositives en post partum.

Stratégies liées au résultat attendu N°5 (les décès attribués au VIH chez les enfants de moins de 5 ans sont réduits de 90% d'ici à 2015) :

- ❖ Renforcement des capacités des prestataires des maternités pour la prophylaxie des enfants exposés ;
- ❖ Renforcement de la couverture des départements en appareils pour la PCR ;
- ❖ Renforcement du suivi clinique des enfants exposés au VIH ;
- ❖ Suivi communautaire du couple mère-enfant jusqu'à 18 mois dans le contexte de la PTME.

Paragraphe 2 : Choix de la méthodologie de l'étude

Ce paragraphe met en exergue la dimension empirique et la dimension théorique de l'étude.

I - Dimension Empirique

Cette approche nous permet de mettre en évidence la méthode d'enquête envisagée, la réalisation de l'enquête et les difficultés rencontrées.

A - Méthode d'enquête envisagée

Elle est composée de sept (7) étapes :

Objectif de la collecte des données

La collecte des données nous permet d'entrer en possession des informations pour la vérification des hypothèses émises.

Cadre de l'enquête et population ciblée

La Commune de Parakou a été choisie comme cadre de réalisation de nos enquêtes. La population cible est constituée :

- du responsable CIPEC-B/A ;
- des ingénieurs biologistes du CIPEC-B/A ;
- des agents de santé des 6 sites pilotes de PTME (CHDU-B, CSCOM, CSA Zongo, Kpébié, Tourou et Madina) ;
- des statisticiens en santé ;
- Partenaires Techniques et Financiers (PTF) ;
- Personnes Vivant avec VIH (PVVIH).

Outils de collecte des données

Pour réunir les données qui serviront au test des hypothèses formulées, nous avons utilisé un questionnaire complété par un guide d'entretien et un guide d'observation. Ces trois instruments sont annexés au présent mémoire (Annexes n°1, n°2 et n°3).

Le questionnaire est adressé aux enquêtés (exceptés les PVVIH qui ont bénéficié du guide d'entretien), en tenant compte de la maîtrise qu'ils ont des problèmes en résolution et de la richesse des informations qu'ils sont censés détenir.

Echantillonnage

La population cible de l'étude a été déterminée par combinaison de choix raisonné, aléatoire et de choix exhaustif, en tenant compte du temps imparti, des problèmes en résolution et du type d'information recherchée.

Le tableau ci-dessous récapitule notre échantillon.

Tableau VI : Echantillonnage de la population cible

Catégorie de l'enquêté	Effectifs		Pourcentage	Mode d'échantillonnage
	Prévus	Echantillon		
Pédiatres	03	03	100%	Exhaustif
Responsable CIPEC	01	01	100%	Exhaustif
Infirmières	03	03	100%	Exhaustif
Ingénieurs Biologistes	03	03	100%	Exhaustif
Gynécologues	04	04	100%	Exhaustif
Sages-femmes	42	42	100%	Exhaustif
Médecin ZS/P-N	01	01	100%	Exhaustif
PTF	02	02	100%	Exhaustif
PVVIH	40	40	100%	Non raisonné
Statisticiens en santé	04	02	50%	Raisonné
TOTAL	103	101	98,05%	-

Source : Notre étude Septembre 2012 à Février 2013.

Spécification des données

Les données à mobiliser dans le cadre de notre enquête, se rapportent aux variables des différentes hypothèses que nous avons formulées plus tôt. Elles découlent des points de vue de toutes les personnes qui sont enquêtées sur les problèmes spécifiques relatifs à notre étude.

Dépouillement et saisie des données

Les données recueillies sont dépouillées manuellement et saisies dans le logiciel Excel pour traitement. Ces données proviennent des enquêtés ayant bénéficié du questionnaire.

Les points de vue des PVVIH qui ont bénéficié du guide d'entretien sont pris en compte dans l'élaboration des approches de solutions et dans les recommandations.

Présentation des données

Les résultats de l'enquête sont présentés par la méthode des tris à plat et leurs représentations graphiques sont faites sous forme d'histogramme.

B - Réalisation de l'enquête, difficultés rencontrées et limites des données

1 - Préparation et réalisation de l'enquête

Dans le souci de bien réaliser l'enquête, nous avons d'abord effectué une pré-enquête. Cette dernière a consisté à élaborer le questionnaire que nous avons d'abord testé sur un nombre restreint de personnes ne faisant pas partie de notre échantillon. Les résultats sont ensuite dépouillés et analysés en vue de vérifier la cohérence du questionnaire et d'en corriger les imperfections. La pré-enquête a duré 3 jours.

L'enquête proprement dite a été réalisée du 06 au 28 novembre 2012.

2 - Difficultés rencontrées et limites des données

❖ Difficultés rencontrées

Les difficultés rencontrées résident dans la présentation du cadre institutionnel de l'étude, vue la structuration de l'arrangement institutionnel du PNLIS/IST qui d'ailleurs selon le ministre de la santé a besoin d'être revue et clarifiée (déclaration faite lors de la septième session ordinaire du CNLS le 23 octobre 2012 à Cotonou). Elles résident également dans la mobilisation des PVVIH (accompagnés d'une médiatrice et du président départemental des PVVIH

nous avons fait des visites à domicile pour atteindre le nombre choisi de PVVIH).

Malgré ces difficultés rencontrées, le remplissage des questionnaires s'est passé dans des conditions de convivialité, de confiance, d'intérêt et de respect mutuel.

❖ Limites des données

Comme limite de notre étude nous pouvons mentionner le taux de réponse au questionnaire utilisé pour l'enquête. Ce taux en effet, n'a pas pu égaler les 100%. Estimé à quelque 80%, il permet fort heureusement, d'accorder une certaine crédibilité aux résultats de l'étude.

II - Dimension Théorique

Dans cette rubrique, il s'agit de procéder aux choix théoriques liés aux problèmes spécifiques.

A - Choix théoriques liés aux problèmes spécifiques n°1 et n°2

1 - Choix théorique lié au problème spécifique n°1

Les causes réelles de la méconnaissance de l'effectif des femmes séropositives utilisant les services de Planification Familiale dans la Commune de Parakou sont identifiées grâce à la première question spécifiée du questionnaire adressé aux enquêtés. Cette question est la suivante :

Qu'est-ce qui explique selon vous, la méconnaissance de l'effectif des femmes séropositives utilisant les services de Planification Familiale dans la Commune de Parakou ?

Cause a - insuffisance dans la tenue des registres de PF.....

Cause b - existence de risque de stigmatisation des femmes séropositives...

Cause c - autres (à préciser)

.....

2 - Choix théorique lié au problème spécifique n°2

Les causes de l'absence de statistiques fiables liées au VIH sur les nouvelles infections, les décès chez les enfants et les mères séropositives dans la Commune de Parakou sont identifiées grâce à la deuxième question spécifiée du questionnaire adressé aux enquêtés. Cette question est ainsi formulée :

Qu'est-ce qui justifie à votre avis l'absence de statistiques fiables liées au VIH sur les nouvelles infections, les décès chez les enfants et les mères séropositives dans la Commune de Parakou?

