HAL
open science

Enjeux et limites du conseil et du test du VIH (CTV) dans un pays de basse prévalence en Afrique Subsaharienne : cas du Burkina Faso

Odette Rouamba Ky-Zerbo

To cite this version:

Odette Rouamba Ky-Zerbo. Enjeux et limites du conseil et du test du VIH (CTV) dans un pays de basse prévalence en Afrique Subsaharienne : cas du Burkina Faso. Médecine humaine et pathologie. Université Montpellier, 2016. Français. NNT : 2016MONTT035 . tel-01514386

HAL Id: tel-01514386

https://theses.hal.science/tel-01514386v1

Submitted on 26 Apr 2017

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

THÈSE

Pour obtenir le grade de Docteur

Délivrée par UNIVERSITE DE MONTPELLIER

Préparée au sein de l'école doctorale

Biologie-Santé

Unité de recherche TransVIHMI
UMI 233 IRD / U 1175 INSERM
Recherches translationnelles sur le VIH et les maladies infectieuses

Spécialité : Santé Publique

Présentée par Odette Rouamba Ky-Zerbo

Enjeux et limites du conseil et du test du VIH (CTV) dans un pays de basse prévalence en Afrique Subsaharienne: cas du Burkina Faso

Soutenue le 24 octobre 2016 devant le jury composé de

Mr **Philippe MSELLATI**, Directeur de Recherche IRD	**Directeur**
Mme **Alice DESCLAUX**, Directrice de Recherche IRD	**Co-Directrice**
Mme **Carla O. MAKHLOUF**, Professeur, Université Américaine de Beyrouth	**Présidente**
Mr **Renaud BECQUET**, Chargé de recherche INSERM	**Rapporteur**
Mr **Joseph DRABO**, Professeur, Université Ouaga 1 Professeur Joseph Ki-Zerbo	**Rapporteur**

Dédicace

Je dédie ce travail:

Au Tout Puissant. A toi toute la gloire, maintenant et à jamais!

A ma famille sans laquelle je n'aurais pu réaliser ce travail. Alain, Reine et Samuel, «notre» thèse est enfin rédigée! Merci pour la compréhension et la patience pour les diverses promesses jamais tenues ou réalisées avec retard!

A tous ceux qui ont initié et soutenu mes premiers pas scolaires et qui ne sont plus de ce monde:

- *Mon Père, Tiga Rouamba, qui a fait le guet pour que mon nom soit inscrit parmi ceux des enfants du primaire en 1975 et qui est parti trop tôt sans avoir vu l'aboutissement de ses efforts;*
- *Mon Grand-Père, Fissi Zoungrana, qui a pris le relais de mon Père pour mon éducation;*
- *Ma Mère Madeleine Tapsoba, qui m'a inculquée le sens du travail et de l'endurance; de là où tu es, je sais que c'est avec fierté que tu vis ces moments;*
- *Marie et Jean-Marie Rouamba, ma famille de «Ouidi»; ce que vous avez fait est inestimable!*

Reposez tous en paix!

A toute la famille élargie et amis qui ont appris à se passer de ma présence à divers moments, et ce avec compréhension!

Remerciements

A l'ensemble des participants de l'étude MATCH et de l'enquête sur la perception des décideurs et acteurs sur les dernières directives de CTV de l'OMS pour leur collaboration.

Au Professeur Eric Delaporte qui m'a accueillie au sein de son unité et a facilité la réalisation de cette thèse, chaque fois qu'il a été sollicité.

A mes directeurs de thèse! Pendant ces années de collaboration rapprochée, chacun d'entre vous a été une leçon de vie pour moi. J'ai beaucoup admiré votre professionnalisme qui est exercé avec beaucoup d'humanisme et de simplicité.

> Mon Directeur de Thèse, Docteur Philippe Msellati. Ma première étude sur l'acceptabilité du test VIH et la faisabilité d'un essai randomisé (étude DITRAME) auprès des femmes enceintes, réalisée en 1994 à Bobo-Dioulasso et à Abidjan s'est faite avec votre encadrement, qui s'est poursuivi avec le coaching pour la mise en œuvre de l'essai Kesho-Bora entre 2004 et 2006 au Centre MURAZ. Je vous remercie pour la disponibilité durant ces années de travail et de préparation de la thèse.
>
> Ma Co-Directrice, Professeur Alice Desclaux. Avec vous j'ai eu l'opportunité de travailler pour la première fois en 1997. Aucun mot ne suffirait pour vous traduire ma reconnaissance.

Aux membres du jury :

> Professeur Carla Obermeyer Maklhouf, Investigatrice principale de l'étude MATCH, de m'avoir donné l'opportunité de travailler sur ce projet et de réaliser cette thèse dans ce cadre. Merci de m'avoir soutenue pour l'aboutissement de ce travail;
>
> Docteur Renaud Becquet qui a été membre de mon comité de thèse. Je vous remercie pour les suggestions et recommandations formulées chaque fois quand vous avez été sollicité ;
>
> Professeur Joseph Drabo, je vous remercie d'avoir accepté d'être rapporteur de cette thèse. Je vous ai toujours admiré de loin et je suis très honorée de vous avoir parmi les membres du jury de cette thèse.

Au Docteur Nicolas Nagot, membre de mon comité de thèse pour l'encadrement.

Au Professeur Nicolas Meda pour m'avoir donné l'opportunité d'acquérir des connaissances de base sur le VIH ainsi que sur le conseil et le test de l'infection à VIH auprès des femmes enceintes de 1994 à 2006 au sein de ses équipes au Centre MURAZ.

A Monsieur le Secrétaire Permanent du Conseil National de Lutte contre le Sida et les IST (Docteur Didier Bakouan) et aux différents coordonnateurs du PAMAC (Docteurs Fode Sigama, Marcel Lougue, Amadou Ouédraogo), pour m'avoir permis de travailler à temps partiel et de réaliser cette thèse.

Aux collaborateurs du PAMAC et du Centre MURAZ. Vous avez été si nombreux à me manifester votre soutien que je ne peux vous nommer tous. Cependant je remercie spécialement Issiaka Sombié, Abderrahmane Berthé, Ibrahim Diallo, Jérémie Rouamba, Sayouba Ouédraogo et Jean-François Somé qui ont été très sollicités dans le cadre de cette thèse.

Aux enquêtrices (Alima Traoré, Alice Bila, Elisabeth Thio, Saran Barro) pour votre efficacité.

TABLE DES MATIERES

1. INTRODUCTION GENERALE 1

1.1. GENERALITES SUR L'EPIDEMIE DU VIH 1
1.2. EPIDEMIOLOGIE DU VIH AU BURKINA FASO 1
1.3. GENERALITES SUR LE CONSEIL ET LE TEST VIH 2
1.3.1. Les avantages du conseil et du test VIH 2
1.3.2. Historique du conseil et du test de l'infection à VIH 2
1.3.3. Les recommandations actuelles des agences des Nations Unies sur le conseil et le test du VIH 4
1.3.3.1. Les innovations liées aux principes éthiques du CTV 4
1.3.3.2. Les stratégies et approches d'offre des services de test VIH 5
1.3.3.3. Les populations prioritaires 6
1.3.4. La situation du CTV dans le monde et en Afrique 7

2. REVUE DE LA LITTERATURE 10

2.1. LES FACTEURS LIES A L'UTILISATION DU CTV 10
2.1.1. Les facteurs sociodémographiques 10
2.1.2. Les facteurs socioculturels 10
2.2. LES OBSTACLES A LA PRATIQUE DU CTV 11
2.2.1. La stigmatisation et la discrimination liées au VIH 11
2.2.2. Autres obstacles 11
2.3. LES STRATEGIES D'OFFRE DU CTV 12
2.3.1. Le test à l'initiative du soignant 12
2.3.2. Le test à l'initiative du client 12
2.4. L'UTILISATION REPETEE DES SERVICES DE CTV 13
2.5. LE CTV EN AFRIQUE DE L'OUEST 14

3. JUSTIFICATION 15

4. QUESTIONS DE RECHERCHE 17

5. OBJECTIFS 18

6. METHODES 19

6.1. LE VOLET QUANTITATIF DE L'ETUDE MATCH 20
6.1.1. Population de l'étude 20
6.1.2. Taille de l'échantillon et échantillonnage 21
6.1.3. Outils de collecte des données 22
6.1.4. Collecte des données 22
6.1.5. Gestion et analyse des données 23
6.2. LE VOLET QUALITATIF DE L'ETUDE MATCH 23
6.2.1. Populations de l'étude 23
6.2.2. Taille de l'échantillon et échantillonnage 23
6.2.3. Outils de collecte des données 24
6.2.4. Collecte des données 24
6.2.5. Gestion et analyse des données 25
6.3. LES DIFFICULTES LIEES A LA MISE EN ŒUVRE DE L'ETUDE MATCH 25
6.4. CONSIDERATIONS ETHIQUES 25
6.5. LES LIMITES DE L'ETUDE MATCH 26
6.6. ENQUETE SUR LA PERCEPTION DES DECIDEURS ET ACTEURS DU CTV SUR LES DIRECTIVES 2015 DE L'OMS 26
6.6.1. Revue documentaire 26
6.6.2. Recueil des données à distance 26
6.6.3. Gestion et analyse des données 27
6.6.4. Limites de l'étude 27

7. RESULTATS 28

7.1. PARTIE 1. ETAT DES LIEUX DU CTV AU BURKINA FASO 29
7.1.1. Organisation des services de conseil et de test VIH au Burkina Faso 29
7.1.2. Historique du conseil et du test du VIH au Burkina Faso 29
7.1.3. Normes et directives de conseil et de dépistage du VIH du Burkina Faso 32

7.1.4. Connaissances sur le CTV au Burkina Faso ____ *33*
7.1.5. Article 1. Dix ans d'investissement dans la lutte contre le VIH au Burkina Faso: quelles leçons tirer des stratégies et des résultats du conseil et du dépistage du VIH pour la période 2006-2015? ____ *34*
7.1.6. Discussion-partie 1 ____ *48*
7.1.6.1. Le cadre organisationnel ____ 48
7.1.6.2. La couverture en test à l'initiative du soignant ____ 48
7.1.6.3. Le test à l'initiative du client ____ 49
7.2. PARTIE 2. LES ACQUIS ET LES LIMITES DU CTV AU BURKINA FASO ____ 50
7.2.1. Les données quantitatives de l'étude MATCH ____ *50*
7.2.2. Les données qualitatives de l'étude MATCH ____ *51*
7.2.3. Les résultats globaux de l'étude MATCH ____ *51*
7.2.4. Les pratiques des services de CTV au Burkina Faso par les utilisateurs ____ *55*
7.2.4.1. Article 2. Profil et motivations des usagers au dépistage VIH communautaire au Burkina Faso: quelle contribution à l'objectif 90-90-90? ____ 55
7.2.4.2. Article 3. Rationalization of HIV testing services (HTS): understanding the reasons for reducing "inappropriate" uses in Burkina Faso ____ 72
7.2.5. La stigmatisation des PVVIH au Burkina Faso ____ *89*
7.2.5.1. Article 4. La stigmatisation des PVVIH en Afrique : analyse de ses formes et manifestations au Burkina Faso 89
7.2.6. Les enjeux et défis des prestataires pour une offre du CTV conforme aux normes requises. ____ *101*
7.2.6.1. Article 5. Le conseil post-test encourage-t-il les PVVIH à partager leur statut sérologique? Pratiques et suggestions des conseillers au Burkina Faso ____ 101
7.2.6.2. Article 6. Les services de conseil et de test du VIH face aux objectifs des Nations-Unies : perceptions, pratiques et défis des prestataires au Burkina Faso ____ 110
7.2.7. Discussion – Partie 2 ____ *122*
7.2.7.1. Les stratégies nationales de CTV ____ 122
7.2.7.2. Les approches communautaires ____ 122
7.2.7.3. L'équité dans l'accès au CTV ____ 123
7.2.7.4. La qualité des services de CTV ____ 123
7.2.7.5. Le cadre physique ____ 124
7.2.7.6. Des ruptures en intrants de dépistage ____ 125
7.2.7.7. Les ressources humaines ____ 125
7.2.7.8. La stigmatisation des PVVIH ____ 127
7.3. PARTIE 3. LES DEFIS LIES A LA MISE EN ŒUVRE DU CTV, CONFORMEMENT AUX DERNIERES DIRECTIVES DE L'OMS ____ 128
7.3.1. Article 7. Les politiques et stratégies de dépistage pays à l'épreuve des directives de l'OMS : analyse de l'applicabilité et de l'acceptabilité de différentes recommandations sur les services de test VIH au Burkina Faso. ____ *128*

8. DISCUSSION GENERALE ____ 144

8.1. LES ENJEUX ET LES LIMITES LIES A L'OFFRE DU CTV ____ 144
8.2. LES ENJEUX ET LES LIMITES LIES A LA DEMANDE DU CTV ____ 148
8.3. LES ENJEUX ET LES LIMITES LIES AU SYSTEME DE SANTE ____ 149
8.4. LES ENJEUX ET LES LIMITES LIES AUX CHANGEMENTS DES POLITIQUES ET STRATEGIES DE CTV ____ 150

9. CONCLUSION ____ 152

10. RECOMMANDATIONS ____ 154

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES ____ 155

ANNEXES ____ 168

ANNEXE 1. RECOMMANDATIONS DE L'OMS SUR LE CTV, 2008-2015 ____ 168
ANNEXE 2. APPROCHES DE DEPISTAGE PAR POPULATION CIBLE ET PAR CONTEXTE EPIDEMIOLOGIQUE ____ 173
ANNEXE 3. PRINCIPAUX OUTILS DE COLLECTE DES DONNEES QUANTITATIVES DE L'ETUDE MATCH ____ 174
ANNEXE 4. SITES DE RECRUTEMENT DES PARTICIPANTS A L'ETUDE ____ 201
ANNEXE 5. OUTILS POUR LA COLLECTE DES DONNEES QUALITATIVES, ETUDE MATCH ____ 202
ANNEXE 6. AVIS DU COMITE D'ETHIQUE POUR LA RECHERCHE EN SANTE AU BURKINA FASO ____ 210
ANNEXE 7. GRILLE DE COLLECTE DES DONNEES SUR L'ACCEPTABILITE ET L'APPLICABILITE DES DIRECTIVES DE L'OMS, VERSION JUILLET 2015 ____ 213
ANNEXE 8. CARACTERISTIQUES SOCIODEMOGRAPHIQUES DES PARTICIPANTS, ETUDE MATCH ____ 221

Figures

Figure 1 Cascade globale de l'objectif 90-90-90 7
Figure 2 Pourcentages de personnes qui n'ont jamais fait de test en Afrique Subsaharienne, Staveteig 2013. 8
Figure 3 Proportions de personnes testées au cours des douze derniers mois, Afrique de l'Ouest 9
Figure 4 Localités de l'étude MATCH, 2008-2009, Burkina Faso 19
Figure 5 Historique du conseil et test VIH, Burkina Faso 31
Figure 6 Page de couverture des normes et directives CDV 2008, Burkina Faso 32

Tableaux

Tableau 1 Critères d'inclusion et de non inclusion par catégorie de participants à l'étude MATCH, 2008-2009, Burkina Faso 20
Tableau 2 Nombre de personnes recrutées par catégorie et par localité, MATCH 2008-2009, Burkina Faso 50
Tableau 3 Situation des données qualitatives, MATCH 2008-2009, Burkina Faso 51

Liste des abréviations

ABI	Amicale Burkinabé des Infirmières
APRODEC	Association pour la PROmotion du DEpistage et du Conseil
ARV	Antirétroviraux
CADI	Centre Anonyme de Dépistage et d'Information
CDC	Center for Disease Control and Prevention
CDT	Centre de Diagnostic et de traitement de la Tuberculose
CDV	Conseil et Dépistage VIH
CICDoc	Centre d'Information, de Conseil et de Documentation sur le sida et la tuberculose
CNLAT	Centre National de Lutte Anti Tuberculose
CNLS-IST	Conseil National de Lutte contre le Sida et les Infections Sexuellement Transmissibles
CPN	Consultation Prénatale
CTV	Conseil et Test du VIH
CSLS	Cadre stratégique de lutte contre le sida
DITRAME	DIminution de la TRAnsmission Mère Enfant du VIH
DSF	Direction de la Santé de la Famille
EDS	Enquête Démographique et Santé
HSH	Hommes ayant des relations Sexuelles avec des Hommes
HTS	HIV Testing Services
MATCH	Multi-Country African Study on Testing and Counselling for HIV
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
ONUSIDA	Le Programme Commun des Nations Unies sur le VIH/sida
PAMAC	Programme d'Appui au Monde Associatif et Communautaire
PLHIV	People Living with HIV
PMTCT	Prevention of Mother-To-Child Transmission
PNUD	Programme des Nations Unies pour le Développement
PSSLS	Programme Sectoriel Santé et Lutte contre le Sida
PTME	Prévention de la Transmission Mère Enfant du VIH
PVVIH	Personne Vivant avec le VIH
REGIPIV	REseau pour une plus Grande Implication des Personnes Infectées par le VIH
STV	Services de Test VIH
TB	Tuberculose
TIC	Test à l'Initiative du Client
TIS	Test à l'Initiative du Soignant
UDI	Usagers de Drogues Injectables
UNAIDS	United Nations Programme on HIV/AIDS
VCT	Voluntary Counseling and Testing
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine
WHO	World Health Organization

Résumé

Introduction. Des traitements efficaces permettent la prise en charge des personnes vivant avec le VIH (PVVIH) et la prévention. Cependant, seulement 55% des PVVIH connaissent leur statut et ce taux est encore plus faible pour les pays de l'Afrique de l'Ouest et du Centre (35%). Afin d'accroître l'offre de Conseil et Test pour le VIH (CTV), l'OMS a publié en juillet 2015 un guide consolidé basé sur des études, dont certaines ont été réalisées en Afrique Subsaharienne. Et très peu d'entre elles concernent les pays à faible prévalence du VIH, notamment l'Afrique de l'Ouest francophone.

Cette thèse a pour objectif général d'analyser les enjeux et les limites des politiques et programmes de CTV dans les pays africains de basse prévalence VIH, à partir de la situation du Burkina Faso, et de proposer de nouvelles mesures pour développer l'offre de CTV.

Méthodes. Deux études ont été conduites. La première portait sur les motivations et les obstacles à la pratique du test VIH. Elle a été menée dans le cadre du projet « Multi-country African Testing and Counselling for HIV » (MATCH) portant sur quatre pays (Burkina Faso, Kenya, Malawi, Ouganda). Au Burkina Faso, l'étude a été conduite en 2008-2009 en milieu urbain (Ouagadougou) et rural (Dédougou) dans des sites sélectionnés selon leur niveau de fréquentation. Des approches quantitatives et qualitatives ont été utilisées.

La deuxième étude a été conduite en 2015 auprès des acteurs et des décideurs du CTV au niveau national, et visait à analyser leurs perceptions des directives publiées par l'OMS en 2015. Un outil de collecte des données expliquant les changements a diffusé par voie électronique. Les réponses ont été analysées de manière quantitative et qualitative.

Résultats. L'offre du CTV est basée au Burkina Faso sur des documents validés en 2008.

L'analyse de l'utilisation du test à l'initiative du client a montré que les femmes étaient les plus nombreuses (58,5%). Cependant les hommes (p=0,02), les 18-34 ans (p=0,01), et les plus scolarisés (p=0,001) semblaient utiliser plus précocement les services. En analyse multivariée, ces catégories utilisaient plus les campagnes. Les signes ou symptômes liés au VIH motivaient le test chez les femmes (p=0,008), les 35 ans et plus (p<0,001) et les non scolarisés (p<0,001) qui sollicitaient plus le test en sites fixes. L'utilisation du CTV pendant la campagne était associée au désir de connaître le statut (p<0,001), tandis qu'en dehors des campagnes, l'état de santé de l'utilisateur, la maladie ou le décès du partenaire était le principal motif (p=0,001). Aussi 61% des utilisateurs avaient réalisé 2 tests et plus. Dans une analyse multivariée, l'utilisation répétée du CTV par les personnes séronégatives était associée à la scolarisation (au moins le secondaire), au jeune âge et pour les PVVIH à la résidence en milieu urbain.

