

Projet pilote pour l'introduction d'un traitement antiviral chez les femmes enceintes séropositives du district de Goundi

SOMMAIRE

1. TITRE.....	2
2. LIEU.....	2
3. DURÉE.....	2
4. RÉSUMÉ DE L'ACTION.....	2
5. CONTEXTE THÉMATIQUE ET GÉOGRAPHIQUE.....	3
5.1 EPIDEMIOLOGIE DE L'INFECTION DU VIH-1 EN AFRIQUE SUB-SAHARIENNE.....	3
5.2 UTILISATION DE LA THERAPIE ANTIRETROVIRALE DANS LES PAYS EN VOIE DE DEVELOPPEMENT	4
5.3 LE PAYS D'INTERVENTION : LE TCHAD	5
5.4 LE DISTRICT SANITAIRE DE GOUNDI	7
6. LES PROBLÈMES À RÉSOUDRE ET JUSTIFICATION DU PROJET.....	9
6.1 LES PROBLEMES	9
6.2 JUSTIFICATION DU PROJET.....	11
7. BÉNÉFICIAIRES ET CONTREPARTIE.....	11
7.1 LES BENEFICIAIRES DIRECTS.....	11
7.2 LES BENEFICIAIRES INDIRECTS.....	11
7.3 PARTENAIRES LOCAUX	12
7.4 ONG PROMOTRICE ET AUTRES ORGANISATIONS IMPLIQUEES	12
8. STRATÉGIES D'INTERVENTION.....	13
8.1 OBJECTIFS GENERAUX	13
8.2 OBJECTIF SPECIFIQUE	13
8.3 RESULTATS ATTENDUS.....	13
8.4 INDICATEURS DES RESULTATS	14
8.5 ACTIVITES LIEES AUX RESULTATS.....	14
9. SUIVI ET ÉVALUATIONS	18
10. IMPACT ET DURABILITÉ	18
11. ESTIMATION DES COÛTS ET PLAN FINANCIER	19

1. Titre

Projet pilote pour l'introduction assistée de la thérapie antirétrovirale chez les personnes atteintes par l'infection du VIH/SIDA dans le district Sanitaire de Goundi.

2. Lieu

TCHAD – Préfecture du Mandoul – Sous Préfecture de Goundi

3. Durée

Deux ans

4. Résumé de l'action

L'objectif du projet est de fournir au système sanitaire local un support réel et qualifié en matière de lutte contre l'épidémie du VIH/SIDA, pour réduire la mortalité et l'incidence de l'épidémie parmi la population du District Sanitaire de Goundi.

Le projet, au-delà de renforcer les activités préventives et de contenir l'impact de la maladie grâce à l'accès aux traitements pour les sujets les plus vulnérables (femmes enceintes et nouveaux-nés), cherche à former sur place le personnel social et médical nécessaire à la gestion des activités de diagnostic et de soin de l'infection du VIH.

Le projet se propose également d'évaluer l'impact de l'introduction de la thérapie antirétrovirale chez les personnes contaminées par le VIH/SIDA dans un pays en voie de développement et de définir un modèle qui puisse répondre aux critères de durabilité et d'auto-suffisance reproductible dans d'autres contextes similaires.

Les objectifs du projet seront poursuivis au moyen de:

1. activités de prévention de la population en général à travers l'information, l'éducation et la communication sur les maladies sexuellement transmissibles (MST) et en particulier sur l'infection du VIH ;
2. activités de "counselling" et des tests auprès de l'hôpital du District de Goundi ;
3. l'administration assistée et contrôlée du traitement antirétroviral aux femmes enceintes atteintes par le virus du VIH/SIDA, à leurs maris et aux nouveaux-nés ;
4. cours de formation sur la thérapie antirétrovirale et sur la gestion des patients en traitement destinés au personnel social et médical du District Sanitaire de Goundi, associé par la suite à la supervision d'activités pratiques ;
5. évaluation de l'efficacité et des possibilités de reproduction de l'intervention.

Les bénéficiaires directs du projet seront :

- Environ 2.000 femmes enceintes qui habitent le District de Goundi ayant été soumises au service de counselling et au test du VIH;
- Les 200 femmes qui résultent séropositives au test du VIH et ayant été insérées dans le programme de thérapie ;
- Les 200 maris des femmes séropositives auxquels seront également offerts les services de counselling, de test du VIH et de traitement antirétroviral s'ils sont également contaminés par le virus ;
- Les 200 enfants nés de femmes séropositives étant insérées dans le programme de thérapie ;

Le total des bénéficiaires directs des deux premières années se monte donc à 2.600 personnes.

Les bénéficiaires indirects du projet seront les habitants du District de Goundi, soit environ 100.000 personnes.

Les dépenses prévues pour les deux premières années s'élèvent à 125.160,00 Euro.

5. Contexte thématique et géographique

5.1 Epidémiologie de l'infection du VIH-1 en Afrique sub-saharienne

L'Afrique sub-saharienne est la région qui présente le plus grand nombre de personnes atteintes du virus de l'immunodéficience humaine (VIH) et du syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA) : selon le rapport 2004 de l'UNAIDS l'agence de l'organisation mondiale de la santé qui s'occupe du SIDA, les personnes séropositives en Afrique sont au nombre de 25.4 millions, soit environ 64% du nombre total de personnes atteintes dans le monde.

Le SIDA représente la première cause de mortalité dans cette région (20.6% du total des décès) et il est cause de graves répercussions non seulement sanitaires, mais aussi sociales, culturelles et économiques. La chute de l'espérance de vie et du revenu par habitant, la paupérisation des ressources humaines de la classe productive, la désagrégation sociale et familiale sont quelques-uns des exemples et des facteurs qui minent le futur de la région.

Le rapport UNAIDS 2004 met en évidence à quel point le sexe féminin représente le groupe le plus vulnérable à l'épidémie : pour chaque homme infecté, on dénombre environ 1,3 femmes touchées par l'infection, et ce rapport devient de 3,6 :1 dans la tranche d'âge qui va de 15 à 24 ans. Dans certains pays de l'Afrique sub-saharienne, le nombre de femmes enceintes infectées, qui représentent un groupe de référence fiable pour l'évaluation de la diffusion du virus dans la population en générale, atteint et même dépasse 30%.

Cette différence entre les sexes est à attribuer à différents facteurs. En premier lieu, en Afrique sub-saharienne la femme est plus discriminée que l'homme en terme d'accès aux services essentiels de soin et d'instruction : l'ignorance envers la maladie et ses modalités de transmission en sont les inévitables conséquences. Dans les pays les plus pauvres, la femme est très souvent exposée à la violation de ses droits dans le domaine économique, professionnel et juridique, ce qui comporte, par exemple, l'impossibilité pour elle d'obtenir une activité adéquate, de recevoir un héritage familial, ou de dénoncer des violences domestiques. Dans ce contexte de dépendance et de subordination, la relation de mariage ou de concubinage, souvent vécue avec des hommes plus âgés, devient une garantie de sécurité sociale et de financement à laquelle il est difficile de renoncer, même face au risque d'être exposée à l'infection. Enfin, la plus grande sensibilité biologique des femmes à contracter l'infection durant les rapports sexuels contribue à déterminer le nombre élevé d'infections féminines, qui est destiné à s'accroître dans le temps en l'absence de modifications des actuelles interventions de prévention et de soin.

La grossesse d'une femme enceinte séropositive est aggravée par le risque de transmission de l'infection au fœtus. La transmission de l'infection VIH de la mère à l'enfant peut se vérifier par voie verticale, pendant la grossesse ou l'accouchement, ou encore après la naissance de l'enfant, à travers le lait maternel. Pour les enfants qui ne sont pas allaités au sein à peu près 2/3 des cas de transmission de la mère à l'enfant se passent pendant l'accouchement et 1/3 pendant la grossesse (en particulier lors des deux derniers mois). L'UNAIDS estime qu'en 2004, environ 640.000 enfants dans le monde de moins de 15 ans ont contracté l'infection et que plus de 90% de ces infections se sont produites en Afrique sub-saharienne, où elles ont représenté la cause principale de l'augmentation de la mortalité infantile. Dans la période qui va de 1990 à 1996, en effet, la

mortalité des enfants au cours de leur 1^{ère} année de vie et dans la tranche de 1 à 5 ans est passée respectivement de 30 à 60% et de 0,8 à 2%.