Cause a - utilisation d'un système peu performant de collecte des données en matière de VIH, sur les nouvelles infections, les décès chez les enfants et les mères séropositives.....

Cause b - faiblesses dans les actions de sensibilisation de la population de Parakou sur le VIH/SIDA.....

Cause c - autres (à préciser).....

.....

❖ Seuils de décision pour la vérification des hypothèses liées aux problèmes spécifiques n°1 et n°2

Les causes réelles de ces problèmes relatifs à notre étude sont celles qui ont reçu au moins 50% d'approbation des enquêtés.

Toute autre réponse, qui obtiendrait un pourcentage d'au moins 35%, est prise en compte dans l'élaboration des approches de solutions.

B - Choix théorique lié au problème spécifique n°3

Les causes liées à la méconnaissance de la tendance actuelle du taux de TME du VIH dans la Commune de Parakou sont identifiées grâce à la troisième question spécifiée du questionnaire adressé aux enquêtés. Cette question est ainsi formulée:

Qu'est ce qui explique selon vous la méconnaissance de la tendance actuelle du taux de TME du VIH dans la Commune de Parakou ?

Cause a - utilisation d'un système peu performant de collecte des données sur la TME du VIH.....

Cause b - existence de perdus de vue.....

Cause c - autres (à préciser).....

.....
.....

❖ Seuil de décision pour la vérification de l'hypothèse liée au problème spécifique n°3

Toute réponse ayant obtenu une valeur au moins égale à 50% est retenue comme cause de ce problème.

Section 2 : Présentation et analyse des éléments de performance du dispositif de mise en œuvre de la stratégie PTME et propositions d'amélioration

La performance du dispositif est établie à travers une étude empirique s'appuyant sur les résultats d'enquête et débouchant sur des propositions d'amélioration.

Paragraphe 1 : Présentation et analyse des éléments de performance du dispositif de mise en œuvre de la stratégie PTME

Dans ce paragraphe, nous procédons à la présentation et à l'analyse des données collectées lors de l'enquête d'une part, ensuite à la vérification des hypothèses et à l'établissement du diagnostic d'autre part.

I - Présentation et analyse des données collectées

La présentation et l'analyse des résultats de notre enquête sont basées sur la détermination du taux de réponses obtenu par rapport aux questionnaires.

Sur un total de 61 enquêtés touchés, 51 soit 83,6% ont répondu.

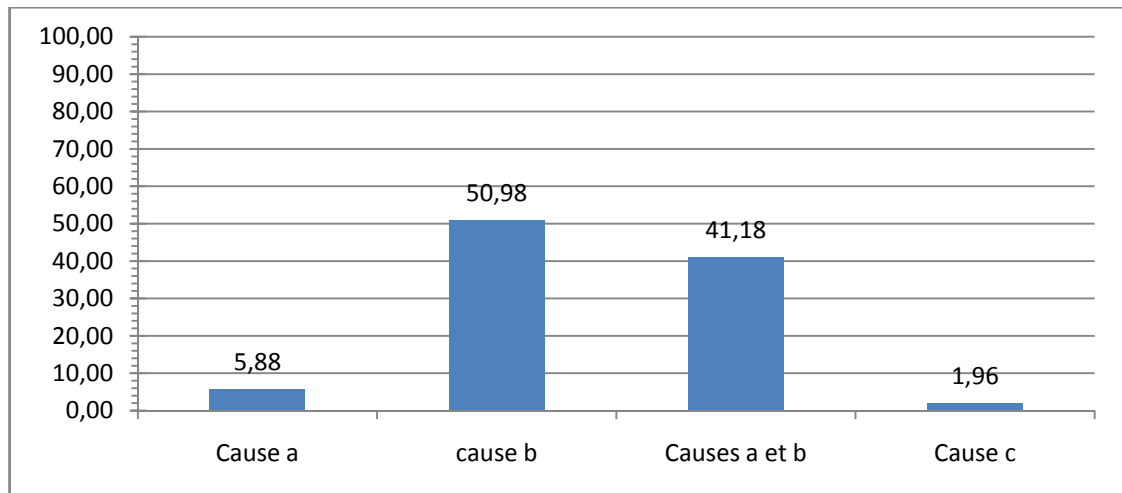
A - Présentation et analyse des données liées aux problèmes spécifiques n°1 et n°2

1 - Présentation et analyse des données liées au problème spécifique n°1

Par rapport aux raisons liées à la méconnaissance de l'effectif des femmes séropositives utilisant les services de Planification Familiale dans la Commune de Parakou les enquêtés touchés ont donné leur opinion.

Le tableau I en Annexe n°4 ayant permis de réaliser le graphique ci-dessous montre les résultats obtenus.

Graphique I : Répartition (en %) des enquêtés en fonction des raisons de la méconnaissance de l'effectif des femmes séropositives utilisant les services de Planification Familiale dans la Commune de Parakou



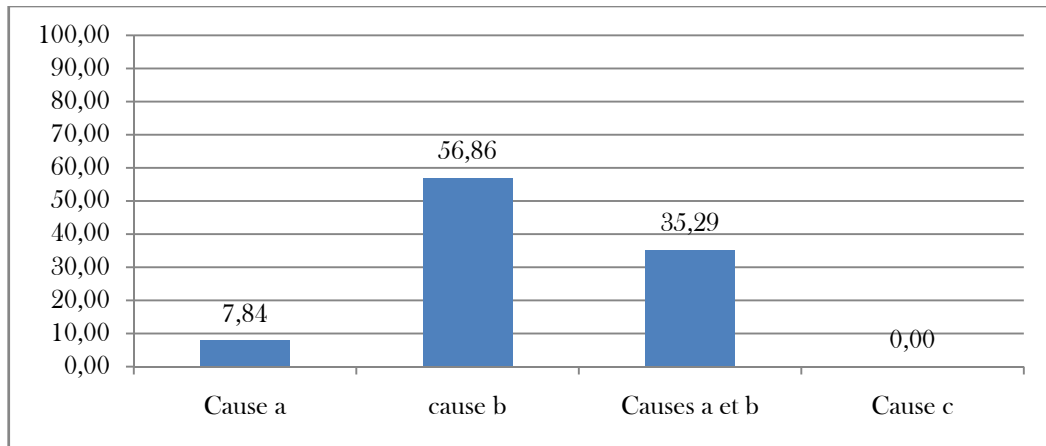
Source : Réalisé à partir du tableau I (Annexe n°4)

Selon ces résultats, 26 enquêtés sur 51 soit **50,98%** imputent la méconnaissance de l'effectif des femmes séropositives utilisant les services de Planification Familiale dans la Commune de Parakou à **l'existence de risque de stigmatisation des femmes séropositives** ; 03 enquêtés sur 51 soit **5,88%** estiment qu'une insuffisance dans la tenue des registres de PF en est la cause. Par contre, 21 enquêtés sur 51 soit **41,18%** pensent qu'il s'agit de ces deux causes prises simultanément. Par ailleurs, 01 enquêté soit **1,96%** a évoqué une autre cause.