Les prestataires déclaraient être confrontés à des difficultés logistiques et matérielles pour offrir adéquatement le CTV. Il en résultait une faible qualité des services, notamment un conseil post test dispensé partiellement, et une faible référence des PVVIH. Celles-ci avaient un vécu de stigmatisation élevé, soit 46% de stigmatisation interne, 40% dans les relations interpersonnelles et 11% dans les services de santé. Les décideurs et acteurs ont trouvé la plupart des directives de 2015 pertinentes, mais sont pessimistes sur leur faisabilité.

Conclusion. Ce travail a identifié les limites du CTV au Burkina Faso et donne des éléments significatifs pour les pays africains de basse prévalence. Dans un contexte de raréfaction des ressources, l'accès équitable au CTV nécessite l'identification de stratégies innovantes. Le renforcement des capacités des prestataires pour une offre globale de services de qualité est nécessaire. La lutte contre la stigmatisation devrait être intensifiée. La prise en compte des avis des experts permettra la révision des documents nationaux et leur adaptation selon les directives OMS.

Mots clés. Enjeux, Conseil Test VIH, Afrique Subsaharienne, Basse Prévalence

Challenges and limitations to HIV testing and counselling (HTC) in a Sub-Saharan HIV low prevalence country: the case of Burkina Faso

Background. Treatments are effective for people living with HIVAIDS (PLWHA) care and prevention. However, only 55% of PLWHA are aware of their status. This rate is lower in Central and West Africa (35%). In July 2015, WHO published new guidelines on HIV testing. In Sub-Saharan Africa, there are many studies which results are used to define policies and guidelines on HIV testing at the international level. Few of them are implemented in low HIV prevalence countries, notably French-Speaking West Africa.

The overall objective of this thesis is to analyze the challenges and limitations of HIV testing and counselling (HTC) policies and programs in low prevalence countries, over the situation in Burkina Faso and propose new measures to increase the access to HTC services.

Methods. Two studies have been conducted. The first one was carried out in the « Multi-country African Testing and Counselling for HIV » (MATCH) project which was implemented in four countries (Burkina Faso, Kenya, Malawi, Uganda). It aimed to analyze the motivations and barriers to HTC services practices by users, non-users and providers. In Burkina Faso, the study was carried out in Urban (Ouagadougou) and rural (Dédougou) areas in 2008-2009. In each locality, study sites (client initiated testing and provider initiated testing sites) were chosen, given the level of utilization. Quantitative and qualitative methods were used.

The second study was conducted in 2015, with HTC providers and decision makers at national level. The objective was to analyze their perceptions on WHO 2015 guidelines. A data collection tool explaining the changes introduced in the guidelines has been designed and transmitted via electronic means. Their opinions were analyzed.

Results. Guidelines for HTC in Burkina Faso were from 2008. In client initiated testing sites, there were more women (58.5%). However, men ($p=0.02$), 18-34 years old ($p=0.01$), and the more educated ones ($p=0.001$) appeared to have used early services. In multivariate analysis, those categories used often campaigns. Women ($p=0.008$), 35 years of age and over ($p<0.001$) and less educated people ($p<0.001$) sought more often the test in fixed sites. The use of HTC services during campaigns is associated with the desire to know one's HIV status ($p<0.01$), while outside of campaigns, the health status of the user, the illness or the partner's death was the main concern ($p=0.001$). Campaigns are associated with the hope of knowing one's HIV status ($p<0.001$). There were 61% of users who were repeat testers (2 or more tests). In a multivariate analysis, repeat testing for HIV negative people was associated with higher education, young age and for PLWHA living in urban areas.

HTC Providers declared that they faced logistic and material challenges. It resulted in a low quality of services, in particular post-test counselling sessions that were partially done and a low effective reference of PLWHA towards care services. HIV stigma was found to be very high (46% of PLWHA faced internal stigma, 40% of interpersonal stigma, and 11% in health services). Decision-makers and providers have found most of the 2015 guidelines relevant, but were pessimist about their feasibility.

Conclusion. This work has identified limitations of HTC at the individual, community, health services and institutional levels in Burkina Faso, and provides significant elements for African low prevalence countries. Given the scarcity of resources, there is a need for innovative strategies for equitable access to HTC, in order to attract more men, and test earlier women, less educated and 34 years or older. Strengthening the capacity of service providers to include a comprehensive range of quality services is necessary. All the aforementioned should be supplemented by the fight against stigma. Paying attention to national HTC experts' opinion will help for national guidelines review and adapt them to WHO guidelines.

Key words. Challenges, HIV Testing and Counselling, Sub-Saharan Africa, Low Prevalence

1. Introduction générale

1.1. Généralités sur l'épidémie du VIH

Selon le programme commun des Nations Unies sur le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) et le sida (ONUSIDA), fin 2015 il y avait 36,7 [34,0 -39,8] millions de personnes vivant avec le VIH (PVVIH) dans le monde [1]. La répartition de l'épidémie reste inégale car la prévalence varie d'un continent à l'autre, et même au sein d'un même continent. Elle est de l'ordre de 4,8% [4,5%-5,1%] en Afrique Sub-Saharienne versus 0,1% [<0,1%-0,1%] au Moyen Orient et en Afrique du Nord [2]. Suivant les estimations de l'OMS, l'Afrique Subsaharienne où vivent 12% de la population mondiale regrouperait 68% des personnes infectées par le VIH [3]. En 2009, un tiers (34%) de toutes les PVVIH à l'échelle mondiale résidait en Afrique australe. L'Afrique de l'Ouest reste la région la moins touchée de l'Afrique au sud du Sahara avec des prévalences variant entre 0,5% (Niger et Sénégal) et 3,9% (Guinée Bissau) en 2012 [4].

Les femmes représentent 51% des adultes infectés par le VIH dans le monde et le nombre d'enfants infectés est de 2,6 millions [2,4 millions-2,8 millions] [5]. L'épidémie tend à se concentrer de plus en plus au sein de certains groupes qui sont caractérisés de «populations clés» [1, 6]. Suivant la définition de l'ONUSIDA, les populations clés regroupent les hommes gays et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH), les professionnels du sexe (PS) et leur clientèle, les personnes transgenres, les consommateurs de drogues injectables (UDI), les prisonniers et les autres personnes incarcérées [7]. À l'échelle mondiale, les HSH, les personnes transgenres, les PS et leurs clients, ainsi que les UDI et leurs partenaires sexuels étaient associés à environ 40 à 50 % des adultes ayant contracté le VIH en 2014 [8]. En Afrique de l'Ouest et du Centre, la prévalence du VIH serait respectivement de 3,8% chez les UDI, 17,7% chez les HSH et de 34,9% chez les PS [9].

1.2. Epidémiologie du VIH au Burkina Faso

Le Burkina Faso est situé en Afrique de l'Ouest. Les projections de 2016 donnent une population de 19 034 397 habitants[1]. Selon le dernier recensement de la population [10], en 2006 la population burkinabé comptait 51,7% de femmes et les jeunes de 15-24 ans représentaient 19%. Plus de 77% des habitants étaient du milieu rural et 53,6% représentaient des personnes âgées de 15 ans et plus. En 2011-2012, le taux brut de scolarisation était estimé à 79,6% [11].

Les premiers cas de sida au Burkina Faso ont été déclarés en 1986. La première estimation de la prévalence du VIH qui était de l'ordre de 7,17% en 1997 a évolué à la baisse (2,7% en 2003 et 1% en 2012) [12]. En 2015, elle était de 0,9% [0,8%-1,1%] chez les 15-49 ans [13], de 0,3% pour les 15-24 ans (0,3% chez les filles contre 0,5% chez les garçons) en 2010 [14]. Les estimations de prévalences établies chez les populations clés étaient de 3,6% et de 16,1% respectivement pour les HSH et les TS en 2013 [15]. Elle serait de 2,98% pour les prisonniers

1 http://www.insd.bf/n/

[16]. A notre connaissance, le Burkina Faso ne dispose pas de données de prévalence VIH pour les UDI.

1.3. Généralités sur le conseil et le test VIH

Le conseil et le test du VIH (CTV) constituent un maillon important dans la riposte contre le VIH car ils sont au centre de la prévention et de la prise en charge y compris à travers les traitements. Leur mise en œuvre est guidée par des principes éthiques édictés par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et ses partenaires [17, 18]. Le CTV comprend un ensemble d'activités, qui doivent être mises en œuvre dans le respect de normes qui sont définies pour permettre à l'individu d'être informé de son statut vis-à-vis du VIH et de bénéficier de services adaptés. Il s'agit de lui offrir (1) un counseling, suivi (2) du recueil de son consentement avant (3) le prélèvement de liquide biologique pour le test et de réaliser les tests biologiques dans le respect des normes requises afin de disposer d'un résultat correct pour le lui annoncer, et (4) de prendre des actions nécessaires pour l'accès des personnes testées séropositives aux services de prise en charge [18]. Enfin (5) l'ensemble de ces activités doit être entouré de confidentialité.

1.3.1. Les avantages du conseil et du test VIH

Les avantages individuels du CTV identifiés par l'OMS sont (1) l'initiation ou le renforcement de comportements à moindre risque d'infection par le VIH, (2) un accès précoce au soutien, aux soins et aux traitements liés au VIH, (3) l'accès aux services de prévention de la transmission mère-enfant du VIH, (4) une meilleure acceptation du statut VIH positif et enfin (5) l'opportunité de mieux planifier le futur.

Pour les communautés, le CTV permettrait de réduire le déni, la stigmatisation et la discrimination qui entourent le VIH, et de mobiliser les soutiens en vue d'apporter des réponses appropriées [19].

Des analyses ont montré qu'il y a eu des changements positifs de comportements pour les personnes ayant bénéficié de CTV. Au Kenya, un suivi des utilisateurs d'un site de CTV qui a eu lieu entre 1999 et 2001 a montré une réduction du nombre de personnes ayant plusieurs partenaires sexuels de 16% à 6% [20]. Au Rwanda, entre 1988 et 2001, un suivi des couples sérodifférents a montré une importante croissance de l'utilisation du préservatif [21, 22]. D'autres études ont également rapporté une utilisation plus accrue du préservatif après le CTV [20, 23]. Une méta-analyse a montré que le CTV avait particulièrement une influence positive sur les comportements sexuels des personnes testées séropositives [24, 25]. En Ouganda, entre 2003 et 2004, une réduction du risque sexuel (rapport sexuel sans utilisation de préservatif avec un partenaire séronégatif ou à statut VIH inconnu au cours des trois derniers mois) de 70% a été observée chez les PVVIH six mois après leur mise sous traitements antirétroviraux (ARV) [26]. En Afrique de l'Ouest, Desgrées-Du-Loû a montré que l'offre du CTV aux femmes enceintes créait une opportunité de discussion avec leurs partenaires sexuels réguliers sur les infections sexuellement transmissibles (IST), ce qui augmenterait le taux d'utilisation du préservatif et l'utilisation des services de CTV par ces derniers [27].

1.3.2. Historique du conseil et du test de l'infection à VIH

Dès 1985, le test de diagnostic du VIH était disponible dans les pays développés. Son utilisation dans le cadre du don de sang a été recommandée par l'OMS en 1987 mais à cause

de la forte stigmatisation des PVVIH et de l'absence des traitements ARV, l'offre du test du VIH avait fait l'objet de discussions entre deux tendances opposées [28]. D'un côté les spécialistes en santé publique pour qui la promotion du test du VIH comportait des avantages même en l'absence de traitements, et de l'autre les éthiciens qui prônaient surtout des mesures de protection de l'individu, c'est-à-dire son droit de ne pas savoir. En 1992, une déclaration de l'OMS précisait les conditions de réalisation d'un test volontaire du VIH en définissant les règles qui devaient être respectées: la conduite d'un counseling dont le contenu a été défini dans un guide en 1990 [29], permettant à l'individu de prendre la décision de connaître ou pas son statut (le consentement) et ce dans un cadre privé (la confidentialité) [30]. Ce sont ces trois règles (conseil, consentement, confidentialité), appelées «principe des 3 C» qui ont guidé les acteurs dans la mise en œuvre du CTV durant deux décennies (jusqu'en 2012).

Puis dans les années 2000, les résultats des différents essais cliniques ont montré l'efficacité des ARV à réduire la transmission mère enfant du VIH (PTME) et à ralentir l'évolution de la maladie chez une personne infectée. Fort de ces résultats, l'OMS a déclaré le CTV comme étant un droit pour tous en 2003 [31], mettant ainsi fin au débat autour de la pertinence du CTV [28]. Les traitements étant efficaces et disponibles, le défi était surtout de permettre au plus grand nombre de PVVIH d'avoir accès à la prise en charge. Dans sa déclaration sur le droit de savoir, l'OMS a encouragé les pays à épidémie généralisée à intégrer le CTV dans le paquet de soins offert aux femmes enceintes. L'approche opt-out y est proposée. Elle consiste à donner l'information que le test VIH se fait dans la structure sanitaire, et offrir les services à la femme enceinte tant qu'elle ne déclare pas ne pas vouloir faire le test. En dehors de la PTME, l'offre du CTV était restée passive, se faisant essentiellement à l'initiative du client (TIC) dans la plupart des pays. Et en 2007, afin d'accroître l'accès des populations au CTV, l'OMS a donné de nouvelles recommandations aux pays [32]. Ceux-ci étaient invités à mettre en place une stratégie plus incitative pour le test VIH. Il s'agit d'une proposition plus active du test aux utilisateurs/utilisatrices des services de santé de la part des soignants (test à l'initiative du soignant (TIS)).

Le CTV a connu d'autres innovations dans les années 2000-2010. Il s'agit notamment de l'introduction de tests rapides dans les services de CTV, permettant ainsi de rendre les résultats le même jour et de réduire les taux de non-retour pour la recherche des résultats. En effet, en 2005-2006, le Center for Diseases Control and Prevention (CDC) et l'OMS ont recommandé l'utilisation des tests rapides dans les pays à faibles ressources. Avant la mise à disposition des tests rapides, au moins deux contacts avec les structures offrant le CTV étaient nécessaires pour les utilisateurs: un premier contact pour le conseil pré test, le consentement et le prélèvement sanguin et un second pour le conseil post test et la remise du résultat. Un troisième rendez-vous était nécessaire pour les personnes qui avaient un résultat VIH indéterminé. Des taux élevés de déperditions étaient alors enregistrés entre le prélèvement et le retrait du résultat. Aussi durant cette période, différentes stratégies ont été développées au niveau communautaire pour rapprocher les services de CTV des populations. Il s'agit de l'offre du CTV en stratégie avancée dont le test à domicile et de l'organisation de campagnes de dépistage du VIH.

D'autres recommandations/orientations ont été formulées par l'OMS depuis 2010. Elles visaient à améliorer aussi bien l'accès des populations au test que la qualité des services de CTV. Parmi celles-ci, il y a le guide «refaire son test» [33] qui précise les conditions dans lesquelles il faut inviter une personne testée séronégative à revenir faire son test dans une période donnée. En effet, jusqu'à cette date, il était recommandé que toute personne testée séronégative subisse un autre test trois mois plus tard afin de confirmer qu'elle est effectivement séronégative. En 2012 un guide a été édité sur le dépistage du couple [34].

Celui-ci fait suite aux essais cliniques dont les résultats ont montré l'efficacité des traitements ARV à prévenir l'infection dans les couples sérodifférents. Il visait principalement à renforcer la pratique du test VIH par les couples et à favoriser le partage mutuel des résultats. Il indique qu'en cas de sérodifférence, le partenaire infecté doit être mis sous traitements même s'il a un taux de lymphocytes CD4 élevé. Les adolescents et les populations clés, oubliés dans les politiques et stratégies des pays, ont également fait l'objet de deux guides, respectivement en 2013 [35] et en 2014 [8], avec pour objectifs de réduire leur vulnérabilité dans le contexte du VIH. Ce guide invite les pays à revoir leurs textes de loi afin que l'accès des adolescents au test VIH ne soit plus conditionné par l'obtention d'une autorisation parentale, et qu'il leur soit donné de partager le résultat avec les personnes avec lesquelles ils le souhaitent, avec éventuellement le soutien des prestataires. En 2012, l'OMS a fait une déclaration notifiant que les services de CTV doivent prendre en compte le rendu d'un résultat de test VIH correct, et la référence effective des personnes testées séropositives vers les services de prise en charge. Le principe des 3C a ainsi évolué en principe des 5C (counseling, consentement, confidentialité, résultats corrects du test, connexion avec les services de prise en charge) [18]. En effet avec les preuves de l'efficacité des ARV dans la prise en charge des PVVIH et dans la prévention de la transmission du virus, l'objectif primaire du CTV avait changé. Il ne s'agissait plus d'offrir un cadre d'informations pour favoriser un changement de comportements mais de permettre aux PVVIH d'accéder à la prise en charge, surtout médicale. Enfin, en juillet 2015 [36], l'OMS a édité un guide consolidé des principales recommandations faites dans le passé, et y a apporté d'autres innovations. Celles-ci devraient guider actuellement la mise en œuvre des activités CTV et sont résumées dans le chapitre 1.3.3.

1.3.3. Les recommandations actuelles des agences des Nations Unies sur le conseil et le test du VIH

L'OMS et ONUSIDA revoient régulièrement les objectifs, les politiques et les stratégies du CTV et publient des directives visant à orienter les pays dans leurs actions. La liste de l'ensemble des directives éditées depuis 2001 est en annexe 1.

Les versions les plus récentes de ces documents ont été consolidées dans les directives de juillet 2015 «*consolidated guidelines on HIV testing services. 5cs: consent, confidentiality, counselling, correct results and connection*» [36]. La version complète n'est pas encore disponible en français. Les objectifs de ces directives sont de (1) fournir un ensemble de recommandations basées sur des données d'étude, (2) soutenir l'offre des services de test VIH (STV) par un personnel non médical ou para médical afin d'accroître leur accès au test (3) donner aux pays un ensemble d'approches d'offre de STV adaptées à leur contexte épidémiologique en ciblant les groupes les plus affectés qui ont peu accès au test, (4) donner des orientations pour des résultats de laboratoire corrects et (5) susciter un engagement national et mondial pour l'offre des STV, qui sont une stratégie centrale dans la lutte contre le VIH. Et ces directives devraient contribuer à un meilleur lien avec la prévention, les services de soins et de traitement afin de réduire l'incidence, la morbidité et la mortalité liées au VIH. Elles comportent des innovations relatives aux principes éthiques du CTV, aux stratégies et approches du CTV préconisées jusque-là et définissent les populations prioritaires pour le CTV.

1.3.3.1. Les innovations liées aux principes éthiques du CTV

Les directives rappellent que le test du VIH ne peut être obligatoire [18] et que les recommandations formulées ultérieurement sur les cinq principes éthiques (counseling,

confidentialité, consentement, résultat correct du test et lien avec les services de santé) sont de rigueur. En dehors de certaines situations particulières telles le don de sang et les enquêtes de surveillance sentinelle, tout test VIH devrait se faire avec le consentement du consultant et la confidentialité devrait être préservée. Et toute annonce du résultat au partenaire ou à d'autres membres de la famille devrait se faire par la personne testée ou avec son accord. Par rapport aux principes éthiques, le principal changement se rapporte au conseil pré et post test.

Le conseil pré et post test

Dans ces directives, l'évaluation des risques d'infection à VIH de l'utilisateur et le counseling individuel qui étaient les deux composantes majeures du pré test ne sont plus recommandés. Il s'agit maintenant de donner des informations pour permettre au consultant de se décider, en lieu et place d'un counseling. Il y a une évolution du concept «conseil et test du VIH» ou «conseil et dépistage du VIH» en «services de test VIH». Le «conseil pré test» préconisé par l'OMS depuis 1990 [29] est remplacé par «des informations pré test». Deux arguments ont été utilisés pour justifier ce changement: le premier est qu'avant la mise à disposition des tests rapides, la remise du résultat ne se faisait pas immédiatement. Les consultants devaient revenir plusieurs jours plus tard pour chercher les résultats et les taux de retour étaient faibles. Le conseil pré test permettait d'informer suffisamment les utilisateurs sur le VIH afin qu'ils aient des comportements à moindre risque au cas où ils ne reviendraient plus pour les résultats. Actuellement les résultats sont remis sur place et l'information peut être adaptée à chaque utilisateur suivant son résultat de test VIH. Le second argument est que dans l'aire «pré traitement», il était nécessaire de préparer les utilisateurs à accepter un éventuel résultat VIH positif. Or de nos jours les personnes séropositives peuvent avoir accès à une prise en charge médicale immédiatement après le post test, ce qui peut faciliter la connaissance d'un résultat VIH positif.