La mort des parents est cause de désagrégation du tissu familial et au cours de la première année après le décès maternel, on assiste à une augmentation de la mortalité des fils sains par rapport à la moyenne. De plus, les orphelins représentent un poids insoutenable pour la structure déjà précaire de la famille élargie et de la société africaine en générale : abandon scolaire, malnutrition et problèmes de développement intellectuel des enfants sont souvent les inévitables conséquences de ce phénomène.

5.2 Utilisation de la thérapie antirétrovirale dans les pays en voie de développement

L'introduction de la thérapie antirétrovirale hautement active (HAART) a radicalement modifié le cours de l'infection VIH chez les personnes séropositives en terme de prolongement de la vie et de qualité de la vie.

L'utilisation de la HAART a pourtant été limitée aux pays industrialisés, où les ressources économiques et les infrastructures sanitaires ont permis sa bonne application. Le haut coût de la HAART, associé à une carence de personnel sanitaire et de structures hospitalières adaptées ont interdit le libre accès à la thérapie dans les pays en voie de développement pendant de nombreuses années, limitant l'utilisation des médicaments à la seule prévention de la transmission de l'infection de la mère à l'enfant pendant la grossesse (*prevention of mother-to-child transmission, PMTCT*).

Cette approche, entre autre, a de plus démontré d'évidentes limites scientifiques et sociales. Tout d'abord, les différents schémas thérapeutiques à durée variable qui ont été expérimentés n'ont pas été exempts de problèmes de gestion ou de coût excessif, et même le modèle PMTCT le plus simple et le moins coûteux, qui consiste en l'administration d'une unique dose de nevirapine (NVP) à la mère lors du travail et au nouveau-né, a démontré récemment une limite d'efficacité, suite aux signalements répétées de l'apparition d'une phar-maco-résistance à la NVP capable de compromettre non seulement le traitement mais aussi une éventuelle thérapie HAART successive.

Enfin, la PMTCT favorise l'augmentation du nombre d'enfants nés sains, destinés à être précocement orphelins en l'absence de thérapie antirétrovirales administrées à la mère en état avancé d'infection, déterminant ainsi une charge sociale supplémentaire à un système déjà compromis.

L'OMS a compris ces préoccupations, en modifiant récemment les lignes-guide pour la PMTCT : l'introduction de la HAART ne doit pas être retardée chez la femme enceinte séropositive en état avancée d'infection, c'est-à-dire en présence d'infections opportunistes liées au SIDA ou d'examens du sang qui mettent en évidence un comptage du nombre de lymphocytes T CD4+ inférieur à 200 par millilitre cube de sang, tandis que les autres thérapies *intra* ou *peri-partum* doivent être réservées aux seules femmes asymptomatiques ou avec un CD4+ supérieur à 200/mmc de sang.

L'OMS a de plus pris acte de la difficulté de l'allaitement artificiel pour les enfants nés de mères séropositives dans les PVS et conseille cette mesure, - qui avec la césarienne s'est révélée fondamentale dans les pays industrialisés pour diminuer encore le risque de transmission de l'infection au fœtus - dans les cas où cela est « acceptable, possible, économique, soutenable et sûr »¹ Il faut de plus souligner l'importance de ne pas utiliser l'allaitement mixte, qui combine les risques des deux méthodes d'allaitement.

¹ Voir : www.who.int/hiv/pub/mtct/guidelines/en/.

L'inefficacité des mesures préventives prises jusqu'à maintenant, conjuguée avec les dramatiques conséquences sociales que l'infection du VIH est en train de provoquer dans les PVD, rendent l'introduction de la HAART inévitable pour la sauvegarde de ces pays, et cela ne peut se faire sans l'engagement des nations les plus développées. L'obstacle que représente le coût de la HAART a récemment été surmonté grâce à l'introduction de médicaments génériques, ce qui a permis une notable réduction du prix de la thérapie et la mise en place d'un fond destiné à la lutte contre le SIDA (*Global Fund*). Au même moment, l'OMS a lancé une campagne pour l'accès aux médicaments antirétroviraux pour 3 millions de personnes dans les PVD avant 2005 ("*3-by-5 Initiative*").

Il manque par contre toujours de modèles alternatifs de gestion de la thérapie antirétrovirale dans des contextes dominés par un manque de ressources nécessaires pour la bonne application des schémas thérapeutiques, tels que : le manque de structures sanitaires, par ailleurs non adaptées, le manque chronique de personnel médical et d'infirmiers, le manque de culture sanitaire de base, l'accès limité aux services sanitaires essentiels, la dispersion territoriale de la population en milieu rural qui est difficilement joignable, la précarité économique, alimentaire ainsi que celle de l'environnement domestique.

Dans cette optique, la communauté internationale retient comme fondamentale le fait de promouvoir et d'assister de façon adéquate la création de modèles d'administration contrôlés de la HAART qui tiennent compte de la détermination des priorités fondamentales de l'intervention, des problèmes à affronter et des ressources alternatives locales à utiliser, de la formation du personnel, de la détermination et de la standardisation des canaux opérationnels, du secret médical garanti aux patients et de la bonne gestion du suivi thérapeutique, en portant une attention particulière à la gestion des effets secondaires induits par la thérapie, au respect de la part du patient de la posologie et aux développements de pharmaco-résistances, et enfin, à la récolte et à l'élaboration de données pouvant être comparées avec d'autres données issues d'interventions similaires, réalisées dans des pays aux ressources limitées.

Un projet pilote ne peut donc se passer de l'identification d'un groupe de la population adapté à l'administration expérimentale de la thérapie. Les femmes enceintes répondent bien à ce critère pour de multiples raisons : elles se réfèrent périodiquement et sur tout le territoire aux centres de médecine de l'enfance des districts sanitaires ; la thérapie serait introduite chez des patientes atteintes à différents stades par le VIH/SIDA et il serait de plus possible de prévenir la transmission verticale de mère à enfant.

5.3 Le pays d'intervention : le Tchad

La République du Tchad est située en Afrique centrale dans la zone sahélienne, sur un territoire de 1.284.000 Km² marqué par une vaste aire désertique. Les propriétés géographiques influent fortement sur la distribution de la population de presque 8 millions d'habitants, concentrée à 47% sur 10% du territoire.

Selon le rapport mondial sur le développement humain 2004, en 2002, le taux d'alphabétisation des adultes était de 45,8%, celui des femmes adultes de 37,5%, l'espérance moyenne de vie à la naissance de 44,7 ans ; 46% de la population a un âge inférieur à 15 ans, le PIB par habitant est de 240 USD ; l'indice de développement humain en 2002 situait le Tchad au 167^{ème} rang sur les 177 pays existants.

Le système sanitaire tchadien souffre de plus d'un manque systématique de personnel formé et motivé ; dans le pays il existe un médecin tous les 36.770 habitants, un infirmier diplômé tous les 22.619 habitants et une obstétricienne toutes les 10.909 femmes en âge de procréer.

Les facteurs environnementaux, pathogènes et humains qui caractérisent la structure épidémiologique du Tchad ne diffèrent pas de ceux qui se rencontrent dans la plupart des pays en voie de développement.

Au cadre classique de la malnutrition, des pathologies diarrhéiques, du paludisme, de la tuberculose et de la lèpre, s'ajoutent les infections typiquement tropicales comme la trypanosomiase, la schistosomiase et l'onchocercose, sans oublier la présence du VIH/SIDA. Ces pathologies ont une incidence surtout en termes de cronicité et des invalidités permanentes qu'elles provoquent et qui finissent par peser sur toute la structure sociale et économique du pays.