2 - Présentation et analyse des données liées au problème spécifique n°2

Les données de l'enquête relatives à l'absence de statistiques fiables liées au VIH sur les nouvelles infections, les décès chez les enfants et les mères séropositives dans la Commune de Parakou, ont permis de représenter le graphique II ci-dessous.

Graphique II : Répartition (en %) des enquêtés selon les raisons de l'absence de statistiques fiables liées au VIH sur les nouvelles infections, les décès chez les enfants et les mères séropositives dans la Commune de Parakou



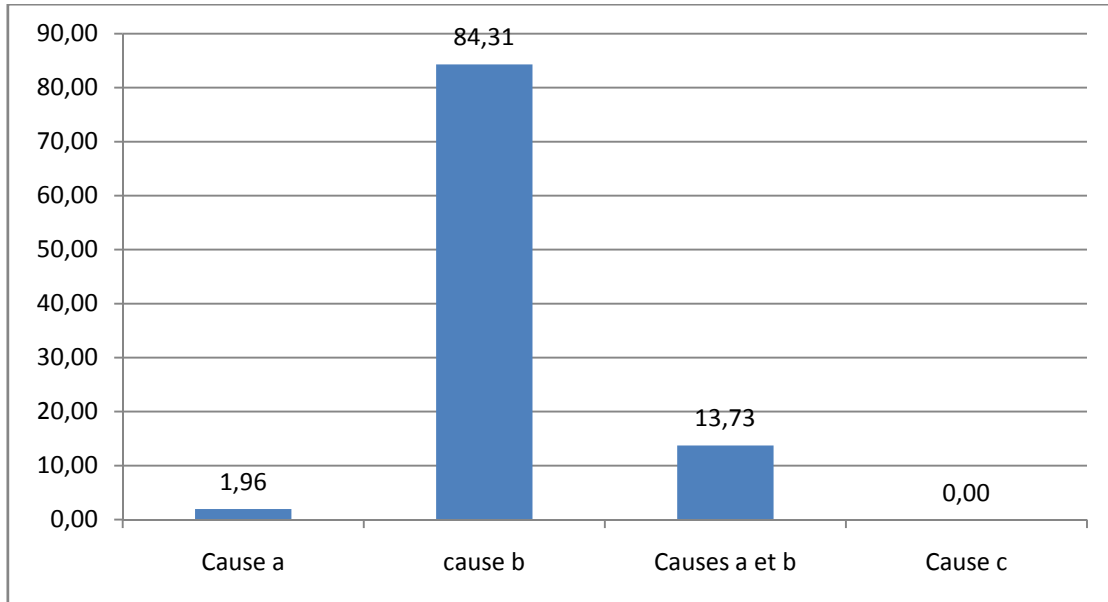
Source : Réalisé à partir du tableau II (Annexe n°4)

De l'analyse de ces résultats, il ressort que **56,86%** des enquêtés estiment que l'absence de statistiques fiables liées au VIH sur les nouvelles infections, les décès chez les enfants et les mères séropositives dans la Commune de Parakou est due à des **faiblesses dans les actions de sensibilisation de la population de Parakou sur le VIH/SIDA**. Pour **7,84%** des enquêtés il s'agit de l'utilisation d'un système peu performant de collecte des données en matière de VIH, sur les nouvelles infections, les décès chez les enfants et les mères séropositives. Par contre, **35,29%** des enquêtés pensent que les deux causes sont à la base de cette situation.

B - Présentation et analyse des données liées au problème spécifique n°3

Les résultats des données de l'enquête liées au problème de méconnaissance de la tendance actuelle du taux de TME du VIH dans la Commune de Parakou sont représentés dans le graphique III.

Graphique III : Répartition des enquêtes (en %) en fonction des causes de la méconnaissance de la tendance actuelle du taux de TME du VIH dans la Commune de Parakou



Source : Réalisé à partir du tableau III (Annexe n°4)

L'analyse des données ci-dessus montre que **84,31%** des enquêtés ont estimé que la méconnaissance de la tendance actuelle du taux de TME du VIH dans la Commune de Parakou est due à **l'existence de perdus de vue**. En revanche, **13,73%** des enquêtés pensent qu'il s'agit aussi bien de l'existence de perdus de vue que de l'utilisation d'un système peu performant de collecte des données sur la TME du VIH. Par ailleurs, **1,96%** des enquêtés a incriminé l'utilisation d'un système peu performant de collecte de données sur la TME du VIH.

II - Vérification des hypothèses et établissement du diagnostic

Sur la base de la confrontation des résultats de l'enquête aux seuils de décision préalablement fixés, nous procédons à la vérification des hypothèses avant d'établir le diagnostic.

A - Vérification des hypothèses

1 - Vérification des hypothèses n°1 et n°2

a - Hypothèse n°1

❖ Rappel de l'hypothèse n°1

La méconnaissance de l'effectif des femmes séropositives utilisant les services de PF dans la Commune de Parakou est liée à l'existence de risque de stigmatisation.

Pour la vérification de cette hypothèse, il est prévu au niveau de la fixation des seuils de décision que la cause ayant réuni un pourcentage d'une valeur au moins égale à 50% sera retenue.

❖ Éléments pertinents d'analyse :

50,98% des enquêtés ont estimé que la méconnaissance de l'effectif des femmes séropositives utilisant les services de Planification Familiale dans la Commune de Parakou est liée à l'existence de risque de stigmatisation des femmes séropositives. Ces points de vue des enquêtés reflètent la réalité sociale sur le terrain. En effet, nos observations dans la communauté montrent que les personnes séropositives continuent d'être rejetées par leurs proches.

❖ Conclusion sur le test de l'hypothèse n°1 :

Conformément au seuil de décision retenu, les éléments ci-dessus permettent de confirmer l'hypothèse n°1.

b - Hypothèse n°2

❖ Rappel de l'hypothèse n°2 :

L'absence de statistiques fiables liées au VIH sur les nouvelles infections, les décès chez les enfants et les mères séropositives est due aux faiblesses dans les actions de sensibilisation de la population de Parakou sur le VIH/SIDA.

Il est prévu pour la vérification, que la cause ayant réuni un pourcentage d'une valeur au moins égale à 50% sera retenue.

❖ Éléments pertinents d'analyse :

56,86% des enquêtés pensent que l'absence de statistiques fiables liées au VIH sur les nouvelles infections, les décès chez les enfants et les mères séropositives est due aux insuffisances relevées dans les actions de sensibilisation de la population de Parakou sur le VIH/SIDA.

❖ Conclusion sur le test de l'hypothèse n°2 :

Par rapport au seuil de décision retenu, les éléments ci-dessus permettent de confirmer l'hypothèse n°2.