Enfin, en ce qui concerne le post test, les directives stipulent qu'il faut donner de brèves informations aux personnes testées séronégatives tandis qu'un counseling post test «centré sur le client» doit être offert à celles qui sont testées séropositives. Cela permettrait de préserver le maximum de ressources pour les personnes séropositives.

Le consentement et la confidentialité

En ce qui concerne le recueil du consentement, l'utilisateur des services de CTV devrait avoir l'opportunité de décider de faire le test ou pas, après avoir reçu toutes les informations nécessaires sur le test et ses conséquences. Si, par exemple, les lois d'un pays obligeaient les PVVIH à informer leur partenaire de leur résultat, le prestataire devrait porter cette information à la connaissance de l'utilisateur au cours du pré test pour lui permettre de faire un choix éclairé. Et le prestataire devrait assurer un accompagnement de la PVVIH pour le partage du résultat avec son partenaire ou son entourage.

Le résultat du test et la connexion avec les services de prise en charge

La responsabilité professionnelle et éthique du prestataire qui offre le test est de s'assurer également que le résultat VIH qu'il annonce est correct. Enfin il devrait assurer une référence active des PVVIH vers les services de prise en charge.

1.3.3.2. Les stratégies et approches d'offre des services de test VIH

Ces directives font un rappel des stratégies et approches d'offre du CTV qui ont été utilisées jusque-là. Il s'agit (1) de l'offre des services dans des sites fixes (services de santé ou au niveau communautaire (ONG)/associations) et (2) à travers les stratégies de proximité

(stratégies mobiles/avancées, les campagnes, le dépistage à domicile). Les directives rappellent que refaire systématiquement le test aux personnes testées séronégatives trois mois plus tard afin de confirmer leur statut VIH n'est nécessaire que si la personne a pris des risques pendant la période de la fenêtre sérologique.

On note trois innovations relatives aux stratégies et approches de CTV.

La première concerne les approches de proximité où deux nouvelles approches ont été proposées: l'auto-test que l'OMS encourage les pays à mettre en œuvre en essai pilote et le test de «triage». Le test de triage consiste à la réalisation en communauté d'un premier test rapide, et à l'orientation des personnes réactives dans les structures de soins pour la confirmation du statut et la prise en charge des personnes séropositives. Le premier test est réalisé par un prestataire communautaire. L'auto test devrait respecter la même procédure, sauf que c'est l'individu lui-même qui réalise le premier test.

La deuxième innovation consiste en une délégation accrue de tâches de CTV aux prestataires communautaires (personnel non médical ou para médical). En effet il est recommandé aux pays de réviser leurs textes de loi pour permettre à ces derniers de manipuler les tests rapides et faciliter la connaissance du statut VIH par les utilisateurs.

Enfin ces directives recommandent l'intégration du diagnostic de la tuberculose dans le processus d'offre des services de test VIH à travers le remplissage d'une grille pour identifier les cas suspects de tuberculose et les référer vers les centres de diagnostic et de traitement de la tuberculose (CDT).

1.3.3.3. Les populations prioritaires

Des catégories de populations ont été identifiées comme étant prioritaires pour le CTV. Il s'agit de celles qui sont vulnérables vis-à-vis du VIH, de celles qui ont un niveau de risque élevé face à l'épidémie et de celles qui ne sont pas suffisamment prises en compte dans l'offre du CTV. Spécifiquement, ce sont les femmes enceintes, les enfants chez qui on enregistre des taux élevés de décès liés au VIH, les adolescents (10-19 ans) et les hommes qui utilisent peu les services de CTV, les couples et les populations clés.

Les directives invitent les pays à apporter des changements à leurs textes juridiques, pour permettre aux adolescents d'avoir accès au CTV sans être obligés de demander une autorisation parentale. L'annexe 2 donne les approches adaptées par population cible, suivant chaque contexte épidémiologique.

En résumé, les recommandations qui ont été formulées depuis 2010 au niveau international, tendent à rendre l'infection à VIH aussi normale que toute autre infection et à simplifier l'offre du CTV:

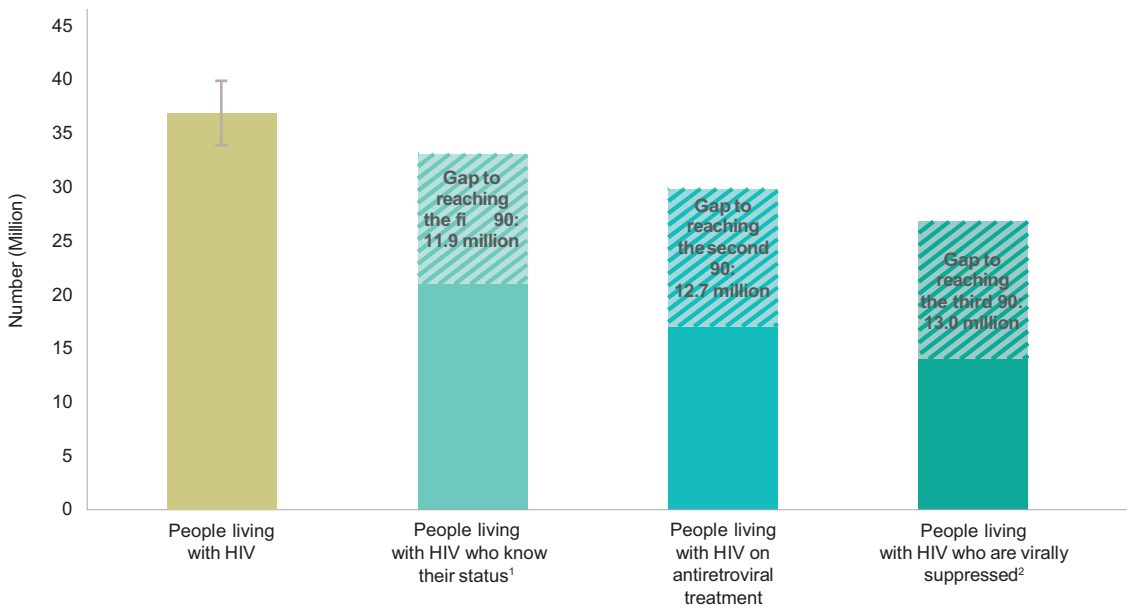
- les approches de CTV ont été de plus en plus simplifiées (test à domicile, manipulation de tests rapides par des prestataires communautaires, pas de nécessité de refaire un test avant d'être déclaré séronégatif),
- le counseling, qui avait été jusque-là un principe éthique majeur du CTV n'existe quasiment plus pour les personnes séronégatives,
- les mineurs, autour desquels les pays avaient bâti des précautions (droit de ne pas savoir) ont droit au CTV, sans que le prestataire n'exige une autorisation parentale,
- l'auto administration du test est encouragée, alors que dans les années précédentes, réaliser un test sans un counseling était un manquement grave aux principes éthiques.

1.3.4. La situation du CTV dans le monde et en Afrique

En 2015 il était estimé qu'environ 11,9 millions de personnes vivant avec le VIH dans le monde (43%) ne se savaient pas porteuses du virus (figure 1) [37]. Ce niveau était de 55% en Afrique Subsaharienne en 2013 [6].

Figure 1 Cascade globale de l'objectif 90-90-90

Source: UNAIDS. Prevention gap report. 2016

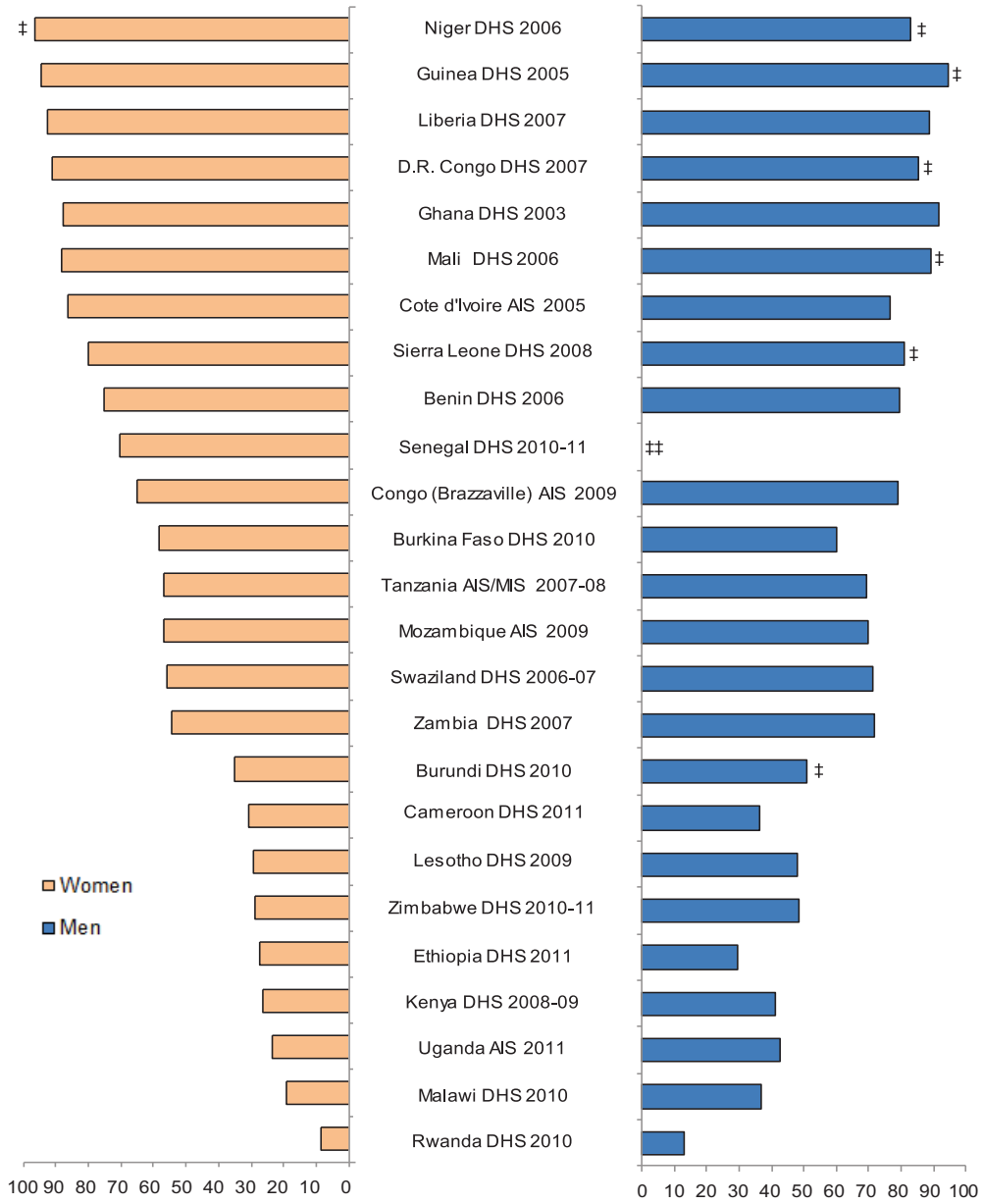


La situation de certains pays de l'Afrique Subsaharienne est présentée dans la figure 2. Les données de cette figure ont pour source les rapports des enquêtes démographiques et de santé des pays concernés. Bien que les périodes de réalisation des enquêtes dans les différents pays ne soient pas les mêmes, cette figure donne une tendance de l'accès au test des PVVIH des différents pays de l'Afrique Subsaharienne. Elle montre que dans les pays de l'Afrique de l'Ouest (Haut de la pyramide) il y a plus de PVVIH qui n'ont jamais fait de test, donc susceptibles d'ignorer leur statut, par rapport aux pays de l'Afrique de l'Est et Australe (bas de la pyramide). Des données récentes confirment cet accès inéquitable des services de CTV entre les régions de l'Afrique Subsaharienne. En effet, on estime en 2016 que 36% [30%-44%] des PVVIH de l'Afrique de l'Ouest et du Centre sont informées de leur statut, versus 56% [52%-60%] pour les pays de l'Afrique Australe et de l'Est [37].

De même au bas de la pyramide où il y a moins de PVVIH qui n'ont jamais fait de test, les femmes PVVIH semblent être nettement plus nombreuses que les hommes à avoir déjà fait leur test.

Par contre dans les pays où peu de PVVIH ont déjà fait le test (haut de la pyramide), la différence entre les hommes et les femmes PVVIH qui ont déjà fait le test n'est pas très perceptible.

Figure 2 Pourcentages de personnes qui n'ont jamais fait de test en Afrique Subsaharienne, Staveteig 2013.

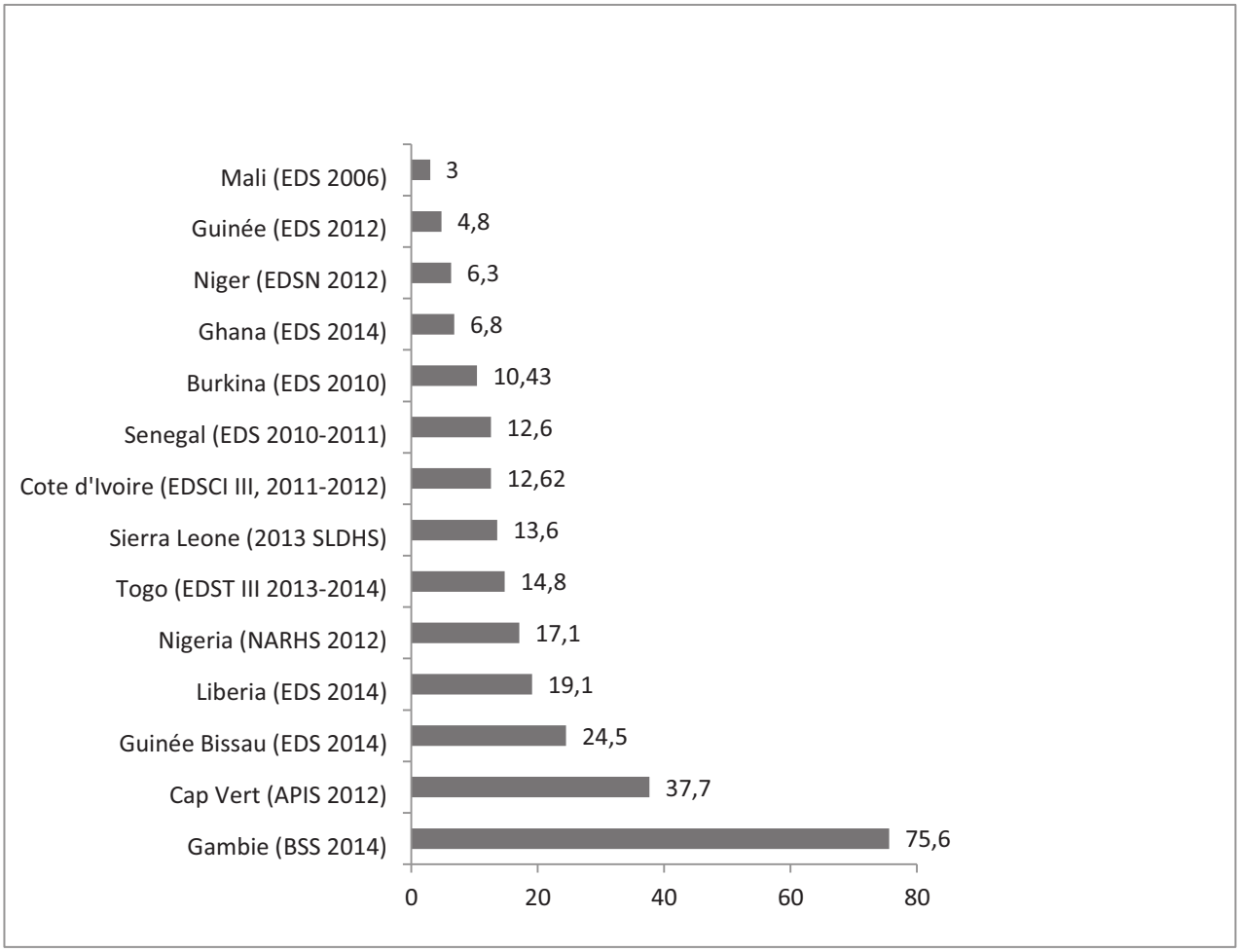


Source. S. Staveteig et al. 2013. *Demographic Patterns of HIV Testing Uptake in Sub-Saharan Africa.* DHS Comparative Reports No. 30. Calverton, Maryland, USA: ICF International.

Les résultats annuels de l'accès au CTV sont un indicateur qui est renseigné annuellement à l'ONUSIDA par les différents pays. La figure 3 a été établie à partir des derniers rapports que les différents pays ont fournis à l'ONUSIDA. Elle montre que dans cette zone de l'Afrique de

l'Ouest et du Centre, les plus faibles niveaux de l'offre du CTV sont enregistrés dans les pays francophones de l'Afrique de l'Ouest.

Figure 3 Proportions de personnes testées au cours des douze derniers mois, Afrique de l'Ouest



Source. UNAIDS. http://www.unaids.org/en/regionscountries/countries

En ce qui concerne par exemple le Burkina Faso, en 2010, on estimait qu'au moins 60% des PVVIH ignoraient leur statut [38] et qu'au moins 70% de la population adulte n'avaient jamais fait de test VIH [14]. Le renforcement du CTV est nécessaire pour l'éradication de l'épidémie en 2030 qui est l'un des objectifs des agences des Nations Unies [39]. Ceci passe par l'atteinte de l'objectif spécifique 90-90-90 en 2020 qu'elles se sont fixées sous le leadership de l'ONUSIDA (90% des personnes séropositives se savent infectées, 90% d'entre elles sont mises sous traitement et 90% de celles qui sont sous traitements ont une charge virale indétectable) [40].

Il y a lieu de s'interroger sur les résultats du CTV dans les pays à faible prévalence du VIH.

2. Revue de la littérature

2.1. Les facteurs liés à l'utilisation du CTV

2.1.1. Les facteurs sociodémographiques

Des études ont montré que certains facteurs sociodémographiques étaient liés à l'utilisation du CTV. Les personnes de sexe féminin avaient généralement plus accès au CTV que les hommes [41, 42, 43]. Une analyse qui a été faite à partir des données des enquêtes démographiques et de santé (EDS) de 29 pays de l'Afrique Subsaharienne des périodes variant de 2003 à 2011 a montré qu'en moyenne 71% des femmes et 83% des hommes n'avaient jamais fait de test VIH [38]. Dans six de ces pays, il y avait plus d'hommes que de femmes testées, dont 3 pays de l'Afrique de l'Ouest (Liberia, Guinée, Niger). En 2010, l'analyse des données de dix pays de l'Afrique Australe a montré que dans six de ces pays, il y avait plus de femmes que d'hommes qui avaient déjà fait leur test [42]. L'une des raisons pourrait être le fait que les femmes seraient plus ciblées par les programmes de PTME dans les différents pays. Cependant même en excluant les données de la PTME des chiffres 2002-2006 d'une province de l'Afrique du Sud, Snow avait trouvé que 65% des personnes testées étaient des femmes [44].

En ce qui concerne l'âge, suivant les méthodes (contexte, population), les résultats sont variables. Les résultats de certaines études ont montré que les adultes (25 ans et plus) étaient plus souvent susceptibles de connaître leur statut VIH que les plus jeunes [41, 45, 45]. Cependant des auteurs comme Bwambale, à partir d'une étude en milieu rural Ougandais a rapporté en 2005 une meilleure utilisation des services de CTV par les hommes de moins de 36 ans [46]. En 1993, en Tanzanie, une analyse en milieu rural a montré que les personnes âgées refusaient plus souvent le test [47]. Les résultats de la plupart des études ont montré que les enfants, ainsi que les jeunes mineurs à qui une autorisation parentale est requise pour la réalisation du test dans la grande majorité des pays [37] étaient les plus lésés.

