

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

S. ZONGO*, F. OUATTARA**

Résumé

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

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

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

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

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

Astract

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

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

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

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

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

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

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

Introduction

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

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

Questions méthodologiques

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

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

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

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

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

Organisation et mise en œuvre de la PTME

Une offre des prestations en fonction du statut des structures

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

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

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

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

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

Une gestion concentrée des activités

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

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

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

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

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

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

Les « impliqués » et les « non impliqués »

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

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

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

Les « impliqués » : une catégorie privilégiée ?

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

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

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

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

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

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

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

Une prévention compromise lors de l'accouchement ?

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

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

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

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

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

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

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

Conclusion

La PTME, un programme national ?

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

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

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

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

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

Références bibliographiques

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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