Les trois premiers problèmes de santé se manifestent selon les pourcentages suivants :²

Age des malades	% de cas avec infections aiguës des voies respiratoires	% de cas avec malaria	% de cas avec diarrhées
0-11 mois	23,5%	22,8%	15,3%
1-4 ans	16,9%	22,8%	11,8%
5 ans et plus		18,7%	3,0%
tous âges confondus	7,4%	19,6%	6,8%

(annuaire des statistiques sanitaires du Tchad, Tome A, année 2000 page 47)

Pour faire face à cette situation, le Tchad est en train de mettre en place un système d'assistance sanitaire inspiré du modèle proposé par l'OMS, basé sur les soins de santé primaire et tendant à renforcer et à améliorer les services périphériques d'assistance et de prévention de base.

Ce système a subdivisé le pays en 48 Districts sanitaires³, chacun desquels étant constitué d'un hôpital auquel font référence les Centres sanitaires périphériques⁴. Dans les Centres sanitaires sont gérés la quasi totalité des activités thérapeutiques et préventives offertes à une population définie, et en particulier : les visites à caractère thérapeutique, le contrôle des enfants de 0 à 4 ans (vaccinations comprises), l'envoi des sujets souffrant de problèmes de malnutrition vers les hôpitaux, les visites prénatales, les accouchements assistés, l'assistance aux familles, l'assistance aux malades chroniques et l'éducation sanitaire.

Les principales sources de financement des soins sont : l'Etat (subventions et salaires), les aides extérieures (dons, prêts) et les contributions directes des malades. Le financement de l'Etat couvre 27,6 du total des dépenses sanitaires, les aides extérieures 47,7%, et les contributions directes des malades les 24,7% restants. L'Etat dépense pour la santé publique 2,3% du PIB, soit 2,5 USD par an et par habitant⁵. Le financement du système sanitaire est donc gravement insuffisant et étroitement dépendant des aides extérieures.

² Le pourcentage se réfère au total des malades dans la tranche d'âge considérée

³ Zone de population comprise entre 100.000 et 200.000 habitants.

⁴ Zone avec une population d'environ 10.000 habitants, géographiquement correspondant à un rayon d'environ 10 km ou à 2 heures de marche.

⁵ UNDP rapport 2003 sur le développement humain

5.4 Le District sanitaire de Goundi

Le District sanitaire de Goundi, dans lequel le projet se réalisera, est constitué d'un Hôpital et de 8 Centres sanitaires périphériques, et dessert un bassin d'utilisateurs de 98.800 inscrits, dont 11,4% habitent à moins de 5 km de l'hôpital et les 88,6% restants à une distance située entre 5 et 35 km.

L'hôpital compte 113 lits et dispense des services de maternité, de médecine interne et de chirurgie, tandis que chaque Centre sanitaire est doté d'un ambulatoire (diagnostic et thérapie), d'une salle de réunion et d'une pharmacie.

Le programme sanitaire de Goundi est un point de référence pour tout le territoire national et l'unique exemple de gestion sanitaire de district à avoir terminé la couverture de toutes les zones de responsabilité avec les 8 Centres de santé annexés, qui sont soutenus par une supervision régulière et par l'équipe opérationnelle au niveau de l'hôpital. Pour son efficacité, en 1996, l'Organisation mondiale de la santé (OMS), sur proposition du Gouvernement tchadien, lui a décerné le prestigieux Prix Sasakawa.

Le District sanitaire de Goundi est un hôpital privé avec une fonction publique et est géré par l'Association Tchadienne «Communauté pour le Progrès» (ATCP), contrepartie du présent Projet.

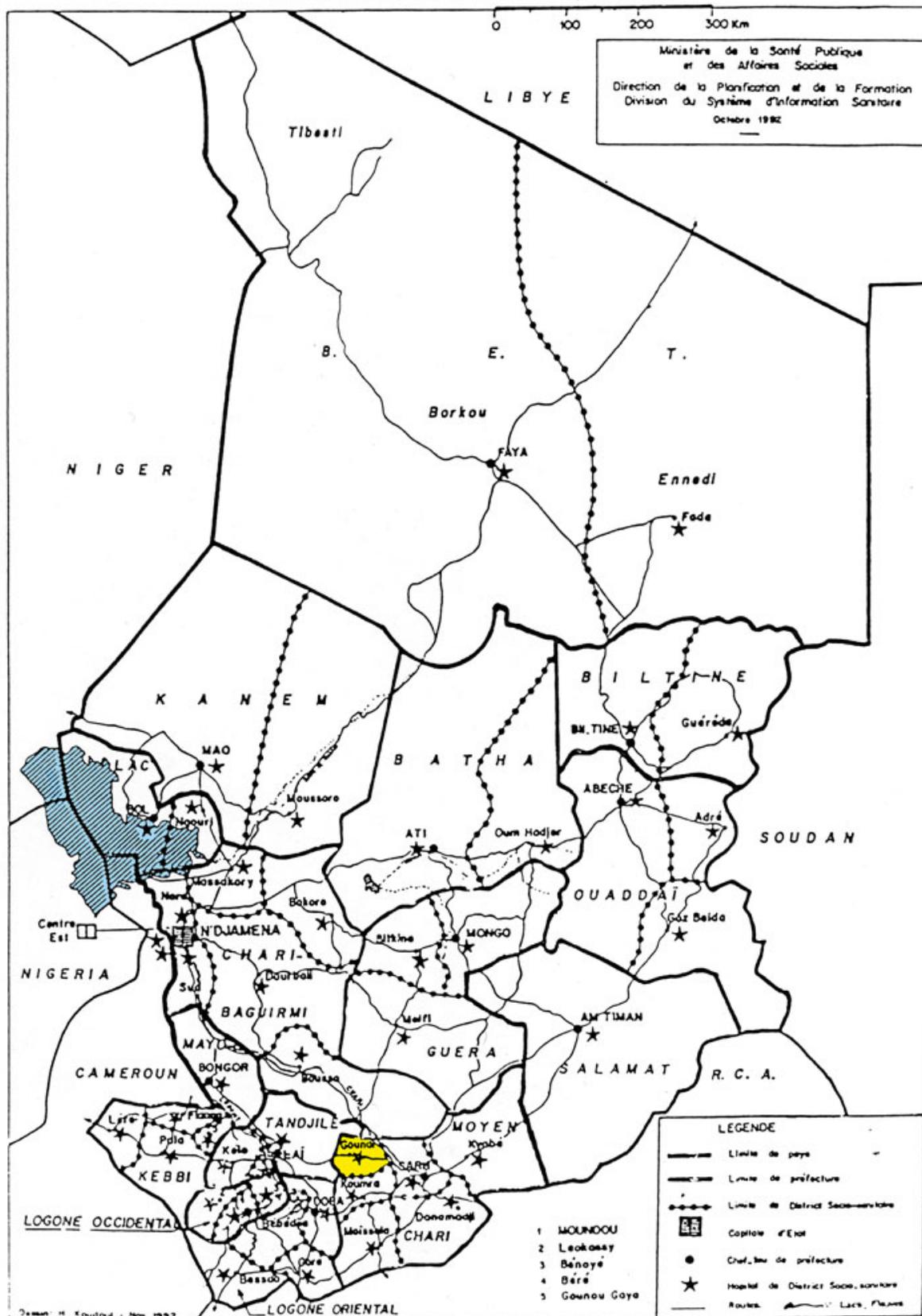
La principale, et pratiquement seule source locale de financement du système sanitaire de Goundi est le paiement direct par les patients de l'hôpital, ce qui couvre 15% des dépenses de l'hôpital (il est rare qu'en Afrique ce taux dépasse les 20%), tandis que les Centres sanitaires, après de longues années d'optimisation du service, arrivent à couvrir plus de 80% de leurs dépenses. Comme les dépenses⁶ sont supérieures aux entrées, le système sanitaire de Goundi fonctionne dans son ensemble grâce à un apport financier extérieur (dons) d'environ 74%.