Un niveau d'éducation ou socioéconomique élevé est associé à la pratique du CTV [41, 45, 46, 48].

Quant au statut matrimonial, en Afrique Subsaharienne, les personnes (hommes ou femmes) séparées ou veuves étaient plus souvent testées que celles qui vivaient en couple et les célibataires [38]. En Zambie, les résultats d'une étude ont montré que les hommes qui vivaient en couple avaient plus souvent tendance à faire le test [49].

Les services de santé et autres structures d'offre du CTV étant plus disponibles en ville, il a été démontré que les personnes vivant en milieu urbain avaient une meilleure connaissance de leur statut sérologique que celles qui vivaient en milieu rural.

2.1.2. Les facteurs socioculturels

D'autres facteurs qui influenceraient positivement la connaissance du statut VIH ont été décrits dans la littérature. Il s'agit d'une bonne connaissance du VIH, notamment les voies de transmission et les moyens de prévention [50, 51], ainsi que la connaissance d'au moins un endroit proche où il est possible de faire le test [41, 48] La disponibilité des ARV contribuerait à accroître l'adhésion au test du VIH. Par exemple au Malawi, il a été constaté qu'entre 2005 et 2007, le nombre de personnes qui étaient sous traitements ARV a évolué de 2 441 à 29 756. Dans la même période (entre le premier trimestre 2005 et le premier trimestre 2007, les chiffres de dépistage ont doublé) [52].

La perception du risque pourrait être une motivation ou un obstacle à la demande du test. Les personnes qui estiment avoir un faible niveau de risque d'infection à VIH, ou être en bonne santé ne connaitraient pas leur statut VIH [41, 47, 49]. Cependant en 2006, au Botswana Fako a trouvé des résultats contraires. Les jeunes sexuellement actifs, et ceux qui avaient plusieurs partenaires ne souhaitaient pas faire leur test [53]. De même en Afrique du Sud, il a été trouvé que les hommes qui s'estimaient être à risque de l'infection à VIH sollicitaient peu les services de CTV [45]. Cela pourrait s'expliquer par certains facteurs, dont la stigmatisation qui est liée au VIH. Enfin, les analyses ont montré que les personnes séropositives rapportaient plus souvent une utilisation antérieure du CTV par rapport aux personnes séronégatives. Par exemple en 2010, au Burkina Faso, 41,6% des femmes PVVIH avaient fait le test au moins une fois, versus 27,6% des femmes séronégatives au VIH. Ces proportions seraient respectivement de 39,9% et de 20% pour les hommes [38].

2.2. Les obstacles à la pratique du CTV

2.2.1. La stigmatisation et la discrimination liées au VIH

La connaissance d'un statut sérologique VIH positif pourrait donner lieu à des réactions négatives de la part de l'entourage. Ces réactions négatives seraient liées à une sous information sur le VIH, à la peur de la transmission, au caractère handicapant du sida et aux difficultés de prise en charge d'une PVVIH [54, 55]. En l'absence de traitements, de nombreuses PVVIH en ont été victimes, soit au sein de la famille, dans la communauté élargie ou au sein des services de santé. Dans les familles, les femmes PVVIH seraient plus susceptibles de vivre une violence quelconque. En 1999, en Tanzanie, les utilisatrices PVVIH d'une clinique étaient trois fois plus victimes de violence physique de la part de leurs partenaires que les femmes séronégatives. En 2004, une analyse des données de 15 pays de l'Afrique Australe a montré que 3,5% à 14,6% des femmes séropositives auraient subi une violence de la part de leurs partenaires [56]. En 2005, il y avait 28% des femmes séropositives qui rapportaient une violence quelconque (violence physique, sexuelle, séparation ou divorce) de la part de leur partenaire, six mois après leur accouchement [57]. Des exclusions des événements sociaux et religieux ont également été retrouvées au Zimbabwe (38,3%) et en Tanzanie. Ces réactions négatives ont pour conséquences un faible niveau de partage du statut VIH, surtout avec les partenaires [54, 56, 58, 59, 60], ce qui ne favorise pas le dépistage du couple. Les analyses des raisons liées à l'ignorance du statut VIH qui ont été réalisées ont souvent trouvé la peur du statut VIH positif comme étant une barrière [55, 61, 62, 63, 64]. Cette peur serait plus marquée chez les femmes que chez les hommes [62]. La peur de se découvrir séropositif au VIH serait liée à la crainte des réactions négatives des proches et à un statut social plus fragile pouvant entrainer plus souvent l'exclusion. La crainte de la stigmatisation et de la discrimination a été rapportée par plusieurs études comme étant un obstacle majeur à la pratique du CTV [54, 55, 58, 62].

2.2.2. Autres obstacles

Au-delà des aspects ci-dessus décrits, les services d'offre du CTV ne répondent pas toujours aux attentes des utilisateurs. Il s'agit parfois des aspects logistiques qui ne sont pas satisfaisants (disponibilité du service, des ressources humaines nécessaires, temps d'attente…) et de la crainte de la rupture de la confidentialité. En Ouganda, une analyse faite en 2008-2009 a montré que les hommes trouvaient les services de santé inadaptés car stigmatisants à leur endroit [65].

2.3. Les stratégies d'offre du CTV

2.3.1. Le test à l'initiative du soignant

A partir des données de dix pays de l'Afrique Subsaharienne dont ceux de l'Afrique de l'Ouest, Cartoux avait conclu en 1998 que l'offre du CTV aux femmes enceintes dans les pays en voie de développement était faisable et acceptable [66]. Et en 2004, l'offre du CTV aux femmes enceintes par l'approche « opt-out »[2] en lieu et place de l'approche opt-in[3] a été encouragée par l'OMS. Cela a permis l'accroissement du nombre de femmes enceintes testées comme l'ont montré les résultats des évaluations qui ont été faites dans les pays de l'Afrique de l'Est et Australe. En effet une étude conduite au Zimbabwe en 2005 a montré qu'en milieu urbain, la quasi-totalité des femmes enceintes (99,9%) avait pu bénéficier du test contre 65% à travers l'approche opt-in [67]. En analysant les données 2002-2009 de la PTME en Ouganda, Byamugisha avait montré qu'avec l'approche opt-out, le nombre de partenaires des femmes enceintes testées pour le VIH avait augmenté de 88% [68].

Puis en 2007, l'OMS a recommandé aux pays de mettre en œuvre le test à l'initiative du soignant (TIS). Différentes évaluations du TIS qui ont été réalisées, essentiellement dans les pays de l'Afrique Australe et de l'Est ont montré un accroissement dans l'offre des services de CTV. En Afrique du Sud, les résultats d'une étude conduite en 2007 ont montré qu'il y a eu un accroissement du nombre de patients souffrant d'IST qui avait pu accéder au test VIH [69]. Toujours en Afrique du Sud, le nombre de PVVIH identifiées par semaine dans un service hospitalier est passé de 8 à 39 [70]. En 2008, les premières évaluations ont montré que le personnel de santé était disposé à offrir le test si on renforçait leurs compétences en counseling, et que le TIS avait eu pour effet une surcharge de travail et un stress supplémentaire pour le personnel en termes d'annonce de «mauvaises nouvelles» et de gestion de la confidentialité dans des espaces de soins inadaptés. Enfin le TIS pourrait être perçu comme coercitif par les femmes enceintes, les couples et autres patients [71].

2.3.2. Le test à l'initiative du client

Le test à l'initiative du client (TIC) se fait généralement à travers des approches de proximité (stratégies mobiles/avancées, les campagnes, le dépistage à domicile). La première approche communautaire qui a été utilisée était l'offre des services en sites fixes, que sont les structures communautaires. Mais cela limitait leur accessibilité à cause des barrières géographiques, d'où le développement d'autres approches de proximité que sont le dépistage en stratégie mobile ou avancée et le test à domicile.

En 2008, le projet HTPN 043 qui a été mis en œuvre dans quatre pays (Afrique du Sud, Tanzanie, Zimbabwe, Thailande) avait montré que l'offre du CTV en stratégie mobile contribuait à accroître l'utilisation des services de CTV [72]. Et une comparaison des résultats 2005-2006 des sites fixes et mobiles du Kenya avait montré que la stratégie mobile contribuait à toucher des personnes qui n'avaient jamais fait de test par rapport aux sites fixes. Cependant les sites fixes touchaient mieux les couples, et identifiaient mieux les couples sérodifférents [73]. En Afrique du Sud, Van Schaik avait trouvé que la stratégie mobile touchait mieux les hommes et les personnes plus âgées que les stratégies fixes. Il y avait plus de PVVIH ayant des taux de lymphocytes CD4+ élevés que parmi celles testées dans les sites

---

[2] Informer les femmes que le test est offert dans le cadre de la consultation prénatale à moins qu'elles ne le refusent

[3] Dispenser un conseil pré test individuel à chaque femme enceinte et recueillir son consentement avant de réaliser le test

fixes. Cependant elle détectait trois fois moins de PVVIH que les sites fixes communautaires [74].

Le CTV à domicile a surtout été développé en Afrique Australe et de l'Est qui ont des prévalences du VIH très élevées. Cette approche a été jugée acceptable par les communautés à travers une analyse qui a été faite en Ouganda en 2005 [75]. Les résultats d'autres études qui ont été conduites en Zambie [76] et en Ouganda [77] avaient montré un accroissement du nombre de personnes qui avaient pu avoir accès au test VIH à travers cette approche. D'autre part, au Malawi, Molesworth avait réalisé une évaluation de la qualité des résultats des examens biologiques faits à domicile et avait trouvé qu'elle était comparable à celle réalisée en laboratoire [78]. L'analyse des données de l'Ouganda avait montré que plus de 90% des personnes testées à domicile n'avaient jamais fait de test [77, 79]. D'autre part le test à domicile détectait peu de PVVIH [80].

En somme, les analyses comparatives des différentes stratégies qui ont été faites dans ces pays de l'Afrique Australe et de l'Est ont montré que le TIS détectait plus de PVVIH, suivi des sites fixes communautaires, puis des stratégies de proximité. En termes de coût, la stratégie porte-à-porte serait moins couteuse que le TIS et les sites fixes communautaires (respectivement 8,29$, 11,68$ et 19,26$ par client testé) [79]. La stratégie mobile serait également moins couteuse que la stratégie fixe en sites communautaires (14,91$ par client testé versus 26,75$) [73].

2.4. L'utilisation répétée des services de CTV

Les services sont parfois utilisés plusieurs fois par les mêmes personnes pour différentes raisons qui n'étaient pas décrites dans la littérature en 2008-2009 quand l'étude MATCH était mise en œuvre. Cependant cette pratique, ainsi que les comportements des personnes utilisant plusieurs fois les services de CTV avaient été analysés à travers les résultats d'études longitudinales en Afrique Australe et de l'Est. Ainsi Au Kenya, une étude auprès des jeunes avait montré que les garçons et les filles nullipares qui avaient utilisé plusieurs fois les services de CTV avaient des comportements sexuels à risque [23]. Par rapport à l'utilisation systématique du préservatif, une analyse qui a été faite en Ouganda en 2006 avait montré un niveau comparable entre les personnes qui avaient fait le test une seule fois et celles qui l'avaient réalisé plusieurs fois. Par contre ces dernières rapportaient plus souvent avoir plusieurs partenaires sexuels que celles qui avaient fait le test une seule fois ou qui n'avaient jamais fait de test. Enfin la pratique du CTV semblait ne pas avoir d'influence sur leurs comportements car l'incidence du VIH était de 1,4 personne année pour celles qui avaient fait le test plusieurs fois versus 1,6 personne année pour les personnes qui avaient fait le test une seule fois ou qui ne l'avaient jamais fait [81].

Ces résultats rejoignent ceux des études qui n'ont pas observé de changements de comportements après un test VIH. En Ouganda, une analyse avait montré qu'en milieu rural, le CTV n'avait pas d'impact sur les comportements sexuels des personnes qui avaient déjà fait leur test, le nombre moyen de partenaires sexuels de celles-ci étant comparable à celui des personnes qui n'avaient jamais fait de test [82]. Au cours d'une étude longitudinale au Zimbabwe (1998-2005), Cremin avait observé que le fait d'avoir fait le test n'avait pas d'effet sur les comportements sexuels des hommes. Par contre les femmes séropositives et séronégatives réduisaient le nombre de nouveaux partenaires sexuels [25]. Toujours au Zimbabwe, l'exacerbation des comportements sexuels à risque par les hommes testés séronégatifs a été trouvée en 2007 pendant que les femmes testées séropositives rapportaient plus souvent l'utilisation systématique du préservatif avec leurs partenaires sexuels réguliers [83].

2.5. Le CTV en Afrique de l'Ouest

Jusqu'en 2010, peu d'études en Afrique de l'Ouest s'étaient intéressées au CTV. La recherche sur pubmed et Cairn Info a montré que jusqu'à la fin de 2010, une vingtaine d'études concernant cette partie de l'Afrique avaient été publiées. Elles se rapportaient plus souvent au CTV auprès des femmes enceintes. Les pays francophones de ces études étaient plus souvent la Côte d'Ivoire et le Burkina Faso où les essais cliniques DITRAME et DITRAME plus avaient été mis en œuvre.

Dans le cadre de la PTME, les différentes études conduites au Burkina Faso [84], en Côte d'Ivoire [85], et au Nigeria [86] avaient abouti à une bonne acceptation du dépistage par les femmes enceintes, en vue de prévenir la transmission du VIH de la mère à l'enfant quand il le leur était proposé. Cependant les taux de retour pour la recherche des résultats variaient entre les pays, soit 58% en Côte d'Ivoire et 81% au Burkina Faso [87], et 95% au Nigeria [88]. Les défis liés au test des partenaires des femmes enceintes testées avaient également été notés au Nigeria [88]. Aussi très peu de femmes partageraient leur statut VIH avec leurs partenaires [89], qui réagissaient différemment à l'annonce du résultat positif de celles-ci [90].

Les obstacles à l'utilisation du CTV par les femmes enceintes avaient été analysés au Bénin, en Côte d'Ivoire et au Burkina Faso. Les fréquentes ruptures en stocks de tests VIH avaient été trouvées au Bénin [91]. Le manque de temps et de compétences du personnel de santé avait été trouvé comme étant un obstacle à l'offre du test aux femmes enceintes en milieu rural au Burkina Faso en 2007 [92, 93]. En Côte d'Ivoire, les raisons du refus du test par les femmes enceintes avaient été analysées. Ces refus étaient liés au caractère incurable de l'infection à VIH, la vulnérabilité socioéconomique des femmes et à la stigmatisation [94]. Le rôle primordial du partenaire régulier dans la prise de décision de faire le test VIH avait également été décrit [95]. En milieu rural burkinabé, seul le fait d'avoir discuté du test avec le partenaire était le facteur lié à l'acceptation du test par les femmes enceintes [93].

Les études qui ne concernaient pas spécifiquement les femmes enceintes se rapportaient à l'utilisation des tests rapides, à l'acceptabilité du test et les obstacles au CTV. En 1993, Brattegaard et al. avaient montré qu'en Côte d'Ivoire l'utilisation des tests rapides pour le diagnostic du VIH était possible dans un contexte de pauvreté (sans eau ni électricité) et que cela permettrait d'accroitre l'accès au test [96]. En 2003, outre la stigmatisation des PVVIH, Castle avait analysé les perceptions erronées qu'il y avait sur le VIH au Mali, comme pouvant être de potentiels obstacles à l'utilisation des services de CTV [97]. En 2005, une évaluation de l'acceptabilité du test VIH en milieu rural burkinabé avait montré que 69% de la population accepteraient le test s'il le leur était proposé [98]. En 2007, une étude auprès des populations dans le nord du Ghana avait abouti à la conclusion que ces dernières accepteraient les communautaires comme prestataires de services de CTV [99]. Enfin, en 2008, en analysant les données d'un centre de dépistage au Sénégal, Ndiaye avait trouvé que la curiosité de connaître le statut VIH motivait 69% des demandes en test [100].

3. Justification

L'efficacité des traitements ARV dans l'amélioration de la qualité de vie des personnes infectées par le VIH et dans la prévention (réduction du risque de transmission du VIH de la mère à l'enfant, réduction du risque de transmission du VIH d'une personne infectée à une personne séronégative) est décrite dans la littérature [101, 102, 103]. Or l'accès aux traitements ARV ne peut se faire sans le test VIH. Cela place le CTV au centre de la lutte contre le VIH.

D'autre part, les taux de réalisation du test dans les pays à basse prévalence du VIH comme ceux de l'Afrique de l'Ouest sont faibles par rapport à ceux des autres pays de l'Afrique Subsaharienne. Or l'atteinte des objectifs 90-90-90 des Nations Unies nécessite une intensification des actions pour identifier les personnes porteuses du virus et les prendre en charge de manière précoce. Ce qui ne peut se faire sans une bonne connaissance de la situation de l'offre et de la demande du CTV. Il y a lieu de s'interroger sur les politiques, les stratégies et les pratiques du CTV de ces pays.

Enfin très peu d'études sur le CTV ont été réalisées dans les pays de basse prévalence du VIH, notamment en Afrique de l'Ouest. Il manque d'informations spécifiques aux pays de l'Afrique de l'Ouest francophone où la plupart des études ont été réalisées dans le cadre de l'offre du test aux femmes enceintes dans le cadre de la PTME. Au moment de notre étude, les données disponibles pour ces pays étaient essentiellement limitées à l'acceptation et au refus du test par les femmes enceintes, et leurs pratiques par rapport au partage du résultat. Or l'amélioration de la situation du CTV nécessite une analyse plus globale qui (1) prenne en compte aussi bien les autres catégories de la population (hommes, jeunes) (2) s'intéresse aux pratiques du CTV et les conséquences pour les utilisateurs et (3) tienne compte des acteurs de l'offre des services (prestataires et décideurs, politiques et stratégies).

Bien avant la définition de l'objectif 90-90-90 par l'ONUSIDA, au regard du faible accès des populations au test et des débats sur les différentes stratégies d'offre des services de CTV au niveau mondial, en 2008-2009 l'OMS a initié sous la responsabilité de Professeur Carla Makhlouf Obermeyer un projet multisite intitulé «Multi-country African Testing and Counselling for HIV» (MATCH) dans 4 pays de l'Afrique Subsaharienne (Burkina Faso, Kenya, Malawi, Ouganda). Le but était d'améliorer l'utilisation des services de CTV, à travers la mise à disposition de données scientifiques sur les motivations et les obstacles à la pratique du test VIH. Ce projet de recherche se justifiait par trois faits majeurs :

- très peu de personnes utilisaient les services de CTV et il y avait un besoin d'informations pour améliorer la situation;
- les services de CTV étaient en pleine expansion avec les nouvelles stratégies (opt-out, test à l'initiative du soignant), où le consultant n'initie pas la demande du test mais réagit à la proposition d'un professionnel. Ceci était nouveau et suscitait des questions par rapport au respect des principes éthiques dans la mise en œuvre de ces stratégies. Ces stratégies soulevaient également des inquiétudes liées aux conséquences sociales d'un résultat VIH positif dans la mesure où le consultant n'était pas préparé au test avant d'arriver dans les services de santé.
- il y avait un besoin de données comparatives entre les pays très touchés par l'épidémie et d'autres ayant une basse prévalence. Le Burkina Faso qui avait une prévalence VIH de 1,2% [1,0-1,5] à cette époque avait été retenu, en comparaison du Malawi, de l'Ouganda et du Kenya (prévalence VIH respective de 11,2%[10,0-12,1], 6,5%[5,9-6,9] et 6,3%[5,8-6,3] à cette époque) [104].