2 - Vérification de l'hypothèse n°3

❖ Rappel de l'hypothèse n°3

La méconnaissance de la tendance actuelle du taux de TME du VIH dans la Commune de Parakou est liée à l'existence de perdus de vue.

Pour la vérification de cette hypothèse, il est prévu au niveau de la fixation du seuil de décision que toute cause supposée ayant obtenu un pourcentage au moins égal à 75% sera retenue.

❖ Éléments pertinents d'analyse :

84,31% des enquêtés ont estimé que la méconnaissance de la tendance actuelle du taux de TME du VIH dans la Commune de Parakou est liée à l'existence de perdus de vue.

❖ Conclusion sur le test de l'hypothèse n°3 :

Nous référant au seuil de décision retenu, les éléments ci-dessus permettent de confirmer l'hypothèse n°3.

B - Etablissement du diagnostic

1 - Éléments de diagnostic lié aux problèmes spécifiques n°1 et n°2.

- Suite à la vérification de l'hypothèse spécifique n°1, nous concluons que la méconnaissance de l'effectif des femmes séropositives utilisant les services de Planification Familiale dans la Commune de Parakou s'explique par l'existence de risque de stigmatisation des femmes séropositives.
- La vérification de l'hypothèse n°2 nous permet de retenir définitivement que l'absence de statistiques fiables liées au VIH sur les nouvelles infections, les décès chez les enfants et les mères séropositives est due aux faiblesses dans les actions de sensibilisation de la population de Parakou sur le VIH/SIDA.

2 - Élément du diagnostic lié au problème spécifique n°3

Suite à la vérification de l'hypothèse spécifique n°3, nous établissons que la méconnaissance de la tendance actuelle du taux de TME du VIH dans la Commune de Parakou s'explique par l'existence de perdus de vue.

Après l'établissement du diagnostic, il convient d'envisager les approches de solutions et de proposer les conditions de leur mise en œuvre.

Paragraphe 2 : Propositions d'amélioration du dispositif de mise en œuvre de la stratégie PTME dans la Commune de Parakou

Ce paragraphe est consacré d'une part, aux approches de solutions pour une meilleure connaissance de la situation réelle des mères et enfants en matière de PTME dans la Commune de Parakou, et d'autre part, aux conditions de mise en œuvre de ces solutions.

I - Approches de solutions

Il s'agit pour nous, de proposer des moyens d'éradication des causes se trouvant à la base des problèmes spécifiques en tenant compte des objectifs préalablement fixés.

A - Approches de solutions liées aux problèmes spécifiques n°1 et n°2

1 - Approches de solutions liées au problème spécifique n°1

Le problème dont il est question ici est celui de la méconnaissance de l'effectif des femmes séropositives utilisant les services de Planification Familiale dans la Commune de Parakou. La cause incriminée est l'existence de risque de stigmatisation des femmes séropositives. Cependant, nous tenons à rappeler que l'insuffisance dans la tenue des registres de PF est une cause secondaire à ne pas négliger.

En effet, pour une connaissance de l'effectif des femmes séropositives utilisant les services de PF dans la Commune de Parakou, il faut obligatoirement prendre certaines dispositions telles que :

- ❖ élaborer de nouveaux registres qui prennent en compte l'état sérologique des clientes fréquentant les services de PF ;
- ❖ élaborer un manuel de procédures pour un meilleur remplissage des registres ;
- ❖ former les acteurs responsables des services de PF sur l'importance de la collecte des données, de la bonne tenue des registres et sur l'importance des statistiques ;
- ❖ remplir au fur et à mesure les registres de PF ;
- ❖ mettre en place un cadre de concertation entre les acteurs responsables des services de PF de la Commune, en vue de prendre des résolutions sur les difficultés rencontrées ;
- ❖ démystifier le VIH/SIDA et rendre systématique le dépistage de toute patiente en consultation tout en prenant en charge les cas séropositifs.

2 - Approches de solutions liées au problème spécifique n°2

Il s'agit ici du problème d'absence de statistiques fiables liées au VIH sur les nouvelles infections, les décès chez les enfants et les mères séropositives dans la Commune de Parakou. A cet effet, des faiblesses dans les actions de sensibilisation de la population de Parakou sur le VIH/SIDA sont incriminées. Toutefois, l'utilisation d'un système peu performant de collecte des données en matière de VIH, sur les nouvelles infections, les décès chez les enfants et les mères séropositives n'est pas à négliger. Pour ce faire, les dispositions suivantes sont à prendre :

- montrer l'intérêt de l'engagement et de l'implication de tous (décideurs, agents de santé, leaders d'opinions, populations, ONG) dans les actions de lutte contre le VIH ;
- faire des battages médiatiques pour démystifier le VIH/SIDA qui doit être considéré comme une maladie au même titre que les autres ;

- dénoncer les comportements déviants de certains PVVIH ;
- éviter de donner trop de considération à la stigmatisation ;
- mettre en place un système de recensement de tous les décès survenus dans la communauté ;
- faire des autopsies avant l'inhumation des corps en vue de déceler les causes des décès ;
- mettre en place un système performant de collecte des données sur les nouvelles infections et les décès liés au VIH.

B - Approches de solutions liées au problème spécifique n°3

Il s'agit ici du problème de méconnaissance de la tendance actuelle du taux de TME du VIH dans la Commune de Parakou. La cause incriminée est l'existence de perdus de vue.

Pour réduire considérablement le taux de perdus de vue ou de rupture de suivi dans la Commune de Parakou, il convient de :

- ✓ dédramatiser le VIH sans le banaliser ;
- ✓ intensifier la sensibilisation de la population pour une meilleure compréhension de la maladie et pour un meilleur suivi des personnes touchées, à travers les médias et toute autre voie de communication ;
- ✓ convaincre les conjoints à s'impliquer dans la PTME ;
- ✓ sensibiliser et dépister les couples dès la première visite prénatale ;
- ✓ faciliter le partage des résultats du dépistage entre les couples ;
- ✓ rendre obligatoire le dépistage du VIH au même titre que la vaccination contre certaines maladies ;
- ✓ rendre disponible les réactifs, les produits, les ARV ainsi que les bilans nécessaires, pour une meilleure prise en charge des PVVIH ;
- ✓ décentraliser la prise en charge par les ARV au niveau de tous les sites PTME après la formation des responsables, sur la prescription et

l'indication des ARV, sur la responsabilité médicale, le suivi et l'éducation thérapeutique ;

- ✓ réserver dans les centres de santé, un bon accueil à tous les malades ;
- ✓ éviter les longues files d'attente des malades.

II – Conditions de mise en œuvre des solutions proposées

Il n'y a pas de conditions particulières de mise en œuvre des solutions en dehors de la nécessité de trouver solutions aux autres problèmes identifiés. Cependant il existe des suggestions importantes qu'il convient de faire.