L'hôpital est doté d'un dispensaire, d'une pharmacie, d'un laboratoire d'analyse, d'un département de radiologie, d'un pressing, d'une salle pour les perfusions, d'un laboratoire de production et de stockage de solutions pour perfusions et d'un bureau administratif, et comme tous les hôpitaux africains il ne prend pas en charge la restauration des patients. La plus grande partie des médicaments utilisés sont essentiellement de caractère générique. Toutes les consultations sont faites par des médecins.

En 2003 les personnes examinées et soignées dans les 8 Centres sanitaires ont été au nombre de 53.000. Le nombre des patients enregistrés et arrivés pour une consultation de référence à l'hôpital augmente régulièrement; on est passé de 953 cas en 1990 à 8.700 cas en 2003. La durée moyenne de l'hospitalisation est de 6 jours, et le taux de mortalité de l'hôpital est de 5%.

⁶ 55% est destiné au salaires, 25% aux médicaments et aux équipement médicaux, 20% pour les coûts de gestion.

Carte des districts sanitaires du Tchad



= District sanitaire de Goundi

6. Les problèmes à résoudre et justification du projet

6.1 Les problèmes

Le problème général du Système sanitaire national est l'insuffisante capacité de l'Etat à garantir à la population une assistance sanitaire adéquate et l'impossibilité de la population à prendre à sa charge les coûts des médicaments et des thérapies antirétrovirales en particulier.

Il résulte du rapport de l'UNAIDS de 2003 qu'au Tchad les premiers deux cas de SIDA remontent à 1986, et qu'en 1996 les nouveaux cas étaient au nombre de 1.242, et qu'en 2001 ils étaient de 1.661 (pour un total -de 1986 à 2001- d'environ 15.000 cas notifiés aux centres sanitaires). L'UNAIDS estimait en 1989 à environ 1% le pourcentage de personnes infectées par le VIH, en 2001 la Banque mondiale parlait de 4% de femmes entre 15-24 ans, tandis que l'UNAIDS passait à 6%. En 2002 les statistiques officielles tchadiennes parlaient de 8% pour passer en 2003 à 10%.

Selon une estimation de l'UNAIDS il résulte qu'en 2003 10% des femmes entre 15-24 ans étaient séropositives, 200.000 personnes étant infectées du VIH, dont 10% ayant un âge inférieur à 15 ans, et les orphelins pour causes de SIDA étaient environ 100.000.

Mais les cas notifiés ne sont que « la pointe de l'iceberg ».

Les études conduites au Tchad sont presque complètement inexistantes, et dans les documents officiels ce sont toujours les mêmes données qui sont proposées et qui, étant relevées dans la capitale, ne correspondent pas à un échantillon représentatif en terme de dimension : les statistiques officielles affirment que 13% des prostituées et 8.4% du personnel militaire était séropositif en 1995 ; 26.2% des malades de tuberculose était séropositif en 1999 ; la prévalence du VIH chez les femmes qui se sont soumises au test pendant la consultation prénatale passe de 2.4% en 1995 à 3.2% en 1999.

La réalité est qu'au Tchad l'Etat ne sait pas quand une personne meurt car il n'existe pas de registres d'Etat civil fiables, et il en sait encore moins sur les raisons de la mort des personnes. En effet, plus des 2/3 des cas de SIDA ne sont pas notifiés à l'hôpital pour diverses raisons : les personnes meurent avant d'arriver à l'hôpital, parce qu'elles ne sont pas capables de prendre en charge les coûts sanitaires souvent disproportionnés par rapport au revenu mensuel (et préfèrent donc recourir aux guérisseurs traditionnels ou aux conseils des proches) ; les maladies opportunistes liées au SIDA sont pratiquement les mêmes que celles par lesquelles les gens meurent habituellement au quotidien (paludisme, diarrhée, tuberculose) et il est donc rare qu'un diagnostic différencié soit fait ; les hôpitaux ont seulement depuis peu d'année la possibilité de faire le test de dépistage, et même lorsqu'ils pourraient le faire, il manque toujours quelque chose (les réactifs, les équipements de laboratoire qui fonctionnent, les techniciens adaptés, l'électricité...) et la pratique est de ne pas demander l'accord du patient ni de communiquer les résultats. Dans ces conditions, le SIDA pour un tchadien, dont l'espérance de vie à la naissance est de 45 ans, devient une des éventualités qui peuvent arriver dans la vie quotidienne, et dans cette perspective, il assume une valeur relative et non plus absolue.

Dans ce contexte dramatique, l'estimation de l'UNAIDS (faite sur la base des informations du gouvernement tchadien) de 150.000 adultes et enfants vivants à la fin de l'année 2001 infectés par le VIH, de 14.000 morts durant 2001 et de 72.000 orphelins à la fin de la même année, en dehors du fait de ne pas être réaliste, entre en contradiction avec

l'organisation du système sanitaire : 5.000 lits au total pour une dépense sanitaire par personne de 2,5 dollars par an (Pierre Y, N'Diékhhor-2001)⁷.

Le SIDA est encore tabou au Tchad et les personnes sont immanquablement taxées d'infamie : la peur d'être l'objet d'infamie est un des principaux obstacles à la lutte contre le virus, parce qu'elle porte au silence, et, dans la lutte contre le SIDA, "le silence est la mort".

L'acceptation de la part de la communauté est encore très difficile et les personnes malades ne se montrent pas quand elle ne se sentent pas bien : si elles vivent à la ville, elle cherchent à retourner au village pour se cacher et mourir. Une combinaison de facteurs, tels que le comportement envers la maladie, les politiques socio-sanitaires inadaptées, la difficulté de diffuser les informations, l'impact du SIDA sur les communautés agricoles qui, causant un grand nombre de décès parmi la population active, mine la capacité de maintenir un niveau de subsistance adapté, rend la situation potentiellement explosive.

La bataille contre le VIH/SIDA se complique encore à cause des facteurs religieux et culturels. L'ignorance diffuse, et l'utilisation d'une sorte de « pensée magique », qui porte à identifier celui qui diagnostique la maladie comme étant celui qui la transmet, sont les principaux obstacles à la lutte contre le SIDA.

Dans ce contexte culturel où tout appartient à l'homme au point qu'une femme ne peut pas parler en public, ne peut pas manger avec son mari et souvent ne le connaît même pas assez pour se sentir autorisée à parler avec lui de sexe, la discrimination n'est pas seulement un problème social, c'est aussi un problème politique.

La crise du Darfour, au proche Soudan, risque de faciliter encore plus la diffusion de l'épidémie, car l'arrivée d'un nombre considérable de réfugiés confinés dans des camps d'accueil, non dotés de services sanitaires de base, pourrait augmenter la diffusion de comportements à risque pour la transmission de l'infection.

Dans le cadre du SIDA les décisions prises en matière de politique de santé n'ont pas reflété la priorité que l'urgence demanderait ; en effet, malgré le fait que le Gouvernement ait produit un Plan National de Lutte contre le SIDA, les fonds effectivement utilisés pour la maladie proviennent presque exclusivement de donations de privés et d'Organisations non gouvernementales. De plus, les procédures que les centres sanitaires doivent mettre en oeuvre pour obtenir un kit pour le test de dépistage continuent à être trop complexes, de même que l'approvisionnement en médicaments antirétroviraux, dont par ailleurs les coûts sont toujours prohibitifs pour la population (il suffit de penser que le traitement ARV mensuel coûte 15.000 CFA, soit environ 22 Euro face à un salaire minimum fixé par la loi à 25.000 CFA, soit environ 37 Euro). L'annonce récente du Ministère de la santé de réduire le prix du traitement mensuel à 5.000 FCFA seulement (7,5 Euro environ), grâce à un prêt reçu de la Banque Mondiale va dans la bonne direction, mais, paradoxalement, il risque d'être contre-productif si un contrôle réel et efficace de la distribution des médicaments et des patients en traitement n'est pas fait.