Nous avons assuré la coordination du projet MATCH au Burkina Faso. Ce rôle de responsable technique nous a permis de participer pleinement à la recherche. Il s'est agi de l'adaptation du protocole et des outils de collecte des données au contexte du Burkina Faso, à la recherche des autorisations administratives et éthiques nécessaires, au recrutement et à la formation des enquêteurs, à la supervision de la collecte et du traitement des données quantitatives et qualitatives. Nous avons également rédigé le rapport de recherche pour le Burkina Faso dont les résultats ont fait l'objet d'une restitution nationale, et contribué à la production d'articles scientifiques.

Depuis la fin de ce projet, l'OMS a édicté différents guides et recommandations supplémentaires en lien avec le CTV. Le contexte national de la lutte contre le VIH a évolué. Entre la période de mise en œuvre de l'étude MATCH et maintenant, les ressources financières affectées à la mise en œuvre du CTV se sont beaucoup réduites. La politique nationale de lutte contre le VIH du Burkina Faso a également intégré la problématique des populations clés, notamment celle des Hommes ayant des relations sexuelles avec des Hommes (HSH). Cette évolution mérite une mise à jour des informations et données liées au CTV.

Afin de discuter des limites et des enjeux liés aux politiques et aux stratégies actuelles du CTV au Burkina Faso, une analyse des aspects non encore couverts au Burkina Faso a été réalisée. A travers une enquête, une analyse des opinions d'experts de CTV sur les directives 2015 de l'OMS sur le CTV a été faite et l'état des lieux du CTV en 2015 au Burkina Faso a été établi.

4. Questions de recherche

Les services de CTV sont incontournables pour la prise en charge des PVVIH et contribuent à la prévention. Ils sont un droit pour tout individu [31]. L'ambition universelle est que d'ici 2020, on passe de 50% à 90% de personnes infectées qui sont informées de leur statut [40]. Et cet objectif ambitieux doit être atteint dans le respect des principes éthiques [36]. Au Burkina Faso, des stratégies ont été définies pour l'offre du CTV aussi bien au niveau communautaire que dans les services de santé [105, 106]. Cependant, à l'instar des pays de basse prévalence du VIH, le niveau de connaissance du statut par les PVVIH reste limité (40%) [38]. Il y a peu de documentation scientifique sur les enjeux et les limites de CTV dans les pays à basse prévalence, notamment ceux de l'Afrique de l'Ouest dont le Burkina Faso, du point de vue des utilisateurs, des prestataires et des décideurs.

Question principale

Quels sont les enjeux et les limites des services de CTV dans les pays de basse prévalence, notamment au Burkina Faso?

Questions spécifiques

- Quels sont les acquis et les limites des programmes actuels (offre et demande) des services de CTV au Burkina Faso?
- Quelle est l'ampleur de la stigmatisation liée au VIH, comme obstacle à l'utilisation des services de CTV au Burkina Faso?
- Quels sont les enjeux et les défis auxquels sont confrontés les prestataires de CTV pour une offre des services conforme aux principes de l'OMS au Burkina Faso?
- Quel est le niveau d'acceptabilité et de faisabilité des politiques d'offre du CTV édictées au niveau international au Burkina Faso?

Pour répondre à ces questions de recherche, le présent travail est composé de deux enquêtes: (1) une enquête réalisée au Burkina Faso dans le cadre du projet de recherche Multi-country African Study on Testing and Counselling for HIV (MATCH), qui a concerné également le Kenya, le Malawi et l'Ouganda en 2008-2009 et (2) une enquête conduite en 2015-2016 sur la perception des décideurs et des acteurs du CTV au Burkina Faso, sur les dernières directives de l'OMS formulées en juillet en 2015.

5. Objectifs

L'objectif de cette thèse est d'analyser les forces et les faiblesses de l'offre des services de CTV dans les pays à faible prévalence du VIH en nous appuyant sur le cas du Burkina Faso, de formuler des recommandations basées sur les résultats de cette étude pour contribuer au renforcement du CTV dans ces pays et pour contribuer à la connaissance sur l'évaluation du CTV dans un pays du Sud.

L'objectif général est d'analyser les enjeux et les limites du CTV dans les pays de basse prévalence du VIH, à partir du cas du Burkina Faso.

Les objectifs spécifiques sont d'analyser:

- les pratiques des services de CTV (offre et demande) au Burkina Faso ;
- l'ampleur de la stigmatisation liée au VIH, comme obstacle à l'utilisation des services de CTV au Burkina Faso ;
- les principaux enjeux et défis auxquels les prestataires de CTV sont confrontés pour une offre des services conformes aux principes édictés par l'OMS ;
- la faisabilité et l'acceptabilité des dernières recommandations de l'OMS sur l'offre des services CTV.

6. Méthodes

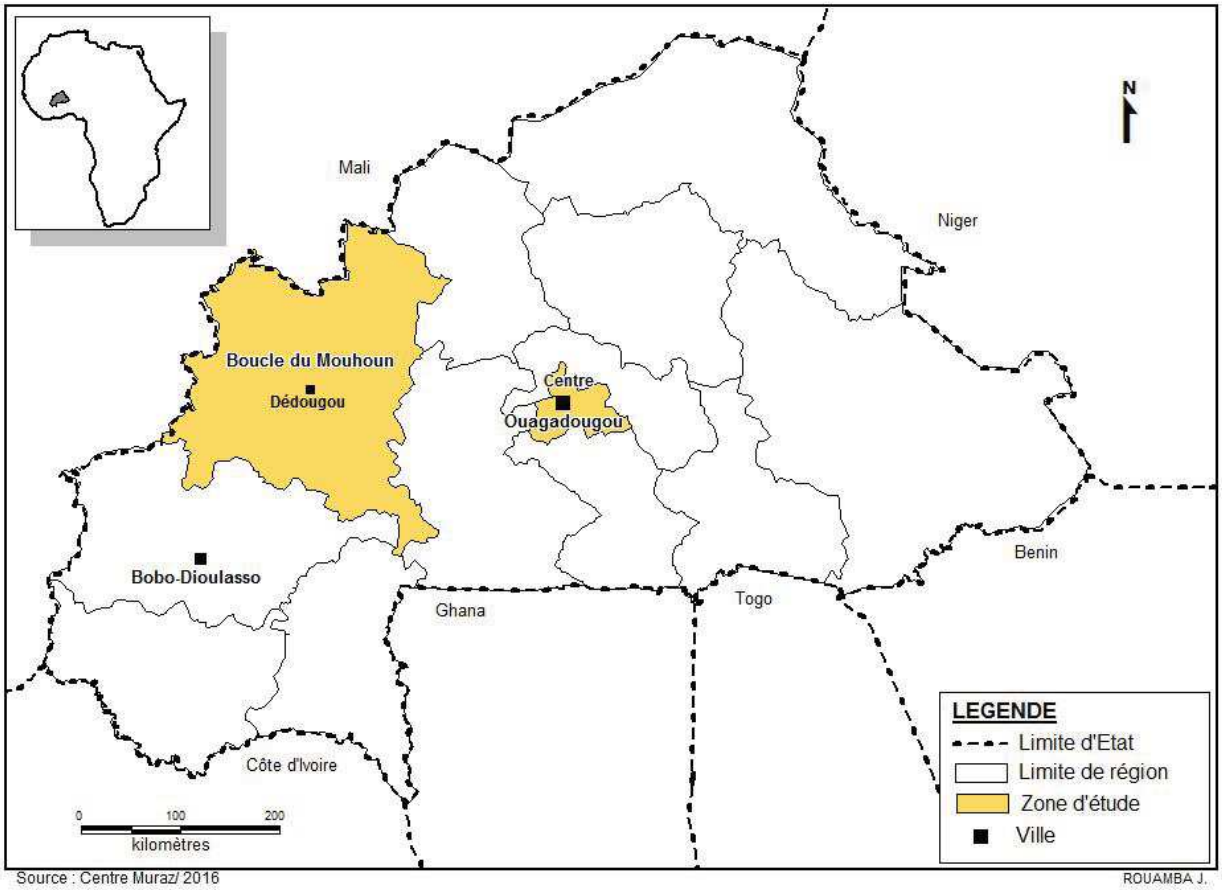
Notre étude comporte deux parties:

1. La première partie était intégrée dans le Projet MATCH et traite des acquis et des limites du CTV au Burkina Faso,
2. A travers une enquête menée auprès d'experts du CTV au Burkina Faso, la deuxième partie traite des défis et perspectives dans la mise en œuvre du CTV, conformément aux directives 2015 de l'OMS.

A ces deux parties, s'ajoute un état des lieux du CTV au Burkina Faso en 2015.

L'étude MATCH a été conduite en 2008-2009 au Burkina Faso, au Kenya, au Malawi et en Ouganda. Ce projet a été financé par le National Institutes of Health (5 R01 HD053268-05, PI: Carla Obermeyer). Dans chaque pays, la capitale et une localité rurale ou semi rurale ont été concernées. La finalité du projet n'était pas d'avoir un échantillon représentatif mais de pouvoir comparer les utilisateurs aux non utilisateurs et de comparer différentes stratégies de dépistage (communautaire, PTME, test à l'initiative du soignant) et la sélection de ces localités a été faite de manière raisonnée. Au Burkina Faso, l'étude a eu lieu à Ouagadougou dans la région du Centre (districts sanitaires de Bogodogo et de Baskuy) et à Dédougou dans la Boucle du Mouhoun (district sanitaire de Dédougou) (figure 4). Le choix de la Boucle du Mouhoun se justifiait par la prévalence du VIH au moment de l'étude (identifiée comme l'une des régions les plus affectées après le Centre) et par l'existence d'un centre de dépistage, qui avait l'un des meilleurs taux d'utilisation, après Ouagadougou et Bobo-Dioulasso.

Figure 4 Localités de l'étude MATCH, 2008-2009, Burkina Faso



Deux approches méthodologiques (approches quantitative et qualitative) ont été utilisées.

6.1. Le volet quantitatif de l'étude MATCH

6.1.1. Population de l'étude

L'enquête quantitative a inclus trois catégories de participants. Il s'agissait de personnes qui ont déjà fait le test VIH au moins une fois (les utilisateurs CTV) des personnes qui n'ont jamais fait de test (les non utilisateurs) et des prestataires de CTV. Les utilisateurs comprenaient des personnes séronégatives et des personnes séropositives. Et dans la catégorie des prestataires, il y avait les agents de santé et les prestataires communautaires.

Les critères d'inclusion et de non inclusion pour chaque catégorie de participants sont présentés dans le tableau 1.

Tableau 1 Critères d'inclusion et de non inclusion par catégorie de participants à l'étude MATCH, 2008-2009, Burkina Faso

Participant	Critères d'inclusion	Critères de non inclusion
Utilisateurs séropositifs et séronégatifs	▪ Etre âgé d'au moins 18 ans ▪ Connaître son statut sérologique VIH ▪ Etre d'accord pour partager le statut VIH avec les enquêtrices ▪ Donner son consentement pour participer à l'étude	▪ Etre âgé de moins de 18 ans ▪ Ne pas connaître son statut VIH ▪ Connaitre son statut VIH mais ne pas souhaiter le partager ▪ Ne souhaite pas être interviewé
Non utilisateurs	▪ Etre âgé d'au moins 18 ans ▪ Déclarer n'avoir jamais fait de test ▪ Donner son consentement pour participer à l'étude	▪ Etre âgé de moins de 18 ans ▪ Avoir déjà fait le test VIH ▪ Ne souhaite pas être interviewé
Prestataires,agents de santé	▪ Travailler dans les différents programmes CTV (test à l'initiative du soignant, PTME…) des districts de l'étude ▪ Etre en poste depuis au moins un mois ▪ Donner son consentement pour participer à l'étude	▪ Agents de santé n'intervenant pas dans le CTV ou dans l'offre des services de prise en charge ▪ Etre en poste depuis moins d'un mois ▪ Ne souhaite pas être interviewé
Prestataires communautaires	▪ Personne offrant le CTV dans les ONG/associations ▪ A offert le CTV au cours du mois écoulé ▪ Donner son consentement pour participer à l'étude	▪ Personne n'offrant pas le CTV dans les associations ▪ Prestataire communautaire n'ayant pas offert de CTV au cours du dernier mois ▪ Ne souhaite pas être interviewé

6.1.2. Taille de l'échantillon et échantillonnage

A Ouagadougou et à Dédougou, des sites offrant le CTV suivant les deux principales stratégies (communautaire, test à l'initiative du soignant (PTME et autres patients)) ont été sélectionnés. L'échantillon initial par pays était de 900 utilisateurs et non utilisateurs (300 utilisateurs qui ont déjà fait le test VIH et ont un résultat négatif, 300 utilisateurs qui ont déjà fait le test VIH et ont un résultat positif et 300 personnes qui n'ont jamais fait de test VIH). Egalement 100 personnes testées pendant la campagne de dépistage de 2008 devaient être incluses, ainsi que 100 prestataires de CTV.

Le nombre de personnes à interviewer dans chaque localité a été décidé par les équipes de recherche suivant leurs fréquentations (2/3 à Ouagadougou et 1/3 à Dédougou pour le Burkina Faso).

Recrutement des utilisateurs

Les utilisateurs des différents sites de CTV ont été informés de la conduite de l'étude au cours du post test par les prestataires de service. Puis les enquêtrices ont approché tout un chacun à la fin du post test pour leur proposer la participation à l'étude. Aux personnes qui ont montré un intérêt à y participer, une fiche d'information plus détaillée leur a été lue. Puis leur consentement a été recueilli par écrit avant l'entretien.

Utilisateurs des sites autonomes. Dans les centres de dépistage autonomes, un pas d'échantillonnage a été initialement défini en fonction du nombre de clients reçus par jour dans le centre, et en fonction du temps d'administration du questionnaire. Cependant, vu la faible fréquentation des sites au moment de la collecte des données, la participation a été systématiquement proposée à tous les clients à la sortie du conseil post-test.

Utilisatrices des sites PTME. Un pas d'échantillonnage a été initialement établi dans les centres de santé maternelle et infantile en tenant compte des données des registres PTME et de la durée de l'administration du questionnaire. Mais il s'est avéré impraticable car il était difficile d'estimer en début de journée le nombre de femmes enceintes qui n'ont pas encore fait leur test lors de la grossesse en cours parmi les consultantes du jour, puis estimer le nombre de femmes enceintes qui accepteraient de faire le test pour l'établissement du pas d'échantillonnage. De ce fait, les femmes enceintes ont été systématiquement approchées à leur sortie de la consultation prénatale (CPN) ou à la sortie du conseil post par les enquêtrices pour leur demander de prendre part à l'étude. Des rendez-vous ont été donnés à celles qui souhaitaient participer à l'étude mais ne pouvaient pas le faire dans l'immédiat.

Les PVVIH. Le recrutement des PVVIH s'est fait majoritairement dans les lieux de prise en charge (associations et hôpitaux de jour). Au sein des associations, les responsables de la prise en charge communautaire, préalablement informés de l'objet de l'étude, en ont d'abord informé leurs membres ou bénéficiaires. Puis ces derniers ont été approchés par les enquêtrices pour négocier leur participation à l'étude, à l'issue des consultations individuelles ou des sessions de groupe (groupes de parole ou repas communautaires). Au sein des hôpitaux de jour, avec l'accord des soignants, les enquêtrices ont négocié directement la participation à l'étude avec les patients en salle d'attente.

Dans les deux situations, des rendez-vous ont été programmés pour les personnes qui souhaitaient participer à l'étude et ne qui ne pouvaient pas faire l'entretien dans l'immédiat.

Les patients souffrant de la tuberculose (TB). Le recrutement des patients TB a eu lieu à Ouagadougou (CDT de Pissy et au centre national anti tuberculose (CNLAT)). Dans la salle d'attente, avant la consultation, les enquêtrices ont présenté l'objet de l'étude aux patients,

individuellement afin de demander leur participation. L'entretien a eu lieu soit avant, soit après la visite médicale, suivant l'ordre d'arrivée des patients consentants.

Utilisateurs des sites de campagnes de dépistage. Dans les sites fixes de CTV, il n'y avait pas une grande affluence au moment de la collecte des données et la participation à l'étude a été systématiquement proposée à l'ensemble des clients. Par contre dans les sites mobiles des campagnes, il y avait de nombreux clients et plusieurs conseillers. L'identification des participants s'est faite en fonction de la disponibilité respective des enquêtrices et des clients (après un long temps d'attente pour le counseling et le résultat, certains utilisateurs ne souhaitent plus attendre pour un entretien).

Le recrutement des non utilisateurs

Le recrutement des personnes qui n'ont jamais fait leur test s'est fait uniquement dans les formations sanitaires. Des patients en consultation externe et des accompagnants ont été inclus. L'objet de la recherche leur a été individuellement présenté par les enquêtrices qui ont ensuite sollicité leur participation à l'étude.

Le recrutement des prestataires de services CTV

Les prestataires communautaires. Dans les sites de dépistage autonomes, les prestataires sont en nombre réduit. Ils ont tous été inclus dans l'étude. Au sein de chaque association, un conseiller a toujours été systématiquement identifié pour la partie qualitative et de ce fait, n'a pas été interviewé pour la partie quantitative. Ce choix était généralement fait en fonction de la disponibilité des uns et des autres au moment de l'administration des outils quantitatifs. A Dédougou il 'y a un seul centre de dépistage volontaire, donc peu de prestataires des CDV de cette localité ont été enquêtés. Afin d'atteindre la taille de l'échantillon, le recrutement des prestataires communautaires à Ouagadougou a été élargi à d'autres sites autonomes où des utilisateurs n'ont pas été interviewés.

Les agents de santé. Au niveau des sites PTME et autres structures sanitaires, l'ensemble des prestataires offrant le CTV a été approché pour prendre part à l'étude, avec toujours en réserve une personne pour l'entretien individuel approfondi. Des rendez-vous ont été programmés suivant la disponibilité des prestataires, souvent en dehors de leurs heures de service. Les entretiens ont parfois eu lieu sur deux ou trois jours.

6.1.3. Outils de collecte des données

Un questionnaire comportant des questions fermées et des questions semi-ouvertes a été utilisé. Il comportait des questions relatives aux informations sociodémographiques des participants, leurs attitudes vis-à-vis du conseil et du test VIH, le statut VIH pour les personnes qui ont déjà fait leur test, les services reçus pendant le pré et le post test, la qualité de la relation avec le prestataire avant, pendant et après le test. Des questions supplémentaires sur l'accès à la prise en charge, le partage du statut VIH et la stigmatisation ont été discutées avec les PVVIH. L'outil de collecte des données a fait l'objet de pré test, pour s'assurer que les questions sont bien comprises par les participants, qu'elles étaient bien agencées et acceptées sur le terrain. La durée des interviews était d'une heure de temps en moyenne.

Cet outil de l'enquête principale a été adapté pour interviewer les utilisateurs des campagnes (annexe 3).

6.1.4. Collecte des données

Quatre enquêtrices ayant au moins la licence en sociologie et une expérience en counseling VIH ont été recrutées et formées pour la collecte des données qui a eu lieu d'avril 2008 à mars

2009 dans dix-huit structures (12 à Ouagadougou et 6 à Dédougou). Parmi ces structures il y a avait 5 centres autonomes de dépistage et 13 structures sanitaires (Annexe 4). Ces sites ont été choisis par chaque équipe de recherche du pays concerné suivant leur niveau de fréquentation et en collaboration avec les médecins chefs de districts pour les formations sanitaires. Les prestataires ont été recrutés dans les mêmes sites que les utilisateurs. Les non utilisateurs ont été recrutés dans les formations sanitaires. Les entretiens ont été réalisés en français pour les prestataires et les clients qui s'exprimaient bien dans cette langue, et en langue nationale mooré ou dioula dans les autres situations.

6.1.5. Gestion et analyse des données

Une fois les questionnaires remplis, ils étaient relus par les enquêtrices, puis par la coordonnatrice pour vérifier la cohérence et la complétude des données. Une double saisie des questionnaires a été réalisée sur le logiciel SNAP. Le nettoyage des bases de données a eu lieu en collaboration avec l'Université d'Amsterdam. Les données ont ensuite été analysées avec le logiciel SPSS 12.

6.2. Le volet qualitatif de l'étude MATCH

Des observations directes des sites de CTV, des entretiens individuels approfondis et des focus group ont été conduits.