A – Suggestions à l'endroit des autorités politico-administratives, du PNLS et du CIPEC-B/A

1 – A l'endroit des autorités politico-administratives

via le Ministère de la Santé

- Mettre en place des relais communautaires en vue de faciliter les déclarations des décès survenus dans la communauté ;
- Autoriser et encourager la pratique des autopsies afin d'identifier les causes des décès ;
- Décentraliser les centres de prise en charge par les ARV et de suivi de PVVIH au niveau de tous les sites PTME ;
- Construire des infrastructures sur les sites pour une prise en charge adéquate, en impliquant les soignants et les PVVIH eux-mêmes comme parties prenantes sur la conception d'un modèle conforme aux difficultés du terrain ;
- Prendre des dispositions nécessaires pour éviter toute rupture des ARV et des réactifs de laboratoire (la gestion prévisionnelle des stocks) ;
- Rendre obligatoire le dépistage du VIH de toutes personnes accédant aux centres de santé surtout celles qui y sont hospitalisées ;

- Recruter des psychologues pour renforcer les compétences des sites dans la prise en charge psychologique des parents et de leurs enfants ;
- Faire la promotion des PVVIH qui acceptent de faire des témoignages ;
- Augmenter le nombre des agents qualifiés et les rendre disponibles pour la prise en charge efficace des PVVIH ;
- Créer des cadres de concertation entre les acteurs de prise en charge et les PVVIH.

2 - A l'endroit du PNLS et du CIPEC-B/A

- Rendre disponibles les médicaments et consommables ;
- Doter les laboratoires d'appareils et de réactifs nécessaires pour la réalisation des bilans pré-thérapeutiques et des bilans de suivi ;
- Sensibiliser les tradi-thérapeutes (les guérisseurs traditionnels) sur la gravité de la santé de ceux qui abandonnent le traitement par les ARV et qui ont recours à eux ;
- Intensifier la communication pour un changement de comportement, destinée au grand public sur le VIH/SIDA, ses modes de transmission, les différents moyens de prévention disponibles et la nécessité du recours précoce aux soins, sans dramatiser la maladie ;
- Interdire les prescriptions des ARV par les médiatrices comme c'est le cas sur le site de référence de la maternité du CHDU-B ;
- Rendre pleinement fonctionnel le système de suivi évaluation ;
- Autoriser une contribution financière des PVVIH à leur prise en charge ;

B - Suggestions à l'endroit de la communauté, des agents de santé, des PVVIH et de nous-même

1 - A l'endroit de la communauté et des agents de santé

➤ A l'endroit de la communauté

- Soutenir les PVVIH ;
- Accepter de connaître sa sérologie en se faisant dépister ;
- Comprendre que l'infection ne se transmet pas par simple contact ;
- Accepter sa séropositivité si le résultat de la sérologie est positif ;
- Eviter les comportements à risque et dénoncer les comportements déviants dont elle a connaissance.

➤ A l'endroit des agents de santé

- Accueillir dans un climat de confiance les enfants infectés et leurs parents ;
- Encourager les conjoints à accompagner leurs femmes tout au moins à la première visite prénatale et réserver un bon accueil aux couples ;
- Remplir régulièrement les supports de données pour garantir la fiabilité des relevés statistiques ;
- Connaître et appliquer le devoir de violer le secret professionnel chaque fois que l'intérêt public est menacé. Par exemple, ils ont l'obligation de dénoncer les affections transmissibles dont les patients refusent le traitement ou la prise en charge (Article 378 et suivants du code pénal) ;
- Rompre le silence coupable sur le comportement déviant des malades, dénoncer et décourager leur intention de rendre complices les agents de santé ;
- Développer en soi l'empathie ;
- Accroître la psychothérapie des malades ;

- Orienter systématiquement pour le suivi dès la naissance les enfants nés de mères séropositives ;
- Informer les parents d'enfants infectés sur l'importance de la régularité dans le suivi et l'observance du traitement ARV.

2 - A l'endroit des PVVIH et de nous-même

➤ A l'endroit des PVVIH

- Accepter et assumer leur statut sérologique ;
- Etre régulier à leur rendez-vous de suivi et celui de leurs enfants ;
- Respecter les prescriptions médicales ;
- Dénoncer les pairs séropositifs qui ont des comportements déviants ;
- Eviter l'auto stigmatisation et les comportements déviants ;
- Partager le résultat de sérologie avec son conjoints/sa conjointe ;
- S'inscrire dans une association de PVVIH ;
- Intensifier les séances de sensibilisation des pairs au sein de l'association et dans la communauté.

➤ A l'endroit de nous-même

- Assurer la vulgarisation des résultats de cette étude ;
- Participer activement à la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant ;
- Promouvoir autour de nous les moyens de prévention de l'infection à VIH.

Conclusion

L'infection de l'enfant par le VIH est une préoccupation mondiale car, elle pose non seulement un problème majeur de santé publique, mais aussi un problème de développement notamment en Afrique qui reste le continent le plus touché. En effet, la difficulté majeure des grossesses chez les femmes infectées par le VIH est la transmission du virus aux enfants.

Malgré les progrès importants en matière de prise en charge de ces femmes, la prévention de la transmission mère-enfant du VIH présente une faible efficacité dans la Commune de Parakou par rapport aux résultats attendus. Cette faiblesse ne sera décelée et corrigée qu'à travers le suivi de la mise en œuvre de la stratégie PTME.

A l'issue de notre étude, les problèmes spécifiques suivants ont été relevés :

- la méconnaissance de l'effectif des femmes séropositives utilisant les services de Planification Familiale ;
- l'absence de statistiques fiables liées au VIH sur les nouvelles infections, les décès chez les enfants et les mères séropositives ;
- la méconnaissance de la tendance actuelle du taux de TME du VIH.

Des solutions ont été proposées pour éradiquer les causes réelles à la base de ces problèmes spécifiques afin de parvenir à une efficacité de la stratégie PTME voire une ETME dans la Commune de Parakou. Ce faisant, le CIPEC-B/A parviendra à contrôler l'épidémie pédiatrique à VIH d'ici 2015.

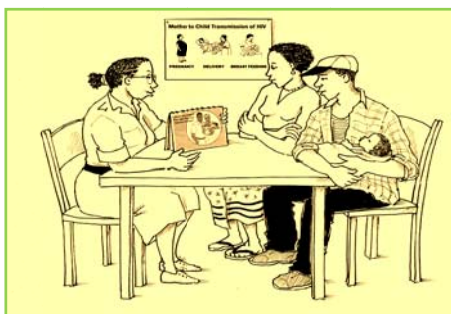
Au terme de ce travail, nous sommes arrivés à la conclusion que la méconnaissance de l'évolution globale de la situation réelle des mères et enfants en matière de PTME dans la Commune de Parakou entrave la réussite de la réduction voire de l'élimination de la TME.