⁷ Pierre Y, N'Diékhhor (2001), « *Le Sida, son impact socio-économique, politique et culturel sur le développement du Tchad* » 2001/08, CEFOD.

6.2 Justification du projet

Les femmes enceintes qui arrivent à l'Hôpital de Goundi et aux centres périphériques de médecine de l'enfance ont été identifiées comme groupe pilote d'étude pour l'administration expérimentale de la thérapie antirétrovirale. Les critères d'aptitude pour l'expérimentation sont les suivants : les femmes viennent périodiquement aux centres de District pour le contrôle de la grossesse et peuvent être soumises pendant ces visites à une campagne de sensibilisation sur l'infection du VIH/SIDA et être adressées aux services de counselling et de test du VIH ; la thérapie antirétrovirale peut être commencée pour les femmes infectées à différents stades par le VIH/SIDA, ce qui permet aussi la prévention de la transmission verticale de l'infection de la mère à l'enfant.

Dans le but de favoriser l'acceptation du projet de la part de la population locale et de sauvegarder l'unité de la famille, il est aussi important d'offrir le même service de counselling, de test VIH et de thérapie antirétrovirale aux maris des femmes identifiées comme atteintes par l'infection du VIH/SIDA et qui demandent l'admission au projet.

Le projet pilote d'introduction assistée et contrôlée de la thérapie antirétrovirale chez les femmes enceintes dans le District de Goundi est donc pertinent, vu les problèmes mis en évidence, car il offre la possibilité de :

- a) promouvoir une campagne sur le thème des infections sexuellement transmissibles et en particulier sur celui du VIH/SIDA ;
- b) limiter l'impact et bloquer la diffusion de l'épidémie, à travers l'administration de la thérapie antirétrovirale aux femmes infectées par le VIH/SIDA qui s'adressent au Centres de médecine de l'enfant du District de Goundi ainsi qu'à leurs maris infectés, dans le but de prévenir la transmission de l'infection de la mère à l'enfant ;
- c) fournir des prestations de qualité en terme d'analyse, de recherche médicale et de formation du personnel local ;
- d) développer des approches innovatrices et adaptées à la réalité socio-culturelle du districts de Goundi dans la lutte contre le VIH/SIDA, qui soient reproductibles dans d'autres districts du pays ou dans des contextes similaires à ressources économiques limitées.

Comme cela a été reconnu par l'OMS, le projet pourra s'appuyer sur un système sanitaire de district adapté et fonctionnel au but recherché.

7. Bénéficiaires et Contrepartie

7.1 Les bénéficiaires directs

Les bénéficiaires de l'action seront :

- Environ 2.000 femmes enceintes qui habitent le District de Goundi ayant été soumises au service de counselling et au test du VIH;
- Les 200 femmes qui résultent positives au test du VIH et ayant été insérées dans le programme de thérapie ;
- Les 200 maris des femmes séropositives auxquels seront également offerts les services de counselling, de test du VIH et de traitement antiretroviral dans le cas où ils seraient également séropositifs ;
- Les 200 enfants nés de femmes séropositives étant insérées dans le programme de thérapie ;

Le total des bénéficiaires directs des deux premières années se monte donc à 2.600 personnes.

7.2 Les bénéficiaires indirects

La population qui habite dans le district sanitaire de Goundi, soit environ 100.000 personnes.

7.3 Partenaires locaux

L'Association Tchadienne « Communauté pour le Progrès » (ATCP) sera le partenaire local pour la réalisation du projet.

L'ATCP est une Association nationale, sans but lucratif, juridiquement reconnue par l'Etat tchadien et le Ministère de la Santé en 1973 (Décision 276, 346, Décret 597)⁸.

L'ATCP est propriétaire de l'hôpital et des structures qui y sont liées, et gère, pour le compte du Ministère de la Santé Publique, le District sanitaire de Goundi.

Son directeur général, père Angelo Gherardi s.j, a reçu en 1996 de l'OMS le prix Sasakawa pour le « *Programme Sanitaire Intégré de Goundi* ».

L'hôpital de Goundi, créé en 1974 est un des meilleurs hôpital du Tchad et les activités de l'ATCP sont souvent un point de référence pour le Ministère de la Santé.

La zone d'intervention de l'ATCP, aussi bien dans le domaine sanitaire que dans le domaine agricole est principalement la Sous-Préfecture de Goundi ; cependant, l'Association a également porté son attention dans la zone de la capitale, ou elle est en train de réaliser un hôpital universitaire, dans le but d'améliorer la formation des médecins locaux, la qualité de l'assistance sanitaire qu'ils fournissent et d'encourager les activités de recherche scientifique dans le domaine médical et sanitaire.

L'ATCP entretient de solides relations avec le Ministre de la Santé, de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique.

7.4 ONG promotrice et autres Organisations impliquées

Association de Coopération Rurale en Afrique et en Amérique latine (ACRA).

SIEGE LEGAL: Via Breda, 54 - 20126 Milan

TELEPHONE: (+39) 02 27000291

FAX: (+39) 02 2552270

E-MAIL: acra@acra.it

SITE INTERNET: www.acra.it

ETAT JURIDIQUE: Association à but non lucratif

ANNEE DE CONSITUTION: 15 mai 1968

RECONNAISSANCE D'APTITUDE (Loi n°. 49/87):

- Apte à la réalisation de programmes à moyen et court terme dans les Pays en voie de développement. Décret n. 0347 du 5.7.1973.
- Apte à l'Education au développement et à l'information. Décret n. 1988/128/4186/1D du 14.9.1988. Timbre du bureau comptable n. 4466 du 3.11.1988.
- Apte à la sélection, à la formation et à l'emploi de volontaires du service civil. Décret n. 1988/128/4186/1D du 14.9.1988. Timbre du bureau comptable n. 4466 du 3.11.1988.
- Apte à l'activité de formation *in loco* de citoyens des PVD. Décret du 30.8.1995.

ACRA est présente au Tchad depuis 1969 à travers des projets de développement et dispose d'un vaste réseau de partenariat avec des ONG, Associations et Groupes locaux et européens.

Elle dispose d'un bureau de coordination pour ses activités au Tchad et au Cameroun situé à N'Djamena, et vante de plus une expérience consolidée et reconnue en matière de gestion participative et de formation.

ACRA soutient depuis 1989 le district sanitaire de Goundi avec des projets co-financés par l'Union européenne et le Ministère des Affaires Etrangères italien. Depuis 1998 ACRA

⁸ L'adresse de l'association est: ATCP – B.P. 87 Sarh – République du Tchad.

et l'ATCP ont ouvert une école de formation pour infirmiers(ères) officiellement reconnue par le Ministère de la Santé Publique au Tchad et sont en train de réaliser, dans la ville de N'Djamena, un hôpital universitaire qui deviendra opérationnel à partir de 2006. ACRA, à travers son siège central à Milan et ses structures de coordinations installées dans les Pays garantie tous les aspects organisationnels, gestionnaire et administratifs du projet.

Institut des Maladie Infectieuses et Tropicales - Hôpital Luigi Sacco de Milan

L'Institut des Maladie Infectieuses et Tropicales de l'Hôpital Luigi Sacco de Milan sera chargé de l'organisation des programmes de recherche, de thérapie et de formation du personnel sanitaire local impliqué dans le projet.

ANLAIDS – Association Nationale de Lutte contre le SIDA – Section Lombarde

L'Associazione Nazionale Lotta all'AIDS (ANLAIDS) – Sec. Lombarde est impliquée dans la promotion du projet et dans la recherche de fonds pour sa réalisation.