6.2.1. Populations de l'étude

Les séances d'observation des activités de CTV ont eu lieu tout au long de la phase de collecte des données aussi bien au sein des centres de dépistage que dans les structures sanitaires. Les entretiens individuels approfondis ont été conduits avec des PVVIH, des responsables des structures et des prestataires de CTV, des informateurs clés PVVIH. Quant aux focus group, ils ont concerné les PVVIH, des utilisateurs des services de CTV pendant les campagnes, et des non utilisateurs des campagnes.

6.2.2. Taille de l'échantillon et échantillonnage

Les participants aux entretiens individuels approfondis

Le recrutement des PVVIH a eu lieu dans les mêmes sites que ceux utilisés pour le recrutement des utilisateurs des sites autonomes pour le volet quantitatif. Il s'agissait de structures disposant à la fois de service de CTV et de prise en charge. L'identification des PVVIH s'est faite avec la collaboration des responsables des structures de prise en charge communautaires. Ces derniers les ont identifié, puis leur ont parlé de l'étude avant tout contact avec les enquêtrices.

Aussi chaque responsable du centre de dépistage ou de la PTME et un prestataire de chaque site de recrutement des participants ont été interviewés. Le choix du prestataire s'est fait suivant la disponibilité du personnel de ces sites pendant la collecte des données quantitatives. Le prestataire le moins disponible en ce moment a été interviewé. Quant à l'identification des informateurs clé PVVIH, elle a été faite à travers le réseau pour une plus grande implication des PVVIH (REGIPIV). Avec l'accord de ces informateurs clé, le REGIPIV a communiqué à l'équipe de recherche leurs coordonnées et des rendez-vous ont été programmés pour les entretiens individuels approfondis.

Les participants aux focus groups

Les PVVIH ont été invités soit par les responsables de prise en charge lors des prestations de services individuels ou lors des groupes de paroles. A ces occasions, les enquêtrices ont présenté l'objet de l'étude, et ont programmé une rencontre avec des volontaires répondant aux critères requis (sexe) pour le focus group. Chaque session de focus group a concerné des personnes de même sexe de la même association, et a été animée par deux enquêtrices. Avec l'accord des participants, chaque focus group a fait l'objet d'un enregistrement audio.

Quant aux participants qui ont fait leur test pendant les campagnes, ils ont été identifiés par les enquêtrices. Pendant les campagnes, à l'issue du post test, elles ont invité les utilisateurs des sites mobiles à participer à un focus group sur les campagnes de dépistage du VIH (date, lieu et heure préalablement définis). Les volontaires ont été invités pour le focus group. Quant aux non utilisateurs, ils ont été identifiés dans les formations sanitaires qui ne prenaient pas part aux campagnes. Les personnes présentes sur ces lieux ont été abordées par les enquêtrices qui ont cherché à savoir si elles avaient déjà fait leur test ou pas, et si oui était-ce pendant les campagnes ou pas. Seules les personnes qui ont déclaré n'avoir jamais fait le test pendant les campagnes ont été conviées aux focus group.

6.2.3. Outils de collecte des données

A l'aide d'une grille, les données d'observations des sites de CTV ont été recueillies à différents moments de la journée. Les informations collectées se rapportaient au fonctionnement du CTV (horaires de travail, moments d'affluences), l'organisation du CTV, la gestion des consultants et les relations prestataires-consultants.

Des guides d'entretiens spécifiques à chaque population de l'étude (PVVIH, prestataire, responsable de site, personne ressources PVVIH) ont été élaborés et administrés aux participants. Avec les PVVIH, des thématiques relatives au vécu du test, l'annonce du résultat à l'entourage, l'accès aux soins et aux services communautaires, la stigmatisation et autres difficultés liées à leur statut VIH ont été explorées. Avec les prestataires et les responsables CTV, les perceptions sur la pratique du CTV (offre et demande) au Burkina Faso et les difficultés pour la mise en œuvre du CTV ont été discutées. Enfin, avec les informateurs clés PVVIH, il s'agissait d'étudier leurs perceptions sur le CTV, et son évolution dans le temps et au Burkina Faso.

Des guides d'animation de focus groups avec les PVVIH ont également été conçus. Il s'agissait d'approfondir avec les participants le contenu des entretiens individuels, et de discuter de certaines tendances de données observées dans la partie quantitative. Les motivations et les barrières à l'utilisation des campagnes ont été discutées avec respectivement les utilisateurs et les non utilisateurs des campagnes de dépistage du VIH.

Enfin, avec l'ensemble des participants des suggestions pour améliorer le CTV au Burkina Faso ont été recueillies.

6.2.4. Collecte des données

En dehors de l'observation des sites, les autres données (entretiens individuels approfondis-EIA- et focus group) ont été collectées à la fin de la partie quantitative. Avec l'accord des participants, les entretiens individuels approfondis et les focus group ont fait l'objet d'un enregistrement audio. Puis chaque session d'observation, d'entretien individuel approfondi ou de focus group a fait l'objet d'un rapport.

6.2.5. Gestion et analyse des données

En ce qui concerne les données qualitatives, les EIA et les focus groups enregistrés ont été intégralement transcris, codifiés dans Nvivo® pour les analyses.

Un rapport préliminaire a été rédigé et les résultats ont fait l'objet d'une restitution nationale.

6.3. Les difficultés liées à la mise en œuvre de l'étude MATCH

Pour des raisons d'organisation ou de faible organisation sur les sites de l'étude, il n'a pas été possible d'établir un pas d'échantillonnage pour le recrutement des participants. Les utilisateurs ont été choisis soit systématiquement par les enquêteurs, soit en fonction de leur disponibilité (quand elles n'étaient pas en entretien). Il en est de même pour les non utilisateurs abordés dans les formations sanitaires. Le recrutement a été particulièrement long pour ces derniers car la plupart du temps les personnes abordées déclaraient avoir déjà fait leur test (1039 abordés pour un total de 312 enquêtés).

Spécifiquement en ce qui concerne les patients souffrant de la tuberculose, deux difficultés majeures ont marqué le recrutement des patients TB. La première est que les patients arrivent dans le but de prendre un traitement et de repartir aussitôt pour leurs occupations quotidiennes si bien qu'ils ont peu de temps pour une étude, la deuxième est la faible fréquence de nouveaux malades dans ces services de santé. En effet, au bout d'une semaine, la participation a été proposée aux patients habituels de ces centres. Le recrutement a été prolongé dans le CDT et le CNLAT. Les questionnaires ont souvent été administrés aux patients TB sur plusieurs jours.

En ce qui concerne les prestataires, l'échantillon initial n'a pu être atteint car le nombre de prestataires CTV dans les sites de l'étude n'était pas élevé. Et ces derniers étaient très sollicités, si bien que leurs entretiens ont parfois eu lieu en deux ou trois temps, sur plusieurs jours.

6.4. Considérations éthiques

Les sites de l'étude ont été retenus après discussion avec les responsables respectifs qui ont donné un accord favorable. La participation à l'étude a été volontaire. Pour éviter une influence quelconque sur la participation des clients, ce sont les enquêteurs qui ont discuté eux-mêmes avec les participants pour obtenir leur participation. Au moment de l'entretien, une fiche d'informations détaillées a été lue à l'enquêté et la collecte des données a commencé après la signature du formulaire de consentement par le participant et l'enquêteur. Les données ont été collectées de manière anonyme (pas de noms sur les questionnaires ou les enregistrements audio) et seuls des codes ont été utilisés. Pour garantir la confidentialité et protéger les participants, seules les personnes directement impliquées dans la conduite de l'étude ont eu accès aux informations collectées. Une compensation en nature (savon) a été donnée à chaque participant à l'étude pour compenser le temps passé avec l'enquêteur pour l'entretien. Pour tout déplacement d'un participant occasionné par l'étude, une somme forfaitaire de 1000 francs CFA (1,5 euros) représentant les frais de déplacement lui a été remboursée.

Le protocole a obtenu un avis favorable du comité d'éthique pour la recherche en santé du Burkina Faso (annexe 6) et du comité d'éthique de l'OMS.

6.5. Les limites de l'étude MATCH

Les données ont été collectées dans deux régions du Burkina Faso. La taille de l'échantillon et l'échantillonnage n'ont pas été statistiquement définies. On ne peut alors pas affirmer que les données sont représentatives de la situation nationale. Cependant les différentes approches qui ont été utilisées (qualitatives et quantitatives, l'intégration rural/urbain, ainsi que les interviews des utilisateurs et des acteurs) permettent d'être proche de la réalité. Aussi les données ont été collectées à une époque où des ressources plus importantes étaient accordées pour l'offre du CTV. Les résultats ne sont pas représentatifs de la situation actuelle car il y a eu une baisse des financements, avec des implications sur la qualité des services. On peut poser l'hypothèse que les insuffisances observées au cours de notre étude se sont aggravées. Pour des raisons éthiques, les enfants et adolescents n'ont pas été pris en compte dans notre étude. Il en est de même des populations clés qui sont actuellement prioritaires dans la riposte au VIH, et peu considérées au niveau national au moment de notre étude.

6.6. Enquête sur la perception des décideurs et acteurs du CTV sur les directives 2015 de l'OMS

Pour cette enquête, une revue documentaire, complétée par un recueil de données à distance ont été réalisés.

6.6.1. Revue documentaire

Deux documents ont été essentiellement exploités: il s'agissait des normes et directives du conseil et dépistage du VIH au Burkina Faso [106], et des directives de l'OMS sur le CTV, édité en juillet 2015 [36]. A l'aide d'une grille de lecture, les recommandations éditées par l'OMS depuis 2008 ont été recensées. Une lecture des normes et directives du dépistage au Burkina Faso a permis de relever les recommandations et les orientations de l'OMS qui n'y figuraient pas ou qui n'étaient pas en concordance avec ce qui était préconisé au niveau national. Puis un tableau comparatif entre ce qui était préconisé dans les normes et directives du VIH du Burkina Faso, et ce qui était recommandé par l'OMS a été établi. Ce tableau comportait également trois colonnes supplémentaires permettant au répondant d'apporter une appréciation sur l'acceptabilité de chaque recommandation de l'OMS dans le contexte burkinabé, sa faisabilité et aussi de faire des commentaires pour mieux expliciter ou justifier ses opinions.

6.6.2. Recueil des données à distance

Une liste des organisations et institutions influentes en CTV au Burkina Faso a été établie. Au sein de chacune de ces structures/institutions, une personne répondante (en général le responsable ou le point focal pour le CTV) a été ciblée (20 décideurs et acteurs du CTV de Ouagadougou, Bobo-Dioulasso et de Dédougou). L'outil de collecte des données leur a été envoyé par voie électronique pour une auto administration en septembre 2015, avec une fiche d'informations expliquant l'objet de l'étude. Des relances téléphoniques ont été faites en octobre et novembre 2015. L'outil de collecte des données abordait des thématiques relatives à leurs attitudes sur les approches innovantes pour l'offre du CTV (test de triage, auto-test, client index), les populations prioritaires qui devraient bénéficier de ces services (populations

clés, adolescents, couples, enfants…), l'évolution des principes éthiques et les changements dans le suivi de la mise en œuvre du CTV.

6.6.3. Gestion et analyse des données

Pour évaluer l'acceptabilité des recommandations, une grille de notations en trois points a été définie (très favorable, favorable, pas favorable). Il en est de même de l'évaluation de la faisabilité (facile à réaliser, pas facile à réaliser, non réalisable) (Annexe 7).

Les réponses des répondants ont été dépouillées et analysées avec le logiciel Excel. Les réponses sur l'acceptabilité ont été regroupées en deux catégories pour l'analyse: la recommandation est «acceptable» si la réponse est «très favorable ou favorable», et il y a «opposition» si la réponse est «pas favorable». Les réponses sur la faisabilité ont également été regroupées en deux catégories pour l'analyse. La recommandation est «facile à réaliser» si la réponse est «facile à réaliser». Elle a été qualifiée de «pas facile à réaliser» si la réponse est «pas facile à réaliser» ou «non réalisable».

6.6.4. Limites de l'étude

Cette étude s'est intéressée aux décideurs et acteurs du CTV sur les nouvelles directives, et n'a pas exploré les perceptions des utilisateurs. Leurs opinions auraient permis d'avoir un large aperçu du niveau d'acceptabilité de celles-ci. D'autre part, un nombre limité d'experts des deux plus grandes villes du Burkina Faso a été ciblé. Cependant leur niveau d'influence dans les décisions sur les politiques et programmes de CTV au Burkina Faso permet d'affirmer que les résultats sont à même d'influencer les orientations futures du CTV dans le pays.

7. Résultats

Les résultats sont présentés en trois parties, composées de sept articles publiés, soumis à des revues internationales, ou en voie de soumission. En effet, avant la présentation des résultats des deux études qui ont été décrites dans la méthodologie, nous présentons un état des lieux récent du CTV au Burkina Faso.

Partie 1. Etat des lieux du CTV au Burkina Faso

- **Article 1**. Dix ans d'investissement dans la lutte contre le VIH au Burkina Faso: quelles leçons tirer des stratégies et des résultats du conseil et du dépistage du VIH pour la période 2006-2015?

  Ky-Zerbo O, Msellati P, Desclaux A, Compaoré C, Zagaré A, Niamba P.

  A soumettre

Partie 2. Acquis et défis du CTV au Burkina Faso

Cette partie est subdivisée en trois sous thématiques

1. Les pratiques des services de CTV par les utilisateurs au Burkina Faso (deux articles) ;
   - **Article 2.** Ky-Zerbo Odette, Desclaux Alice, Msellati Philippe, Some Jean-François, Makhlouf-Obermeyer Carla. Profil et motivations des usagers au dépistage VIH communautaire au Burkina Faso: quelle contribution à l'objectif 90-90-90?

     Soumis à la revue d'Epidémiologie et de Santé Publique le 3 avril 2016
   - **Article 3**. Ky-Zerbo O, Desclaux A, Msellati P, Somé JF, Obermeyer CM. Rationalization of HIV testing services (HTS): understanding the reasons for reducing "inappropriate" uses in Burkina Faso.

     Soumis à BMC Infectious Diseases le 03 juin 2016
2. Le vécu de la stigmatisation par les PVVIH au Burkina Faso (un article);
   - **Article 4**. Ky-Zerbo O, Desclaux A, Somé JF, El Asmar K, Msellati P, Obermeyer CM. La stigmatisation des PVVIH en Afrique : analyse de ses formes et manifestations au Burkina Faso. Santé Publique. 2014;3(26):375-384.
3. Les enjeux et défis des prestataires pour une offre du CTV conforme aux normes requises (deux articles).
   - **Article 5**. Ky-Zerbo O, Somé JF, Simaga F. Le conseil post-est encourage-t-il les PVVIH à partager leur statut sérologique? Pratiques et suggestions des conseillers au Burkina Faso. Sahara. 2013;10:S72-79
   - **Article 6.** Ky-Zerbo O, Desclaux A, Msellati P, Simaga F, Somé JF, Obermeyer CM. Les services de conseil et de test du VIH face aux objectifs des Nations-Unies: perceptions, pratiques et défis des prestataires au Burkina Faso. *A soumettre*

***Partie 3.* Les défis liés à la mise en œuvre du CTV, conformément aux dernières directives de l'OMS**

- ***Article 7.*** Les politiques et stratégies de dépistage des pays à l'épreuve des directives de l'OMS : analyse de l'applicabilité et de l'acceptabilité de différentes recommandations sur les services de test VIH au Burkina Faso

  Ky-Zerbo O, Desclaux A, Msellati P. *A soumettre*

7.1. Partie 1. Etat des lieux du CTV au Burkina Faso

Les données les plus représentatives sur l'accès au CTV au Burkina Faso datent de 2010 et sont celles de l'enquête démographique et de santé [14]. Les résultats de cette enquête montraient que plus de 70% des adultes de 15-49 ans au Burkina Faso n'avaient jamais fait un test VIH (70% des femmes et 78% des hommes). Sur la base des données de cette enquête, d'autres analyses ont montré qu'au moins 60% des personnes infectées par le VIH au Burkina Faso ignoraient leur statut (58,4% des femmes versus 60,1% des hommes) à cette période [38].

Au Burkina Faso, l'offre du CTV est décentralisée puisqu'en 2015 la quasi-totalité des formations sanitaires (98%) avait contribué à l'offre du CTV aux femmes enceintes et aux patients. Il y avait également 38 structures qui offraient le CTV au niveau communautaire [16].

7.1.1. Organisation des services de conseil et de test VIH au Burkina Faso

Le Conseil national de lutte contre le sida et les infections sexuellement transmissibles (CNLS-IST) est l'organe de décision et d'orientation de la lutte contre le VIH, le sida et les IST. Un secrétariat permanent assure la coordination générale de la mise en œuvre des stratégies sectorielles de lutte contre le VIH, le sida et les IST. Trois structures de coordination sectorielles (publiques, privées et communautaires) assurent l'exécution des activités opérationnelles. Les principaux acteurs du CTV sont le secteur public à travers le sous-secteur santé et le secteur communautaire. Jusqu'en fin 2015, la coordination des activités de CTV du secteur communautaire était assurée par le programme d'appui au monde associatif et communautaire (PAMAC). Cette structure a été créée en 2003 pour assurer la coordination de la dynamique communautaire de lutte contre le VIH et elle a assuré jusqu'à cette date la coordination de l'offre du test à l'initiative du client (TIC). La direction de la santé de la famille (DSF) est le département du ministère de la santé qui coordonne l'offre du test aux femmes enceintes et le programme sectoriel santé et lutte contre le sida (PSSLS) est en charge de l'offre du test aux patients autres que les femmes enceintes.

7.1.2. Historique du conseil et du test du VIH au Burkina Faso

De la déclaration des premiers cas de sida au Burkina Faso (1986) jusqu'en 2000, la mise en œuvre du CTV a été faite de manière informelle et a été essentiellement assurée par des organisations nationales que sont les associations et les ONG, sans une implication majeure de l'Etat. Le premier centre de CTV a été ouvert en février 1994 à l'initiative de l'amicale burkinabé des infirmières (ABI) à Ouagadougou (capitale du Burkina Faso) et a été fermé au bout d'un an par manque de ressources financières. En 1995 [107] des professionnels de santé du Centre Hospitalier Sourou Sanon, des chercheurs du Centre MURAZ et les décideurs de la Direction Régionale de la Santé des Hauts Bassins ont créé l'association pour la promotion du dépistage et du conseil (APRODEC) à Bobo-Dioulasso. Cette association avait pour principal objectif de promouvoir le Conseil et le dépistage volontaire du VIH, et ses membres ont ouvert le centre anonyme de dépistage et d'information (CADI) en avril 1996 à Bobo-Dioulasso. Ce centre qui est aujourd'hui l'un des acteurs majeurs du CTV au Burkina Faso réalise en moyenne 12 000 tests par an, l'un des chiffres les plus élevés au niveau national [107]. Après la fermeture du centre de l'ABI, la ville de Ouagadougou est restée sans structure de CTV jusqu'en 1998, date de création du Centre d'Information, de Conseil et de Documentation sur le sida et la tuberculose (CICDoc). Ce réseau de huit associations a pour

but de «favoriser la disponibilité et l'accessibilité du conseil-dépistage». Son premier centre de CTV a été ouvert à Ouagadougou en 1999. Il apporte jusque-là un appui technique aux membres du réseau et aux autres acteurs nationaux et internationaux[4]. Puis au cours des années suivantes, d'autres associations et ONG impliquées dans la lutte contre le VIH ont ouvert des centres autonomes de CTV aussi bien dans ces deux villes que dans les autres localités du pays.