La mise en œuvre de mesures de PTME du VIH a virtuellement éliminé cette source d'infection en Europe. Aucune nouvelle infection à VIH provoquée par la TME n'est plus enregistrée dans les pays du Nord depuis 2001 (Compte rendu du Partenariat entre le CHDU-B de Parakou et l'Hôpital CHARLEVILLE MEZIERE de la France). La TME du VIH peut donc être évitée. Pour y parvenir, dans la Commune de Parakou, il faut une mobilisation communautaire de lutte permanente contre le VIH. Aussi, le dépistage de toute personne ayant accès aux centres de santé, surtout aux femmes enceintes et aux femmes en âge de procréer doit-il être obligatoire si une volonté politique accompagne cette décision. Ceci permettra d'éviter la transmission du VIH aux âmes innocentes que sont les enfants, appelés à devenir parents demain. Dans le cas contraire, il s'agirait d'un cercle vicieux difficile à briser.

Notre travail s'inscrivant dans le cadre de l'analyse du dispositif de mise en œuvre de la stratégie PTME dans la Commune de Parakou, servira sûrement d'éléments de résolution de notre problématique.

Cependant, nous formulons le vœu qu'il soit poursuivi sur les aspects non abordés tels que :

- l'implication des conjoints/époux comme parties prenantes incontournables dans la mise en œuvre efficace de la PTME ;
- la mobilisation des conjoints/époux des femmes séropositives à se faire dépister.



Les efforts de prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant (PTME) devraient être d'autant plus porteurs que l'on reconnaît la responsabilité des deux parents dans la réduction de ce risque.

Références Bibliographiques

I - Ouvrages

- BUTTRICK R., (2004) : « *Guide exhaustif du management de projet* », 3^e édition, Source d'Or, Paris, P 492.
- BOUCHAND O., CHEIK T. (2011), « *Prise en charge globale du VIH dans les pays à ressources limitées : Guide de formation à l'usage des paramédicaux* », P 146.
- MS/Bénin/PNLS, « *Normes et procédures pour la prévention de la transmission mère - enfant du VIH au Bénin* », 3^{ème} édition Mars 2010.
- MS/Bénin/PNLS, « *Plan National d'Elimination de la Transmission du VIH de la Mère à l'Enfant 2010-2015* » Février 2012, P 93.
- OMS/ONUSIDA, « *Nouvelles recommandations de l'OMS: Prévention de la transmission mère-enfant du VIH* », Novembre 2009.
- PNLS Togo : « *Evaluation du programme de Prévention de la Transmission du VIH de la Mère à l'Enfant (PTME) du Togo* », 2010.
- RDC/MSP/PNLS-Congo : « *Généralités VIH/SIDA et PTME Compréhensive* », Octobre 2009.

II - Rapports, revues, études

- AGENCE DE MEDECINE PREVENTIVE. (2008) : « *Evaluation de la PTME dans la Zone sanitaire de Comé et Ouidah.* », Comé, juillet 2008.
- COURPOTIN C., DOSSOU-YOVO M., ASSANI A., (2012), « *Mission d'évaluation des pratiques des services de PTME au Bénin* » Effectuée pour ESTHERAID du 9 au 21 janvier 2012. Rapport.

- KARIBWAMIA., (2008) : « *Evaluation de la stratégie de Prévention de la Transmission du VIH de la Mère à l'Enfant en Guinée Equatoriale* » Rapport final. Décembre 2008, P 49.
- ONUSIDA/PNLS/CNLS Bénin: « *Rapport de situation national à l'intention de l'UNGASS 2010* » ; 75 p.
- RAF - VIH 2011, « *Guide de formation à l'usage des paramédicaux : Prise en charge globale du VIH dans les pays à ressources limitées* ».
- REPUBLIQUE DU CAMEROUN/MSP/CNLS, « *Vers l'accès universel à la prévention en faveur des groupes cibles prioritaires : Prévention de la Transmission du VIH de la Mère à l'Enfant* », *Rapport Année 2009*.
- SALIFOU K., LOKOSSOU A., PERRIN R-X., « *Organisation pratique du dépistage sérologique et de la prévention de la transmission mère-enfant du VIH à Parakou* », *Le Bénin médical* 2008, 38 : 34-7.
- CARILLON S., (2010) : « *Perdus de vue : Ruptures de suivi médical en milieu africain ; l'exemple de Kayes (Mali)* » N°143 juillet 2010.
- TOGNIDE CM, EZIN H J, GANDAHO P, DOSSA M, AHYI RG. « *Vécu social des personnes vivant avec le VIH/Sida à Cotonou (Bénin)* *Médecine d'Afrique Noire* » - n° 5211 - Novembre 2005, 623-27.
- UNICEF-BENIN-HIV and AIDS/VIH et SIDA-PTME: « *A la recherche des mamans séropositives perdues de vue à POBE, 101 histoires de mamans retrouvées.* »
- WHO. (2006), « *Antiretroviral drugs for treating pregnant women and preventing HIV infection in infants in resource-limited settings: towards universal access, recommendations for a public health approach* ».

III - Textes législatifs

- Arrêté N°1384/MSP/DC/SGM/SA du 28 février 2001, *portant attributions, organisation et fonctionnement du PNLIS/IST.*
- Arrêté Année 2011 N° 5601/MS/DC/SGM/CTJ/DNSP/SA *portant attributions, organisation et fonctionnement du PNLIS/IST.*

IV - Webographie

- Bureau d'évaluation du PNUD (2002) : « *Guide du suivi et de l'évaluation axés sur les résultats* », <http://www.undp.org/>. Consulté le 27 septembre 2012.
- TOURE S.K. (2010), « *Etude des causes de la déperdition dans le cadre de la PTME dans deux (2) centre de santé de références* » ; <http://www.ised.sn/memoires-du-dsgsc/93-etude-des-causes-de-la-deperdition-dans-le-cadre-deux-2-centre-de-sante-de-references-du-district-de-bamako-mali.html>; consulté le 27 septembre 2012.

V - Thèses de la Faculté de Médecine de Parakou

- AYEDADJOU A.L., « *Evaluation de la stratégie de la PTME du VIH par la triprophylaxie/trithérapie* ». *Thèse Med : Parakou 2010 ; 104p.*
- MIDETE J.P., « *Expérience du suivi des enfants infectés par le VIH de 2005 à 2009 au CHD-Borgou* ». *Thèse Med : Parakou 2010 ; 121p.*

ANNEXES

ANNEXE n°1 : Questionnaire adressé au personnel impliqué dans le PTME

Bonjour Madame, Monsieur,

Dans le cadre de l'optimisation du dispositif de mise en œuvre de la stratégie PTME dans la Commune de Parakou, nous avons entrepris une enquête dont l'objectif est de rassembler des informations en vue d'analyser ledit dispositif et de formuler des propositions pour une efficacité de ladite stratégie. Dans cette perspective, vous avez été identifié(e) comme faisant partie de notre échantillon de travail et nous vous sommes reconnaissante de la contribution que vous apporterez à travers vos réponses. Soyez assuré(e) de la totale neutralité qui entourera le traitement des données collectées.