Association Amis de Goundi

L'association, qui a son siège à Milan, Place S. Fedele, 4 est liée à la Compagnie des Jésuites italiens et est née pour soutenir expressément les activités sociales promues par la Mission Catholique de Goundi

Dans le présent projet, l'Association participera à la campagne de promotion du projet et à la recherche de fonds.

8. Stratégies d'intervention

8.1 Objectifs généraux

Les objectifs généraux identifiés par le projet sont :

1. Fournir au système sanitaire local, en collaboration avec le Ministère de la Santé tchadien, un support réel et qualifié en matière de lutte contre l'épidémie de VIH/SIDA, pour réduire l'incidence et la mortalité de l'épidémie dans la population du district sanitaire de Goundi ;
2. Activer un programme de promotion de la santé dans le district de Goundi sur le thème des maladies sexuellement transmissibles (MST) et en particulier sur le VIH/SIDA.

8.2 Objectif spécifique

Introduire la thérapie antirétrovirale assistée et contrôlée chez les femmes enceintes et à leurs maris infectées par le VIH/SIDA de stade avancé, et prévenir la transmission de la mère à l'enfant de l'infection dans le district sanitaire de Goundi.

8.3 Résultats attendus

Les résultats attendus sont :

- R.1** La population du district de Goundi est sensibilisée sur les thèmes des maladies sexuellement transmissibles (MST) et en particulier sur le VIH/SIDA ;
- R.2** L'accès aux services de "counselling" et aux tests du VIH pour les femmes enceintes et pour leurs maris augmente ;
- R.3** La mortalité et la morbidité des femmes enceintes et de leurs maris infectés par le HIV/SIDA qui suivent un traitement antirétrovirale diminues ;
- R.4** La transmission de la mère à l'enfant de l'infection chez les enfants nés de femmes infectées par le VIH/SIDA diminue ;

R.5 La formation du personnel sanitaire et para-sanitaire de l'hôpital et des centres sanitaires pour la gestion de la thérapie antirétrovirale est améliorée ;

R.6 Un centre moderne pour le diagnostic et le soin de l'infection du VIH auprès de l'hôpital de Goundi fonctionne de façon correcte ;

R.7 Le nombre de nouveaux cas d'infection du VIH dans le district de Goundi diminue avec le temps et le nombre de cas totaux se réduit.

8.4 Indicateurs des résultats

Les indicateurs qui seront pris en considération pour juger de l'atteinte des résultats seront :

R.1

- Présence de matériel informatif sur les modalités de transmission et de prévention du VIH ;
- Nombre de campagnes de sensibilisation et d'information sur les problèmes des MST et du VIH/SIDA réalisées.

R.2

- Nombre d'entretiens effectués avec des femmes enceintes et leurs maris durant les visites pré-natales ;
- Nombre d'accès aux services de "counselling" et nombre de tests VIH effectués auprès des centres sanitaires périphériques et auprès des Voluntary "counselling" and Testing Center (VCT).

R.3

- Nombre de femmes enceintes et leurs maris infectés par le VIH/SIDA insérés dans le programme de traitement ;
- Nombre d'infections opportunistes et de décès liés au SIDA de femmes enceintes et de leurs maris infectés par le VIH/SIDA insérés dans le programme de traitement par rapport au groupe de contrôle;
- Espérance moyenne de vie des femmes enceintes et de leurs maris infectés par le VIH/SIDA insérés dans le programme de traitement par rapport au groupe de contrôle.

R.4

- Nombre d'enfants nés infectés par le virus du VIH dans le groupe de femmes insérées dans le programme par rapport au groupe de contrôle.

R.5

- Nombre de médecins, infirmiers(ères) et techniciens(ennes) de laboratoires et d'assistant(e)s formés pour le projet.

R.6

- Nombre de tests rapides VIH, visites et examens du sang de contrôle des patientes en traitement ;
- Correcte application des procédures de laboratoires.

R.7

- Suivi dans le temps du nombre total de nouveaux cas d'infection du VIH/SIDA dans un groupe de contrôle.

8.5 Activités liées aux résultats

Par rapport au résultat 1 : *La population du District de Goundi est sensibilisée sur le thème des maladies sexuellement transmissibles (MST) et en particulier sur le VIH/SIDA.*

A.1.1 Enregistrement des femmes enceintes du District de Goundi auprès de leur centre sanitaire de référence ;

A.1.2 Campagnes de sensibilisation de masse à travers des stratégies d'information, d'éducation et de communication sur les MST et le VIH/SIDA pour les femmes enceintes durant les visites pré-natales.

Par rapport au résultat 2 : *L'accès aux services de "counselling" et pour les tests VIH pour les femmes enceintes et leurs maris a augmenté.*

A2.1 Le service de "counselling" et de tests VIH, déjà actif auprès de l'hôpital, sera encore renforcé à travers la création d'un centre approprié (*Voluntary counselling and Testing Center, VCT center*).

A2.2 Pendant les visites de pré-counselling on prendra en considération la modalité d'exécution du test VIH, le résultat et les possibles conséquences en cas d'issue positive. Le test de dépistage pour le virus VIH sera effectué à travers l'utilisation de procédés "rapides" capables de détecter les anticorps anti-HIV-1 et HIV-2. En cas d'issue positive au test HIV-1 ou HIV-2 ou HIV-1/2, un autre test rapide sera réalisé pour confirmer ce résultat comme cela est recommandé par l'OMS. L'annonce du résultat du test sera accompagné d'un entretien approfondi avec un personnel adéquatement formé ("counselling" post-test).

A2.3 Dans le cas d'une issue positif du test, un "counselling" spécifique d'accompagnement sera effectué pour permettre une meilleure assistance, non pas seulement du point de vue sanitaire mais aussi psycho-social. La femme et son partenaire seront assistés dans le choix d'effectuer ou de ne pas effectuer le traitement prévu.

A2.4 Il est prévu de tester une série de 2.000 femmes enceintes, dont 10% (200 femmes), selon les estimations existantes, devraient résulter infectées par le VIH/SIDA. En cas d'adhésion optimale des maris des femmes séropositives à l'offre de counselling et du test du VIH, 200 hommes seront testés, avec une estimation d'infection prévue autour de 80%.

Par rapport au résultat 3: *La mortalité et la morbidité des femmes enceintes et de leurs maris infectés par le VIH/SIDA suivant un traitement antirétrovirale ont diminuées.*

A3.1 Introduction dans le programme d'environ 250 femmes par an séropositives au test VIH par an.

Aux femmes enceintes séropositives qui accepteront d'entrer dans le programme, on demandera une acceptation écrite ou, dans le cas de personnes analphabètes, un consentement verbal.

Chaque femme devra être accompagnée à la première visite par un membre de la famille tuteur et responsable de l'adhésion de la femme au protocole.

Le protocole de traitement varie en fonction du degré d'infection, évalué sur la base de la mesure des défenses immunologiques à travers le comptage des lymphocytes T CD4+ par millilitres cube de sang, et a été rédigé en suivant les lignes-guides de l'OMS.

A.3.2 Pour les femmes enceintes au stade asymptomatique ou en présence d'un comptage de CD4 supérieur à 200/mm³ (estimation de 140 femmes sur 200), on appliquera le protocole pour la prévention de la transmission materno-infantile de l'infection qui prévoit l'administration à la mère de zidovudine (AZT) ou AZT + lamivudine (3TC) de la 28^{ème} semaine à la fin de l'accouchement et de la nevirapine (NVP) en dose unique durant le travail, plus une dose unique de NVP et de ZDV pendant une semaine au nouveau-né.