La période 2000-2003 a été marquée par une structuration et un renforcement du CTV au Burkina Faso. En effet, en 2000 le Burkina Faso a adopté son premier cadre stratégique de lutte contre le sida et les IST (CSLS-IST 2001-2005) [108] et «la promotion du conseil dépistage du VIH» y a été définie comme domaine d'action prioritaire. Cette reconnaissance officielle de l'importance du dépistage a favorisé le développement d'initiatives en faveur du CTV puisque dès 2001, un module national de formation des prestataires communautaires a été élaboré par des experts nationaux [109]. L'offre structurée du CTV dans les formations sanitaires a commencé en 2002 avec l'appui de trois ONG internationales qui ont testé deux modèles différents de CTV intégrés aux formations sanitaires [110]. La fondation Axios avait choisi d'apporter un appui aux agents de santé afin que l'offre du test soit intégrée à la consultation (le même prestataire de santé assure le conseil pré test, le recueil du consentement, le dépistage avec les tests rapides, le post test et la référence), tandis que «Médecins du Monde» et «Médecins Sans Frontières» avaient opté pour la désignation d'un espace physique dédiée au CTV dans les formations sanitaires.

En avril 2003, le premier document référentiel sur le CTV au Burkina Faso a été adopté «*Les normes de conseil et de dépistage du VIH du Burkina Faso*»(105). C'est au cours de cette même année que l'expérience pilote de l'offre du CTV aux femmes enceintes dans les formations sanitaires a commencé dans deux districts, en s'inspirant de l'expérience du projet de recherche clinique sur la diminution de la transmission mère enfant du VIH (DITRAME, essai ANRS 049), qui avait été mis en œuvre à Bobo-Dioulasso et à Abidjan de 1995 à 2000 [111].

Les années 2006-2007 ont été marquées par la prise de trois décisions majeures en faveur du CTV par le ministère de la santé et le SP/CNLS-IST. Elles concernent (1) l'adoption officielle des tests rapides dans l'algorithme national de dépistage (le Determine™ et le SD/Bioline™ qui étaient déjà utilisés par la fondation Axios dans les districts du secteur 22 à Bobo-Dioulasso et de Kongoussi) permettant le rendu immédiat du résultat du test, (2) la prise d'une décision officielle permettant aux agents de santé qui ne sont pas des techniciens de laboratoire de manipuler ces tests rapides et (3) la mise en œuvre du test à l'initiative du soignant.

En mai 2008, «la loi 030-2008/AN portant lutte contre le VIH/SIDA et protection des droits des personnes vivant avec le VIH/SIDA» [112] a été adoptée par l'assemblée nationale, et son décret d'application a été voté en 2010. Elle rappelle entre autres la nécessité du respect des principes éthiques dans toute démarche de dépistage (counseling, consentement, confidentialité…) et insiste sur le partage du résultat VIH positif avec le conjoint/partenaire sexuel. Quand il y a refus de la part de la personne infectée d'informer l'autre partie, cette loi donne autorité au prestataire de santé de le faire.

La figure 5 illustre l'historique du CTV au Burkina Faso.

[4] http://cicdoc.org/test/index.php?option=com_content&view=article&id=83&Itemid=54

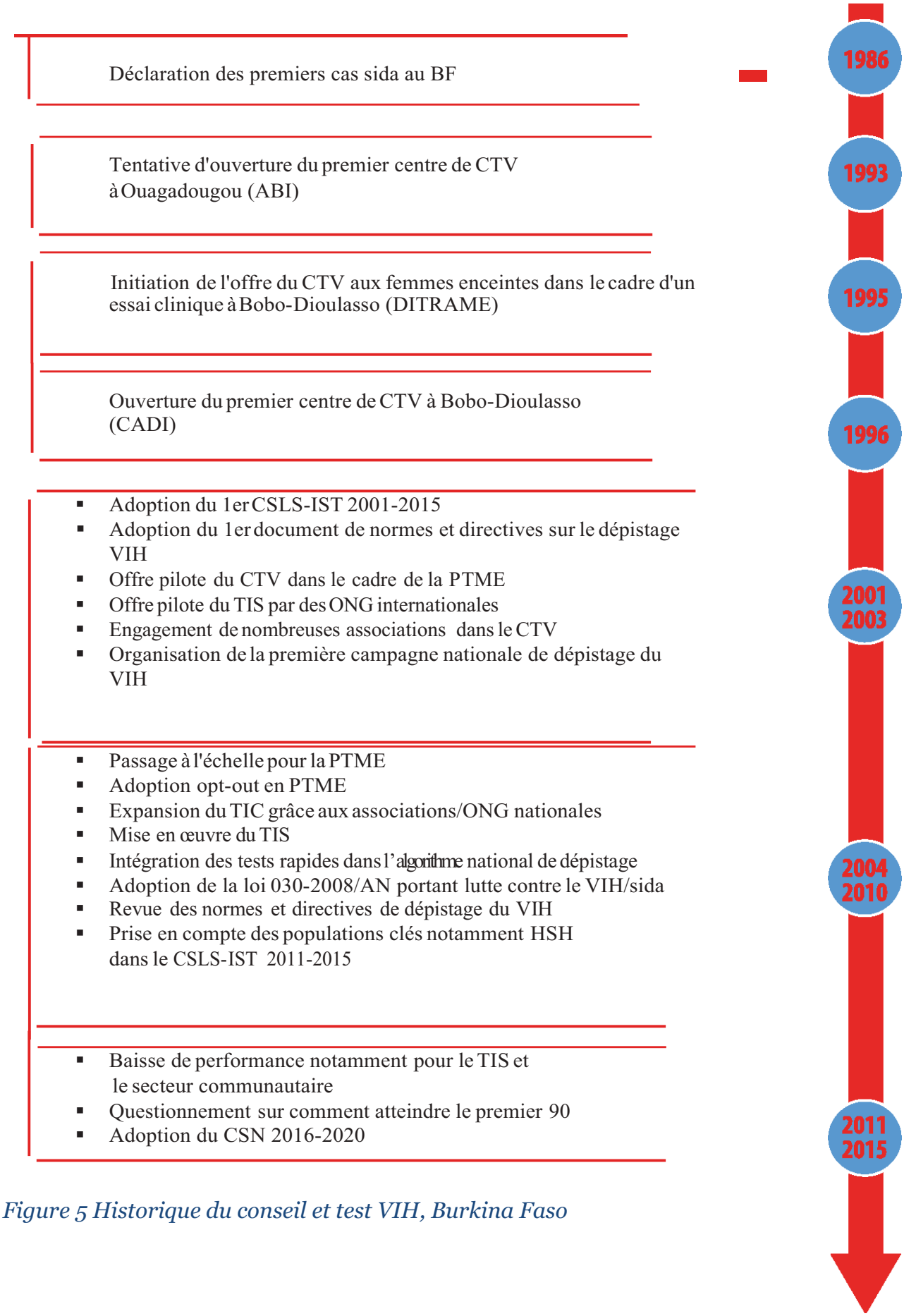


Figure 5 Historique du conseil et test VIH, Burkina Faso

7.1.3. Normes et directives de conseil et de dépistage du VIH du Burkina Faso

Le premier document référentiel sur le CTV adopté en 2003 [105], spécifique au TIC a été révisé en 2008 (106) (figure 6). Depuis cette date, ce document oriente le TIC et le TIS au Burkina Faso. Des décisions et recommandations majeures justifiaient cette révision. En effet:

-le ministère de la santé avait commencé la mise en œuvre du test à l'initiative du soignant et l'approche «opt-out» avait été adopté dans les documents nationaux de la PTME

-les algorithmes nationaux de dépistage avaient été révisés pour une prise en compte des tests rapides, impliquant une possibilité de remise immédiate des résultats du test

-suivant une décision du ministère de la santé, tout personnel de santé était autorisé à manipuler les tests rapides

-la loi 030-2008/AN portant lutte contre le VIH/SIDA et protection des droits des personnes vivant avec le VIH /SIDA avait été votée.

Dans cette dernière version des normes et directives du conseil et du dépistage du VIH, ont été définies trois principales stratégies pour l'offre du CTV (la stratégie fixe, la stratégie mobile/avancée et le conseil dépistage en milieu de soins (TIS)) et une stratégie spécifique (les campagnes). Ce document insiste sur la nécessité de respecter les principes éthiques du CTV (counseling, consentement, confidentialité, résultat correct du test, référence). Les contenus du counseling pré et post test y sont également décrits. Ce document référentiel donne également des orientations de base sur l'organisation, le fonctionnement, le cadre physique, les conditions d'ouverture des sites de dépistage, le personnel nécessaire, la tarification, le counseling, l'assurance qualité, le laboratoire, ainsi que la gestion de l'information.

Ce document rédigé dans un contexte d'épidémie généralisée et toujours en vigueur au Burkina Faso n'identifie aucun groupe prioritaire pour l'offre du CTV.

Figure 6 Page de couverture des normes et directives CDV 2008, Burkina Faso

PRESIDENCE DU FASO

CONSEIL NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE VIH/SIDA ET LES IST

SECRETARIAT PERMANENT

MINISTERE DE LA SANTE
COMITE MINISTERIEL DE LUTTE CONTRE LE SIDA

NORMES ET DIRECTIVES NATIONALES DE CONSEIL DEPISTAGE DE L'INFECTION A VIH AU BURKINA FASO

DEUXIEME EDITION

Novembre 2008

7.1.4. Connaissances sur le CTV au Burkina Faso

Au Burkina Faso, des études ont montré une bonne acceptation du test VIH par les femmes enceintes [92], bien que certains auteurs aient noté un faible taux de retour pour la recherche des résultats quand cela était nécessaire [113]. Il y a une croissance dans l'offre du CTV aux femmes enceintes car en 2014, on estimait que 86% des femmes enceintes consultant pour la première fois dans les services de santé avaient été testées [114]. Ce taux n'était que de 30% en 2010. Cependant peu de partenaires des femmes enceintes informées de leur résultat ont accès au test (1,75% en 2015) [115]. Ceci pourrait être imputable au faible taux de partage des résultats des femmes avec leur partenaire [89, 116, 117] et à l'accompagnement quasi nul des femmes enceintes par leur partenaire dans les CPN.

En dehors des femmes enceintes, la littérature manque d'informations sur la mise en œuvre du test à l'initiative du soignant au Burkina Faso.

Quant à la stratégie communautaire, des études ont montré que les campagnes étaient efficaces et coût-efficaces [118] et contribuaient à l'identification de 25% des personnes séropositives identifiées à travers cette stratégie [118, 119]. Les campagnes toucheraient également mieux les 15-24 ans et les populations clés que les autres stratégies. Au Burkina Faso, seules des approches communautaires ont été développées à l'endroit de cette dernière catégorie de la population. Ce faible engagement expliquerait que moins d'un quart des HSH au Burkina Faso ont connaissance de leur statut sérologique VIH [15]. Une analyse conduite en 2013 avait également montré que seulement 34% des TS séropositives avaient déjà fait leur test [120].

Les faiblesses du CTV au Burkina Faso ont été analysées et décrites dans la littérature. Celle-ci relève des insuffisances dans la qualité du counseling [92], ce qui pourrait être un facteur de déperdition ou de recherche tardive de soins par les personnes testées séropositives [121]. Une évaluation en milieu rural en 2007 avait montré que 42% des femmes enceintes qui avaient refusé le test n'avaient pas compris la procédure du dépistage [93]. Le manque d'infrastructure ou leur caractère inadapté qui ne permettraient pas non plus de respecter la confidentialité ont été décrits [114]. Le personnel de santé qui ignore souvent son propre statut VIH [122] serait en nombre insuffisant [123] ou manquerait de compétences pour l'offre des STV [93]. Dans les services de santé, le manque de ressources financières et matérielles serait également une barrière majeure pour l'offre du CTV [119]. Les personnes testées au Burkina Faso seraient plus souvent celles qui ont un niveau d'éducation élevé, qui vivent en couple et qui sont âgées d'au moins 20 ans [124].

7.1.5. Article 1. Dix ans d'investissement dans la lutte contre le VIH au Burkina Faso: quelles leçons tirer des stratégies et des résultats du conseil et du dépistage du VIH pour la période 2006-2015?

Odette Ky-Zerbo, Philippe Msellati, Alice Desclaux, Cyrille Alexandre Compaoré, Athanase Zagaré, Pascal Niamba

Résumé

Introduction. Le conseil et le test du VIH (CTV) demeure prioritaire dans la lutte contre le VIH. Au Burkina Faso, le CTV est utilisé soit (1) à l'initiative du client à travers le secteur communautaire, soit à travers (2) la prévention de la transmission mère enfant du VIH ou (3) dans les services de soins à l'initiative du soignant (TIS). Malgré cela, moins de 40% des personnes vivant avec le VIH (PVVIH) sont informées de leur statut. Afin de dégager les axes d'interventions pour permettre à 90% des PVVIH de connaître leur statut d'ici 2020, il convient d'analyser l'offre actuelle des services.

Méthodologie. Une revue documentaire a été réalisée avec pour objectifs majeurs de collecter et d'analyser les données du CTV aussi bien dans le cadre de l'offre communautaire, de la PTME que dans les services de soins. Elle a été accompagnée d'une collecte de données complémentaires à distance (auto administration) auprès de l'ensemble des associations et organisations non gouvernementales offrant le CTV. Des entretiens individuels approfondis ont également été réalisés auprès de personnes ressources.

Résultats. Entre 2006-2015, il y a 113 510 tests qui se sont révélés positifs pour un nombre total de 6 499 260 tests VIH réalisés (1,7% de séropositivité). Les femmes sont les plus nombreuses à bénéficier des services car la PTME a réalisé le plus de tests (62%). La stratégie communautaire a détecté le plus de positifs (46,9% versus 33,4% et 19,7% respectivement pour la PTME et le TIS). Le nombre d'enfants nés de mère séropositive (1 test pour 5 femmes séropositives), et d'hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes testés restent faibles. Les données communautaires désagrégées montrent que les personnes âgées de 25 ans et plus ont représenté 50,2% des personnes testées à travers cette stratégie. Depuis 2012, les nombres de personnes testées et de séropositifs détectées à travers la stratégie communautaire évoluent continuellement à la baisse, contrairement à la PTME.

Conclusion. Le territoire national est bien couvert en infrastructures sanitaires pour le CTV. L'offre du CTV est d'un niveau élevé dans le cadre de la PTME et connait des difficultés au niveau du TIS et du communautaire où le nombre de PVVIH dépistées évolue à la baisse depuis ces cinq dernières années. Le renforcement de ces deux dernières stratégies en ressources matérielles (intrants de dépistage) et humaines (formations sur des thématiques spécifiques) s'avère nécessaire. Les approches pour l'offre du test à travers la stratégie communautaire méritent d'être revues pour une meilleure détection des personnes infectées par le VIH. Ces efforts devront s'accompagner d'une référence effective des personnes testées séropositives vers les structures de prise en charge.

Introduction

Seule la moitié des personnes infectées par le VIH dans le monde est informée de son statut(1). Ce niveau est relativement faible quand on sait que les traitements antirétroviraux (ARVS) peuvent réduire le risque de transmission et d'acquisition du VIH d'au moins 96% (2). L'ONUSIDA se fixe comme objectif de permettre à 90% des personnes infectées par le VIH de connaître leur statut VIH d'ici 2020(3). Cela ne peut se faire sans une bonne analyse situationnelle pour identifier les acquis à renforcer et les faiblesses à corriger comme le recommande l'OMS (4).

Selon les projections de l'institut national des statistiques et de la démographie, la population du Burkina Faso en 2015 était de 18 450 494 habitants (5). C'est une population majoritairement féminine (51,7% de femmes) et jeunes (environ 65% de moins de 25 ans dont 3 446 575 âgés de 15 à 24 ans). La majeure partie de la population vit en milieu rural (77%). La prévalence du VIH chez les 15-49 ans est de 0,9% [0,8%-1,1%]. Elle est de 3,6% chez les hommes qui ont des rapports sexuels avec d'autres hommes (HSH) et de 16,1% chez les travailleuses du sexe (TS) (6).

Au Burkina Faso, le CTV est disponible depuis 1994. Ils ont été essentiellement offerts par les communautaires dans des sites autonomes de dépistage. Les programmes pilotes d'offre du CTV à l'initiative du soignant ont été mis en œuvre à partir de 2002, aussi bien pour les femmes enceintes que pour les patients. Mais ce n'est qu'à partir de 2007 que la mise en œuvre du CTV a connu un véritable essor avec (1) la révision des algorithmes nationaux de diagnostic du VIH qui adopte officiellement le Determine™ et le SD/Bioline™ et permet de rendre le résultat du test le même jour, (2) la signature d'une autorisation par le Ministère de la santé permettant aux agents de santé qui ne sont pas des techniciens de laboratoire à manipuler ces tests rapides et (3) le démarrage du processus d'extension de l'offre du CTV dans toutes les formations sanitaires au niveau national(7). En 2008 (8), les normes et directives du dépistage, rédigés en 2003 ont été révisées. Les stratégies de dépistage qui y sont préconisées sont au nombre de trois : le dépistage dans le cadre de la prévention de la transmission mère enfant du VIH (PTME), le test à l'initiative du soignant (TIS) offert dans les services de santé autres que ceux de la santé maternelle et infantile, et le dépistage communautaire.

Malgré cela, en 2010, on estimait que moins de 30% (9) de la population burkinabé avait déjà fait sont test VIH et que moins de 40% des personnes infectées connaissaient leur statut VIH(10). L'atteinte de l'objectif 90-90-90 en 2020 (3) est un défi pour le Burkina Faso. Afin de dégager des orientations pour les actions futures, la nécessité d'établir la situation actuelle de couverture des services du CTV au Burkina Faso s'impose.

Méthodes

L'étude a été réalisée du 15 novembre au 30 décembre 2014 à l'initiative du Centre d'Information et de documentation sur le VIH et la Tuberculose (CICDoc) par deux chercheurs nationaux ayant au moins vingt ans d'expérience dans la lutte contre le VIH au Burkina Faso. Un comité de pilotage réunissant les principaux décideurs et acteurs du CTV au Burkina Faso a été constitué pour suivre le déroulement de l'étude. Trois démarches méthodologiques ont été adoptées. Il s'agissait (1) d'une revue documentaire, (2) d'une collecte de données à distance à travers le remplissage d'un questionnaire auto-administré par les associations et ONG offrant le CTV à l'initiative du client et (3) d'interviews de personnes ressources. Le protocole de recherche ainsi que l'ensemble des outils de collecte des données ont été validés par le comité de pilotage. Les données quantitatives de 2009 à 2013 collectées

dans le cadre de cette étude ont été complétées par celles de 2014 et de 2015 pour la présente analyse.

La revue documentaire

Outre les documents d'orientation internationaux et nationaux, les documents relatifs aux dernières rencontres nationales majeures sur le CTV, des rapports d'études sur les populations clés, des rapports des structures de coordination du CTV au Burkina Faso, des rapports d'activités, des articles portant sur le CTV au Burkina Faso ont été analysés. La revue documentaire a porté aussi bien sur les aspects liés à l'organisation et au fonctionnement des structures de dépistage, que sur l'accès et les perceptions des acteurs et des bénéficiaires sur le dépistage.

La collecte des données à distance

La collecte des données à distance a concerné l'ensemble des associations et ONG offrant le CTV à l'initiative du client. Un outil de collecte des données validé par le comité de pilotage a été envoyé par voie électronique au mois de novembre 2014 à l'ensemble de ces structures. Il s'est agi dans ce cadre d'analyser les capacités des sites communautaires, à travers l'établissement de la situation en ressources humaines et matérielles. Cela a également permis d'apprécier leurs résultats de dépistage et le niveau de prise en compte des groupes spécifiques (jeunes, travailleuses du sexe, hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes) dans les activités de CTV, et de recueillir les difficultés rencontrées dans l'offre des services de CTV au Burkina Faso.

Les entrevues avec les bénéficiaires et des personnes ressources

Des entretiens individuels approfondis ont été réalisés aussi bien avec des acteurs des centres autonomes de dépistage, des agents de santé, des responsables des structures en charge de la coordination du CTV et des interventions au profit des populations clés et vulnérables, des décideurs et des partenaires techniques et financiers dans les villes de Ouagadougou, de Bobo-Dioulasso et de Koudougou. Il s'agissait avec ces personnes ressources de recueillir leurs perceptions sur le CTV au Burkina Faso, leurs propositions d'amélioration de la performance du dépistage au Burkina Faso, notamment une meilleure prise en compte des populations clés et vulnérables.