Identification de l'enquêté

Date : / / 2012

Nom et prénoms (facultatifs) :.....

Qualification (Fonction de l'enquêté):.....

Service de l'enquêté :

I- Effectif des femmes séropositives utilisant les services de Planification Familiale dans la Commune de Parakou

Qu'est-ce qui explique selon vous, la méconnaissance de l'effectif des femmes séropositives utilisant les services de Planification Familiale dans la Commune de Parakou ?

Cause a - insuffisance dans la tenue des registres de PF.....

Cause b - existence de risque de stigmatisation des femmes séropositives.....

Cause c - autres (à préciser)

.....
.....

II - Les statistiques liées au VIH sur les nouvelles infections et les décès chez les enfants et les mères séropositives

Qu'est-ce qui justifie à votre avis l'absence de statistiques fiables liées au VIH sur les nouvelles infections, les décès chez les enfants et les mères séropositives dans la Commune de Parakou?

Cause a - utilisation d'un système peu performant de collecte des données en matière de VIH, sur les nouvelles infections, les décès chez les enfants et les mères séropositives.....

Cause b - insuffisances relevées dans les actions de sensibilisation de la population de Parakou sur le VIH/SIDA.....

Cause c - autres (à préciser).....
.....

III - Tendances actuelles du taux de (Transmission Mère-Enfant) TME du VIH dans la Commune de Parakou

Qu'est ce qui explique selon vous la méconnaissance de la tendance actuelle du taux de TME du VIH dans la Commune de Parakou ?

Cause a - utilisation d'un système peu performant de collecte des données sur la TME du VIH.....

Cause b - existence de perdus de vue.....

Cause c - autres (à préciser).....
.....

Que suggérez-vous pour un renforcement de l'efficacité de la stratégie PTME dans la Commune de Parakou ?

.....
.....

Merci pour votre franche collaboration.

ANNEXE n°2 : GUIDE D'ENTRETIEN ADRESSE AU PVVIH

Bonjour Madame, Monsieur,

Dans le cadre de l'optimisation du dispositif de mise en œuvre de la stratégie PTME dans la Commune de Parakou, nous avons entrepris une enquête dont l'objectif est de rassembler des informations en vue d'analyser ledit dispositif et de formuler des propositions pour une efficacité de ladite stratégie. Dans cette perspective, vous avez été identifié(e) comme faisant partie de notre échantillon de travail et nous vous sommes reconnaissante de la contribution que vous apporterez à travers vos réponses. Soyez assuré(e) de la totale neutralité qui entourera le traitement des données collectées.

Date : /.... / 2012

Thème 1 : Connaissance sur la PTME

1. Les structures qui offrent les services de la PTME ;
2. Les avantages et limites de la PTME ;
3. Degré d'implication des époux/conjoints dans la PTME

Thème 2 : Qualité des services offerts dans le cadre de la PTME (Satisfaction ou non satisfaction : s'enquérir des comportements qui sont sources la non satisfaction)

1. Maîtrise du circuit à suivre dès les premiers jours de votre inclusion dans la stratégie PTME (les 5 premiers jours) ;
2. Causes d'abandon de suivi ;
3. Satisfaction des services offerts aux mères et enfants infectés par le VIH dans le cadre du programme PTME.

Thème 3 : Suggestions visant à améliorer les prestations du programme PTME

ANNEXE n°3 : GUIDE D'OBSERVATIONS

Date : / / 2012

Structure/Service observé :

Localisation de la structure/service :

Nom de l'observateur :

Orientation N°1 de l'observation : Infrastructure

- Existence d'une salle d'attente ;
- Espacement de la salle d'attente ;
- Salle de consultation assurant la confidentialité.

Orientation N°2 de l'observation : Equipement

- Existence de bancs/chaises d'attente ;
- Existence de chaises pour clientes dans la salle de consultation. ;
- Existence de classeur pour dossier des clientes.

Orientation N°3 de l'observation : Prestations

- Disponibilité du personnel ;
- Disponibilité de médicaments/réactifs prévus par le protocole PTME en quantité suffisante.

ANNEXE n°4 : REPARTITION DES DONNEES DE L'ENQUETE

Tableau I : Répartition des enquêtés en fonction de leurs opinions sur les raisons de la méconnaissance de l'effectif des femmes séropositives utilisant les services de Planification Familiale dans la Commune de Parakou

Causes	Enquêtés Répondants	Fréquence	Taux (%)
Cause a	03	0,0588	5,88
cause b	26	0,5098	50,98
Causes a et b	21	0,4118	41,18
Cause c	01	0,0196	1,96
Ensemble	51	1	100

Source : Résultats de notre enquête, Novembre 2012

Tableau II : Répartition des enquêtés selon les raisons de l'absence de statistiques fiables liées au VIH sur les nouvelles infections, les décès chez les enfants et les mères séropositives dans la Commune de Parakou

Causes	Enquêtés Touchés	Fréquence	Taux (%)
Cause a	04	0,0784	7,84
cause b	29	0,5686	56,86
Causes a et b	18	0,3529	35,29
Cause c	00	0,0000	0,00
Ensemble	51	1	100

Source : Résultats de notre enquête, novembre 2012

Tableau III : Répartition des enquêtés en fonction (en%) des causes qui expliquent la méconnaissance de la tendance actuelle du taux de TME du VIH dans la Commune de Parakou

Causes	Enquêtés Touchés	Fréquence	Taux (%)
Cause a	01	0,0196	1,96
cause b	43	0,8431	84,31
Causes a et b	07	0,1373	13,73
Cause c	00	0,0000	0,00
Ensemble	51	1	100

Source : Résultats de notre enquête, novembre 2012

TABLE DES MATIERES

Identification du jury	i
Déclaration d'engagement	ii
Dédicace	iii
Remerciements	iv
Liste des sigles et abréviations	vi
Liste des tableaux	viii
Liste des schémas et graphiques	ix
Glossaire	x
Résumé	xii
Sommaire	xiv
Introduction	1
CHAPITRE PREMIER : CADRE D'ANALYSE DU DISPOSITIF DE MISE EN ŒUVRE DE LA STRATEGIE DE PREVENTION DE LA TRANSMISSION MERE-ENFANT DU VIH	3
Section I : Cadre institutionnel de l'étude et contenu de la stratégie PTME	4
Paragraphe 1: Le CIPEC-B/A dans l'organisation du PNLS/IST	4
I - Présentation du PNLS/IST	4
A - Création et Missions	4
1 - Création	4
2 - Missions	5
B - Organisation et fonctionnement	6
1 - Organisation	6
2 - Fonctionnement	9
II - Présentation et cadre institutionnel du CIPEC-B/A	11
A - Présentation du CIPEC-B/A	11
1 - Historique et Missions du CIPEC	11
2 - Organisation interne et Organigramme du CIPEC	13
B - Cadre institutionnel de fonctionnement du CIPEC-B/A	14
1 - Fonctionnement institutionnel du CIPEC	14
2-Présentation des organes qui permettent le fonctionnement d'ensemble du CIPEC- B/A	16
a - Définition des sites PTME	16