A3.3 Pour les femmes enceintes malades du SIDA et/ou d'un comptage de CD4 inférieur à 200/mm³ (estimation de 60 femmes sur 200), on introduira de façon assistée et contrôlée le traitement antirétroviral continu selon les schémas de posologie prédéfinis :

- 1er choix : stavudine (d4T)+3TC+NVP

- médicament alternatif : AZT, 3TC, didanosine (ddI), nelfinavir (NFV), indinavir (IDV)

A3.4 Les maris des femmes enceintes infectées par le VIH/SIDA qui sont eux-mêmes atteints par le virus (estimation de 160 hommes sur 200) seront soumis au comptage des CD4 et, dans le cas de conditions cliniques et de laboratoire identiques à celles mises en évidence au point A3.4 (estimation de 40 hommes sur 160), il leur sera offert le traitement antirétroviral.

A3.5 Tous les sujets insérés dans le protocole de traitement seront périodiquement suivis à travers l'exécution de visites de contrôle. Les examens du sang seront exécutés selon le schéma suivant : hémochrome, biochimique et comptage des CD4 avec une fréquence de trois mois pour les patients sous traitement (100 personnes) et avec une fréquence de six mois pour tous les autres (260 personnes). Il est de plus prévu de stocker du matériel biologique dans un freezer à -20°C pour mesurer dans un second temps la charge virale (VIH-ARN), pour déterminer le type viral et pour étudier le phénomène de la pharmacorésistance au traitement.

A3.6 Des agents sanitaires de village seront identifiés et, après une formation adéquate, auront la tâche de vérifier l'adhésion du patient au traitement et de signaler au centre compétent l'éventuelle apparition d'effets collatéraux, ainsi que de faciliter l'accès du patient à la structure sanitaire.

Par rapport au résultat 4: *La transmission de la mère à l'enfant de l'infection chez les enfants de femmes enceintes infectées par le VIH/SIDA a diminuée.*

A.4.1 Tous les nouveaux-nés des femmes enceintes insérées dans le programme seront examinés 15-30 jours après leur naissance afin qu'on leur prélève quelques gouttes de sang qui sera mis à sécher sur une bande de papier buvard prévue à cet effet (Guthrie card), puis transporté auprès du laboratoire du Département des maladies infectieuses et tropicales de l'Hôpital Sacco. C'est là que les échantillons subiront des tests pour déterminer une éventuelle infection périnatale à travers une recherche moléculaire (VIH-DNA PCR) et d'éventuelles recherches du type viral.

A4.2 Toutes les femmes enrôlées dans le protocole effectueront l'allaitement au sein lorsque cela est possible. Le centre nutritionnel de l'hôpital fournira l'allaitement artificiel complet pour les nouveau-nés des femmes avec une faible production de lait ou pour celles qui le demandent.

Au 15ème mois, les nouveaux-nés allaités au sein ou artificiellement seront soumis au test VIH rapide pour la recherche d'une éventuelle transmission verticale tardive de l'infection.

Par rapport au résultat 5: *La formation du personnel sanitaire et para-sanitaire de l'hôpital et des centres sanitaires pour la gestion de la thérapie antirétrovirale s'est améliorée.*

A.5.1 La sélection et la formation du personnel sanitaire (médecins, infirmiers, obstétriciennes et techniciens de laboratoires) sera faite par l'Institut des Maladies Infectieuses et Tropicales -- Université des Etudes de l'Hôpital Sacco de Milan.

Le personnel sera instruit sur les thèmes de la promotion sanitaire et sur le "counselling" psychologique, sur l'exécution de tests rapides VIH et d'examen du sang, de suivi de la thérapie antirétrovirale, de suivi du patient en traitement, du recueil et de l'élaboration des données de présentation des résultats. Un suivi pratique accompagnera ces activités de

formation à l'issue desquelles le personnel devra être capable de réaliser de façon autonome les activités ci-dessus mentionnées.

Des stages seront également organisés pour le personnel technique auprès de l'Institut des Maladies Infectieuses et Tropicales de l'Hôpital Sacco pour l'approfondissement du thème de la gestion du patient en traitement antirétroviral et des techniques de diagnostic de laboratoire.

Par rapport au résultat 6: Un centre moderne pour le diagnostic et le soin de l'infection VIH auprès de l'Hôpital de Goundi fonctionne de manière correcte.

A6.1 Le VCT center de l'Hôpital de Goundi fera office de centre de documentation générale, de formation du personnel médical et de supervision de la thérapie des patients enrôlés dans le projet pilote. Dans ce but, il sera doté du matériel nécessaire à la réalisation des activités prévues par le projet, y compris les équipements de laboratoire pour le diagnostique, le traitement et le suivi des patientes enrôlées.

Par rapport au résultat 7: le nombre de nouveaux cas d'infection de VIH dans le District de Goundi diminue dans le temps et le nombre de cas totaux se réduit.

A.7.1 Toutes les données obtenues par le "counselling" et par l'exécution des tests VIH rapides, en partant de l'insertion des données des femmes enceintes dans les protocoles d'étude, des examens initiaux et du suivi des patientes en traitement, des événements adverses au traitement antirétroviral et à l'adaptation des patientes au traitement seront insérées dans une base de données réalisée à cet effet pour être analysées et pour fournir une élaboration de l'expérience en termes d'efficacité. L'analyse de l'intervention permettra de plus de mettre en évidence d'éventuelles améliorations et simplifications du projet de façon à favoriser la durabilité et la reproductibilité du projet.

A7.2 Le développement d'une résistance aux médicaments antirétroviraux sera suivi à travers le recueil de prélèvements biologiques des patientes résistantes au traitement thérapeutique et sera envoyé au Laboratoire de l'Institut des Maladies infectieuses et tropicales de l'Hôpital Sacco pour la réalisation de tests de résistance moléculaires.

CRONOGRAMME ACTIVITES

Activités	Première année				Deuxième année			
	I°	II°	III°	IV°	I°	II°	III°	IV°
Trimestres								
Activité initiale de coordination de l'action	XX							
Enquête démographique, recueil données dans les C.S.	XX	X	X	X	XX	X	X	X
Formation du personnel sanitaire et para-sanitaire	XXX	X	X	X	X	X	X	X
Campagne de sensibilisation pour femmes enceintes	X	XX	X	X	X	X	X	X
Création d'un VTC center à l'Hôpital	X							
Visites de pré-counselling dans les C.S et à l'Hôpital		XXXXXXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Exécution de tests de dépistage VIH		XXXXXXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Phase préparatoire pour l'accès aux soins		X						
Commencement thérapie antirétrovirale mères/nouveaux-nés			XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Envoi papier buvard (Guthrie) laboratoire hôpital Sacco			X	X	X	X	X	X
Envoi matériel pour laboratoire de virologie	XX							
Mise en place du laboratoire de virologie	XX							
Suivi et évaluations		X		XX		X		XX

9. Suivi et évaluations

Un programme de suivi et d'évaluation permettra de faire régulièrement le point de la situation sur l'avancement du projet.

A la fin de chaque semestre des réunions d'auto-évaluation seront organisées entre les différents partenaires impliqués dans le projet pour permettre une réorientation rapide des activités entreprises.

Deux missions d'évaluation seront réalisées, une en milieu de parcours et une à la fin du projet, avec l'aide des experts de l'Hôpital Sacco pour évaluer l'impact du projet sur les groupes et les bénéficiaires impliqués.

10. Impact et durabilité

A) Effets multiplicateurs

Une des finalités du projet est celle de créer une stratégie d'intervention générale qui puisse conduire, dans le temps, à la répétition des actions promues par les autres Districts sanitaires, à l'intérieur d'un cadre d'action structuré et organisé.

La possibilité de répéter et d'amplifier géographiquement et institutionnellement des actions est faisable grâce aux rapports de collaboration que, depuis de nombreuses années, l'ACRA et l'ATCP entretiennent avec le Ministère de la Santé, et par le fait que les deux ONG sont en train de réaliser un Hôpital Universitaire dans le District de N'Djamena Sud.