b - Présentation des sites PTME de la Commune de Parakou.....	16
Paragraphe 2 : Présentation de la stratégie PTME du VIH	18
I - Contexte et Justification	18
II - Objectifs de la PTME et résultats attendus de sa mise en œuvre	19
A - Objectifs de la PTME	20
B - Résultats attendus de la mise en œuvre de la PTME	20
Section II : Observations de stage et ciblage de la problématique de l'étude	21
Paragraphe 1: Etat des lieux sur les activités du CIPEC-B/A	21
I - Ressources et activités du CIPEC-B/A	21
A - Ressources du CIPEC-B/A	21
1- Ressources humaines	21
2- Ressources financières et matérielles du CIPEC-B/A	22
B - Réalisation des activités du CIPEC	25
1 - Les activités intra-CIPEC	25
2- Les activités extra-CIPEC	26
II - Mise en œuvre des activités de PTME dans la Commune de Parakou	27
A - Circuit de la patiente dans le cadre de la PTME	27
B - Structures médico-techniques de mise en œuvre de la PTME	28
Paragraphe 2 : Inventaire des éléments de l'état des lieux et ciblage de la problématique de recherche	30
I - Inventaire des forces et faiblesses	30
A - Inventaire des forces	30
B - Inventaire des faiblesses et regroupement par centre d'intérêt	30
1 - Inventaire des faiblesses	30
2 - Regroupement des problèmes par centre d'intérêt	31
II - Ciblage de la Problématique de recherche	33
A - Choix et Spécification de la problématique	33
1 - Choix de la problématique et justification du sujet	33
2 - Spécification de la problématique	35
B - Vision globale et séquences de résolution de la problématique	36
1 - Vision globale de résolution de la problématique	36
2 - Séquences de résolution de la problématique	38

CHAPITRE DEUXIEME : EVALUATION DU DISPOSITIF DE MISE EN ŒUVRE DE LA STRATEGIE PTME ET PROPOSITIONS D'AMELIORATION	39
Section 1 : Cadre théorique et méthodologie de l'étude	40
Paragraphe 1 : Cadre théorique de l'étude	40
I - Fixation des objectifs et formulation des hypothèses de recherche	40
A - Fixation des objectifs de recherche	40
1 - Objectif général	40
2 - Objectifs spécifiques	40
B - Identification des causes possibles et formulation des hypothèses	41
1- Causes et hypothèse liées aux problèmes spécifiques n°1 et n°2	41
a - A propos du problème spécifique n°1 : la méconnaissance de l'effectif des femmes séropositives utilisant les services de PF.....	41
b - A propos du problème spécifique n°2 : l'absence de statistiques fiables liées au VIH, sur les nouvelles infections et les décès chez les enfants et les mères séropositives	42
2- Causes et hypothèse liées au problème spécifique n°3 : la méconnaissance de la tendance actuelle du taux de TME du VIH	43
II - Revue de littérature	46
A - Généralités sur le VIH/SIDA et la TME	46
1 - Le VIH	46
2 - Le SIDA	47
3 - Différences entre le VIH et le SIDA	47
4- Cible du VIH	47
5 - Histoire naturelle de l'infection à VIH	48
6- Types et mode de transmission de VIH	49
7- La Transmission Mère-Enfant (TME) du VIH	50
8 - Impacts du VIH	51
9 - Traitement par les ARV dans le cadre de la PTME	51
10 - Notion de perdus de vue	52
B - Mise en œuvre d'un projet/programme et stratégies de mise en œuvre de la PTME du VIH	53
1 - Mise en œuvre d'un projet/programme	53
	54

2 - Stratégies de mise en œuvre de la PTME du VIH	56
Paragraphe 2 : Choix de la méthodologie de l'étude	56
I - Dimension Empirique	56
A - Méthode d'enquête envisagée	56
B - Réalisation de l'enquête, difficultés rencontrées et limites des données	59
1 - Préparation et réalisation de l'enquête	59
2 - Difficultés rencontrées et limites des données	59
II - Dimension Théorique	60
A - Choix théoriques liés aux problèmes spécifiques n°1 et n°2	60
1 - Choix théorique lié au problème spécifique n°1	60
2 - Choix théorique lié au problème spécifique n°2	61
B - Choix théorique lié au problème spécifique n°3	62
 Section 2 : Présentation et analyse des éléments de performance du dispositif de mise en œuvre de la stratégie PTME dans la Commune de Parakou et propositions d'amélioration	 62
 Paragraphe 1 : Présentation et analyse des éléments de performance du dispositif de mise en œuvre de la stratégie PTME	 63
I - Présentation et analyse des données collectées	63
A - Présentation et analyse des données liées aux problèmes spécifiques n°1 et n°2	63
1 - Présentation et analyse des données liées au problème spécifique n°1	63
2 - Présentation et analyse des données liées au problème spécifique n°2	64
B - Présentation et analyse des données liées au problème spécifique n°3	65
II - Vérification des hypothèses et établissement du diagnostic	66
A - Vérification des hypothèses	67
1 - Vérification des hypothèses n°1 et n°2	67
a - Hypothèse n°1	67
b - Hypothèse n°2	68
2 - Vérification de l'hypothèse n°3	68
B - Etablissement du diagnostic	69
1 - Eléments de diagnostic lié aux problèmes spécifiques n°1 et n°2	69
2 - Elément du diagnostic lié au problème spécifique n°3	69

Paragraphe 2 : Propositions d'amélioration du dispositif de mise en œuvre de la stratégie

**Optimisation du dispositif de mise en œuvre de la stratégie de prévention de la transmission mère-enfant
du VIH dans la Commune de Parakou**

PTME dans la Commune de Parakou	70
I - Approches de solutions	70
A - Approches de solutions liées aux problèmes spécifiques n°1 et n°2	70
1 - Approches de solutions liées au problème spécifique n°1	70
2 - Approches de solutions liées au problème spécifique n°2	71
B - Approches de solutions liées au problème spécifique n°3	72
II - Conditions de mise en œuvre des solutions proposées	73
A - Suggestions à l'endroit des autorités politico-administratives, du PNLIS et du CIPEC- B/A	73
1 - A l'endroit des autorités politico-administratives via le Ministère de la Santé	73
2 - A l'endroit du PNLIS et du CIPEC-B/A	74
B - Suggestions à l'endroit de la communauté, des agents de santé, des PVVIH et de nous- même	75
1 - A l'endroit de la communauté et des agents de santé	75
2 - A l'endroit des PVVIH et de nous-même	76
CONCLUSION	77
REFERENCES BLIOGRAPHIQUES.....	79
ANNEXES	82
TABLE DES MATIERES	90