Le projet pilote sera réalisé et expérimenté dans un des Districts ruraux le plus efficace et le mieux organisé du Pays (toute la population du District de Goundi est recensée, a une grande confiance, utilise régulièrement les services sanitaires, et le nombre des patients enregistrés par les Centres sanitaires et venus pour une consultation de référence à l'hôpital augmente régulièrement), mais pourra être reproduit dans d'autres districts.

En particulier :

1. Les protocoles de diagnostics/traitements, utilisés dans un contexte intégré sur deux niveaux (Centres sanitaires et Hôpital) et focalisés sur la santé maternelle, peuvent être facilement reproduits dans d'autres districts ;
2. La formation et l'intégration des obstétriciennes et des agents de santé de village garantissent aussi une bonne possibilité de répétitions et d'extension hors de la zone d'intervention du projet ;
3. La recherche et les résultats liés à une meilleure prise en charge des femmes enceintes et de leurs maris séropositifs, qui sont gérés par un Institut qualifié international (Hopital Sacco de Milan), pourront être publiés et diffusés. La recherche pourra de plus définir de nouveaux protocoles thérapeutiques pour les pathologies les plus fréquentes qui touchent la morbidité et la mortalité dans des contextes défavorisés.

B) Durabilité

Il y a des actions précises et nécessaires pour arrêter le SIDA que seul un Etat peu prendre. Il s'agit de l'information, du contrôle comportementale et épidémiologique, de l'analyse du rapport coût/efficacité de la prévention et du traitement, de la coordination sectorielle. Mais l'Etat doit être conscient du fait que la santé de base doit être assurée, quelles que soient les possibilités économiques personnes. Les services sanitaires doivent donc être accessibles et disposer de ressources suffisantes pour atteindre ce but.

La Banque Mondiale, qui a imposé au Gouvernement tchadien l'utilisation de nouvelles richesses dérivant du pétrole au profit direct des pauvres, constitue une opportunité concrète pour doter le Système Sanitaire National de plus grandes ressources pour augmenter l'accès des soins aux populations.

Face au SIDA, un gouvernement avec peu de ressources à disposition pourrait analyser le rapport coût/efficacité des différentes possibilités d'action pour décider celles à mettre en oeuvre, en cherchant à déterminer comment toucher le maximum de personnes dans un budget limité.

Dans les pays à bas revenus, comme dans le cas du Tchad, la prévention devrait commencer parmi les individus qui peuvent générer un taux élevé de VIH, et par la suite s'étendre, à travers les programmes de prévention, aux autres sujets, si les ressources le permettent.

La qualité, le sérieux du projet et les rapports consolidés existants entre ATPC et le Ministère de la Santé font partie des conditions qui peuvent permettre l'insertion et la durabilité future du projet dans les programmes gouvernementaux financés par le Fond Global pour la lutte contre le VIH/SIDA, non seulement afin de garantir de prix bas et la subvention des thérapies antirétrovirales, mais aussi la fourniture des produits permettant de faire les diagnostics.

Une autre donnée intéressante est que dans le District sanitaire de Goundi les dépenses de fonctionnement des Centres sanitaires périphériques sont couvertes à plus de 80% par le paiement direct des patients, à travers une stratégie qui prévoit le paiement à différentes phases de la maladie (à partir du moment de la guérison) et non pour chaque visite ou action ; pour cette raison, les ressources du Fond Global sont additionnelles et non substitutives aux ressources qui existent déjà.

De façon générale, le Ministère de la Santé tchadien est à long terme le garant du bon fonctionnement et de la gestion du système sanitaire du pays. Cependant, à court et à moyen terme, la continuité des activités du District de Goundi pourra être garantie par le partenaire local ATCP, en insérant les activités de prévention et de soin des femmes enceintes séropositives dans le plan de fonctionnement général du District, et par les partenaires internationaux (ACRA – Association des amis de Goundi de : Milan, Barcelone et Genève) qui, depuis diverses années, soutiennent le District sanitaire de Goundi à travers des fonds propres et des projets co-financés par des Organismes publics et privés.

11. Estimation des coûts et plan financier

Personnel employé dans le projet

Rôle dans le projet	Provenance	Nombre
Superviseur (6 mois /an)	Hôpital Sacco	1
Superviseur laboratoire (3 mois/an)	Hôpital Sacco	1
Médecin responsable	ACTP	1
Infirmier/ère thérapie	ACTP	1
Infirmier/ère VCT	ACTP	1
Infirmier/ère auxiliaire	ACTP	8
Administratif	ACTP	1
Techniciens de laboratoire	ACTP	1
TOTAL		14

Coûts du projet pilote VIH – District de Goundi -

Chapitre de dépense	Quantité	Coût unitaire	Première année	Deuxième année	Total (Euro)
Coût du personnel					
Superviseur expatrié (6 mois /an)	6	1.350,00	8.100,00	8.100,00	16.200,00
Superviseur de laboratoire expatrié	3	1.350,00	4.050,00	4.050,00	8.100,00
Médecin local responsable	12	200,00	2.400,00	2.400,00	4.800,00
Infirmier/ère adapté/e à la thérapie	12	100,00	1.200,00	1.200,00	2.400,00
Infirmier/ère VCT	12	100,00	1.200,00	1.200,00	2.400,00
Laborantin	12	100,00	1.200,00	1.200,00	2.400,00
Total coûts du personnel			18.150,00	18.150,00	36.300,00
Equipement et matériel de laboratoire					
Matériel informatique	forfait		500,00	500,00	1.000,00
Aménagement de la structure VCT-hôpital	forfait		1.000,00	-	1.000,00
Congélateur -20°C	1	3.000,00	3.000,00	-	3.000,00
Cito-fluorimètre CD4	1	20.000,00	20.000,00		20.000,00
Equipement hémochrome	1	4.000,00	4.000,00		4.000,00
Equipement biochimique	1	4.000,00	4.000,00		4.000,00
Expédition des équipements	1	3.000,00	3.000,00		3.000,00
Examen biochimique	460/920	10,00	4.600,00	9.200,00	13.800,00
Examen hémochrome	460/920	2,00	920,00	1.840,00	2.760,00
Radiographie du thorax	180	4,00	720,00	720,00	1.440,00
Recherche bacille tbc	180	2,00	360,00	360,00	720,00
Stockage matériel.	360	2,00	720,00	720,00	1.440,00
Test VIH (unique)	3.000	1,00	3.000,00	3.000,00	6.000,00
Total Equipement et matériel de laboratoire			45.820,00	16.340,00	62.160,00
Médicaments pour thérapie					
Traitement antirétroviral	50/100	90	4.500,00	9.000,00	13.500,00
Traitement PMTCT**	70/70	30,00	2.100,00	2.100,00	4.200,00
Total coûts médicaments pour thérapie			6.600,00	11.100,00	17.700,00
Sous-total			70.570,00	45.590,00	116.160,00
Coûts d'organisation (8% des coûts totaux)			4.500,00	4.500,00	9.000,00
TOTAL PROJET			75.070,00	50.090,00	125.160,00

Répartition des coûts	ACRA/Amis de Goundi	ANLAIDS - Sec. Lombardie	ATCP (*)
première année	47.870,00	25.000,00	2.200,00
deuxième année	23.890,00	25.000,00	1.200,00
Total coûts par bailleurs de fonds	71.760,00	50.000,00	3.400,00

*Sont à la charge de l'ATCP les dépenses du technicien de laboratoire et l'ameublement des "counselling" de l'Hôpital

** PMTCT – Prévention de la transmission de l'infection de la mère à l'enfant

Note sur les équipements :

- Le Cito-fluorimètre CD4 sert pour suivre l'évolution de l'infection du VIH/SIDA, c'est-à-dire pour mesurer la situation immunologique du patient avant et pendant le traitement antirétroviral.
- L'équipement pour l'examen l'hémochrome et biochimique sert pour le suivi de la toxicité des médicaments pour le patient soumis à la thérapie.