Résultats

De l'ensemble des 38 associations/ONG impliquées dans l'offre du CTV au Burkina Faso (11), 35 ont complété l'outil. Vingt-trois personnes ressources du ministère de la santé, du SP/CNLS-IST, des ONG/associations et des agences du système des nations unies ont été interviewées. Trente-huit documents nationaux (documents référentiels, rapports d'activités, rapports d'ateliers…) et d'autres produits par l'OMS et/ou l'ONUSIDA relatifs au dépistage ont été consultés.

Historique et organisation du CTV au Burkina Faso

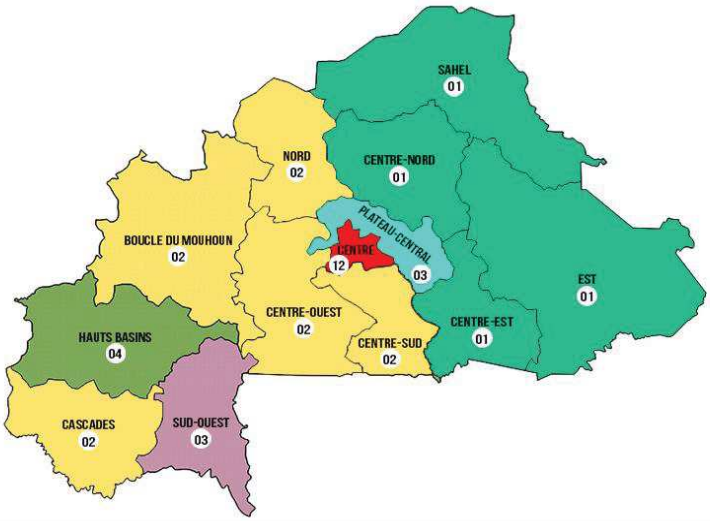
Le premier centre de conseil et de dépistage du VIH a été ouvert au Burkina Faso en 1993 à l'initiative d'une association, l'amicale des infirmières du Burkina Faso. En dehors de projets de recherche actifs dans ce domaine de 1995 à 1998, l'offre du CTV aux femmes enceintes dans le cadre de la prévention de la transmission mère enfant du VIH (PTME) a commencé en 2002. C'est à partir de 2007 que le dépistage à l'initiative du soignant (DIS) dans les formations sanitaires est entrepris au niveau national (12). Cette configuration donne au pays trois stratégies majeures de conseil et de dépistage du VIH: le dépistage à l'initiative du client assuré principalement par les communautaires (ONG et associations), le TIS (ciblant les patients autres que les femmes enceintes) et le dépistage dans le cadre de la PTME (8). La

coordination des activités du conseil et du dépistage du VIH est assurée par le secrétariat permanent du conseil national de lutte contre le sida et les IST (SP/CNLS-IST), qui capitalise et analyse les données relatives au test VIH, qui sont fournies par trois structures de coordination: (1) le CDV communautaire coordonné par le programme d'appui au monde associatif et communautaire (PAMAC) au moment de l'étude, (2) le dépistage offert aux femmes enceintes dans le cadre de la prévention de la transmission mère-enfant du VIH (PTME) coordonné par la direction de la santé de la famille (DSF) et (3) le dépistage auprès des patients autres que les femmes enceintes dans les formations sanitaires coordonné par le programme sectoriel santé et lutte contre le sida (PSSLS). Les premiers documents de normes et directives du conseil et du dépistage VIH ont été validés en 2003, puis révisés en 2008 (8).

Couverture géographique en CTV

Parmi les 1820 formations sanitaires du Burkina Faso, 1787 (98,22%) offraient le test dans le cadre de la PTME et du DIS en 2015 (13). Par contre moins de la moitié des districts sanitaires (27 sur 70) étaient couverts par les structures communautaires qui sont inégalement réparties sur le territoire national (16 dans les régions du Centre et des Hauts Bassins). Ces structures sont généralement situées en zones urbaines ou semi urbaines (Figure 1).

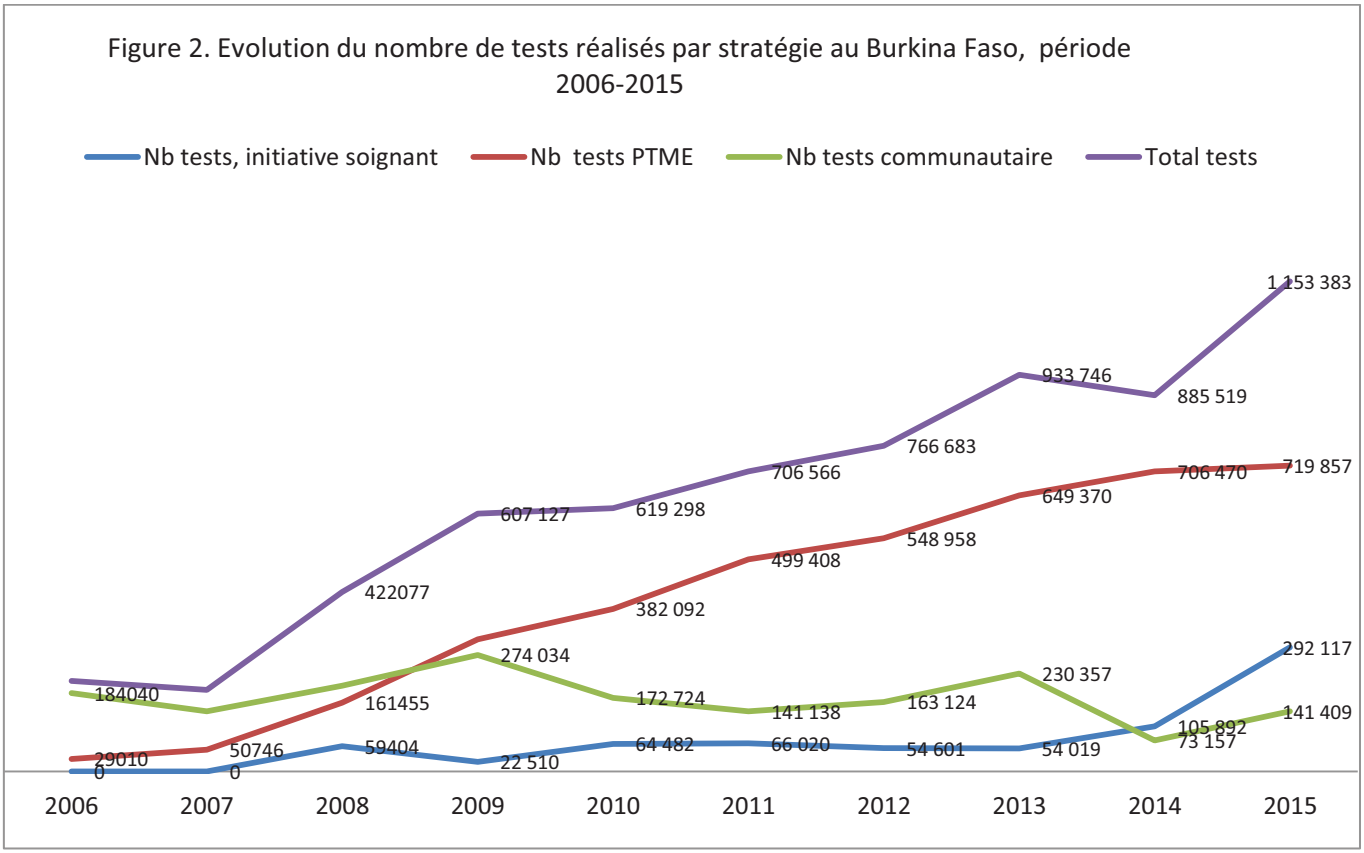
Figure 1. Carte de représentation géographique des CDV communautaires par région au Burkina Faso, janvier 2015



BOUCLE DU MOUHOUN	JAAFA, CVD	EST	CPLS
CASCADES	AVO SIDA, CENTRE RAKIETA	HAUTS BASSINS	CADI, ESPOIRE ET VIE, REVS+ BOBO, REVS+ HOUNDE
CENTRE	SOS SD, AAS, CMPJO, CICDOC RESSOURCE, AFAFSI, VIE POSITIVE, ALAVI TD, CICDOC EXCELLENCE, AJPO OUAGA, ATUJB, ALAVI OUAGA	NORD	AMMIE, SEMUS
CENTRE-EST	AATE	PLATEAU CENTRAL	APDPK, AVS, AAS
CENTRE-OUEST	ABBEF, APMR	SUD-OUEST	REVS+ DANO, REVS+ DIEBOUGOU, AVS
CENTRE-NORD	ASEV	SAHEL	3S
CENTRE-SUD	AWS, AJPO PO		

Couverture populationnelle

La situation de la couverture populationnelle a été établie à partir des rapports d'activités annuels des trois structures de coordination du CTV (DSF, PAMAC et PSSLS), et des rapports GARP (global aids response progress reporting) du Burkina Faso. De 2006 à 2015, un nombre total de 6 499 260 tests VIH ont été réalisés (4 057 949 PTME, 1 722 266 communautaires et 719 045 DIS). L'évolution des résultats annuels par stratégie est présentée dans la figure 2. C'est la PTME qui a réalisé le plus de tests VIH et on estimait en 2015 que 86% des femmes enceintes consultant dans les services de santé ont bénéficié du test VIH. Cette figure montre également qu'entre 2011 et 2013 l'offre du CTV a évolué à la baisse pour le TIS. En 2015 le TIS a connu une nette amélioration par rapport aux années précédentes. Cependant, ces résultats donnent une réalisation moyenne de 160 tests par formation sanitaire pour toute l'année. Quant à la stratégie communautaire, ses réalisations évoluent à la baisse depuis 2009.



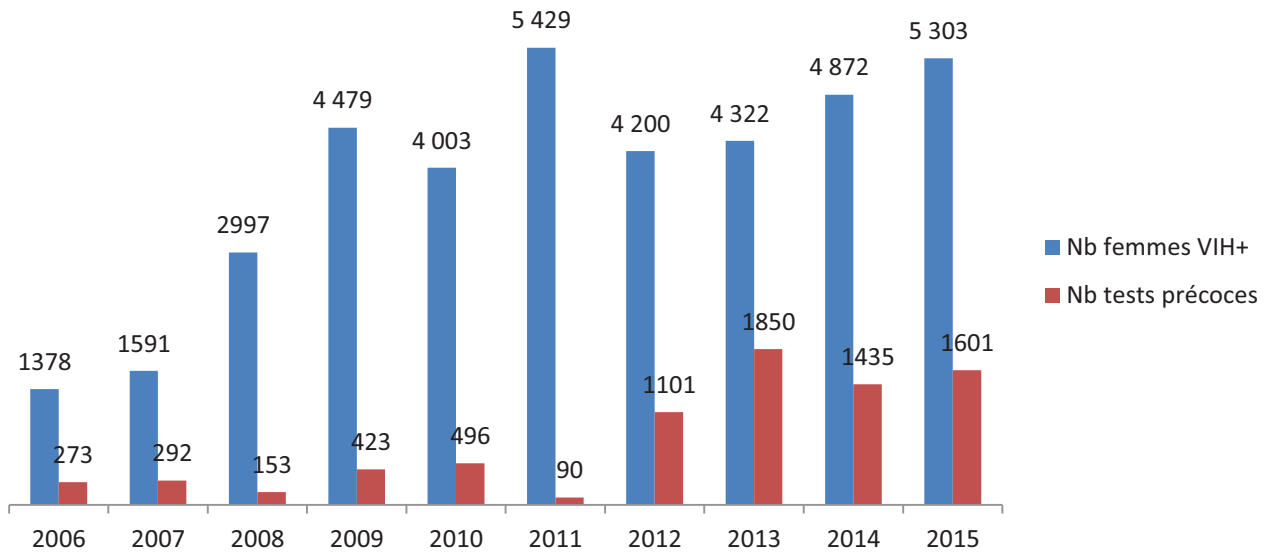
Couverture par sexe et par âge

Les données désagrégées par sexe et par âge des patients testés dans le cadre du TIS n'étaient pas disponibles. Les services en PTME touchent moins de 2% des partenaires des femmes enceintes, donc la quasi-totalité des personnes testées dans ce cadre est de sexe féminin. Il n'y avait pas de données désagrégées par âge pour les femmes enceintes testées.

Les données de la stratégie communautaire des cinq dernières années (2009-2015) ont été désagrégées par sexe et par âge. L'analyse a montré que les personnes âgées de 25 ans et plus ont représenté 50,2% des personnes testées contre 46,4% pour les 15-24 ans et 3,6% pour les moins de 15 ans. Les hommes ont représenté 49,6% chez les 25 ans et plus.

Sur la base des rapports d'activités portant sur la PTME, l'accès des enfants nés de mère séropositive est resté faible (figure 3). On estimait en 2015 que la moitié des enfants nés de mère séropositive bénéficiait du dépistage précoce (13).

Figure 3. Accès des enfants nés de mère séropositive à la PCR en comparaison au nombre de femmes enceintes testées séropositives par an, 2006-2015



L'accès des populations clés au CTV

L'accès des populations clés au CTV a été évalué à partir des questionnaires remplis par les ONG/associations. Cela se justifie par le fait que les entretiens avec les personnes ressources ont montré que la PTME cible principalement des femmes et ne collecte pas de données spécifiques permettant de savoir si elles relèvent d'une population clé donnée ou pas. Il en est de même du TIS où il n'y a pas de stratégie ciblant les populations clés spécifiquement. Le TIS ne collecte pas non plus d'information sur les caractéristiques et la qualité des utilisateurs des services de CTV.

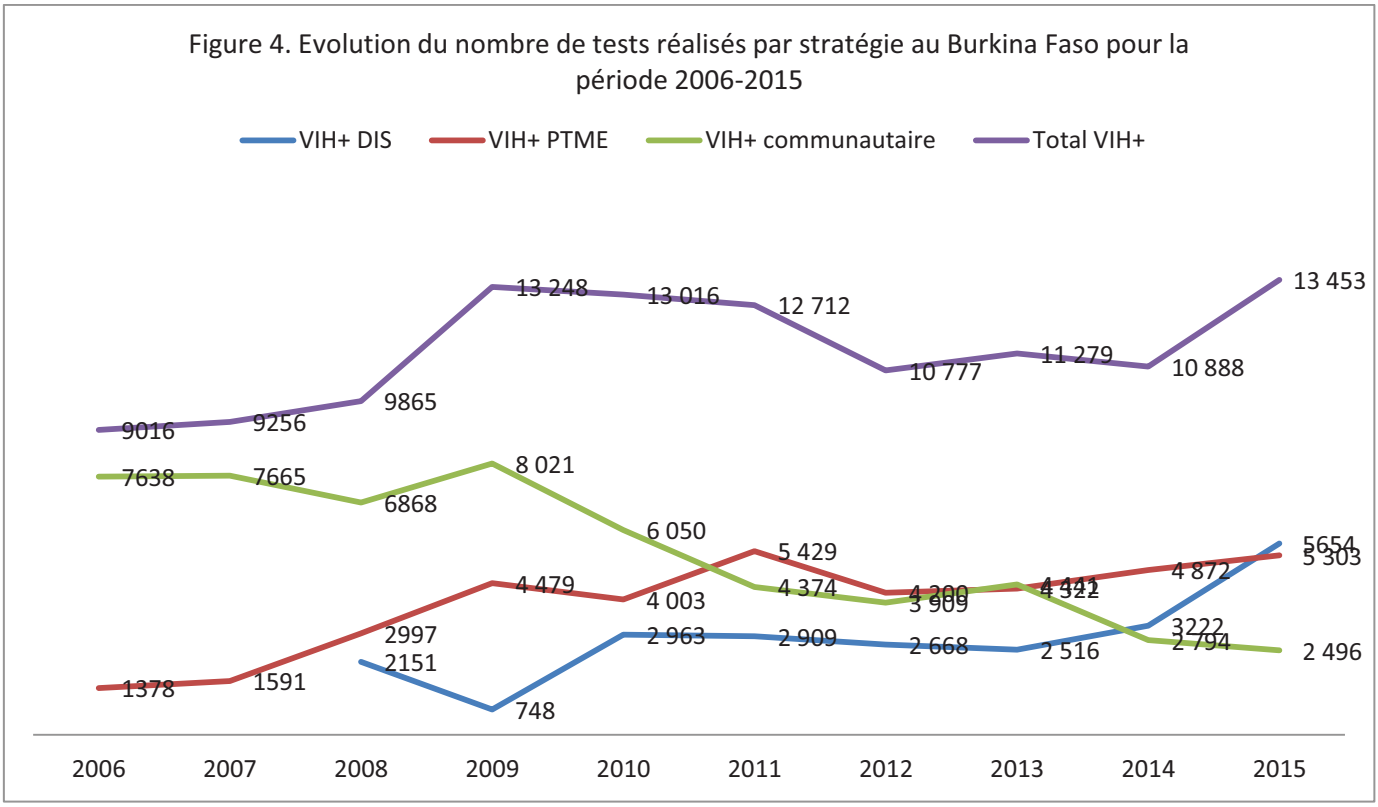
Les résultats de la stratégie communautaire montrent que de 2011 à 2013, il y avait huit structures relevant de cinq régions qui avaient développé le CTV au profit des travailleuses du sexe. Pendant cette période, 10 915 travailleuses du sexe ont été testées. Et quatre associations (trois de Ouagadougou et une de Bobo-Dioulasso) ont déclaré avoir développé des activités de dépistage du VIH au profit de 1097 HSH au cours de cette période.

Efficacité des stratégies dans la détection des PVVIH

La réalisation de 6 499 260 tests VIH a permis de détecter 113 510 résultats positifs. Le nombre moyen de tests à réaliser pour identifier un cas positif dans le cadre du TIS serait de 31, et de 32 et 105 respectivement pour la stratégie communautaire et la PTME.

L'évolution du nombre de PVVIH détectées par stratégie depuis 2006 est présentée dans la figure 4. De 2011 à 2015, le niveau de détection des PVVIH a baissé pour les trois secteurs. Si à partir de 2014, on constate une croissance pour la PTME et le TIS, cela n'est pas le cas pour le communautaire où le niveau de détection des PVVIH a continué à évoluer à la baisse. De

2009 à 2015, le niveau de détection des PVVIH à travers la stratégie communautaire a été réduit de 2/3.



Référence des personnes testées séropositives vers les structures de prise en charge

De l'ensemble des associations/ONG offrant le CTV au niveau national, onze font de la prise en charge médicale (13) en leur sein et sont reconnues comme telles par le ministère de la santé qui les intègre dans ses stratégies d'approvisionnement en ARVs, de suivi et de supervision. Les autres structures réfèrent les personnes séropositives dans des structures publiques, privées et/ou communautaires pour leur prise en charge.

Les données des structures associatives qui ont rempli l'outil auto administré, ont montré qu'entre 2011 et 2013, il y a 74,2% des PVVIH qui ont été référées pour leur prise en charge (tableau 1). Les conseillers semblent être plus attentifs à la référence des jeunes (moins de 25 ans) et des populations clés. Les hommes adultes, semblent être moins souvent référés (31,5% d'hommes non référés versus 27% de femmes). Les pratiques de référence semblent également varier suivant les approches communautaires de CTV. Les personnes testées lors des stratégies mobiles et des campagnes seraient plus souvent orientées vers les structures de prise en charge. Le plus faible niveau de référence concerne le dépistage en stratégie fixe (30% de séropositifs non référés).

Tableau 1: Références des personnes testées séropositives par les structures communautaires de 2011 à 2013 par profil et approche communautaire

Caractéristiques	Dépistage sites fixes		Dépistage mobile		Stratégie Avancée		Campagne		Total		
	Positifs	Référés	Positifs	Référés	Positifs	Référés	Positifs	Référés	Positifs	Référé	% Référés
Femmes	5615	3905	169	169	182	142	534	522	6500	4738	72,9%
Hommes	2498	1589	89	89	96	80	280	271	2963	2029	68,5%
0-14 ans	187	171	9	9	7	7	5	5	208	192	92,3%
15-24 ans	713	653	21	21	50	45	199	193	983	912	92,8%
HSH	0	0	0	0	0	0	7	5	7	5	71,4%
TS	12	12	0	0	41	41	88	83	141	136	96,5%
Total	9025	6330	288	288	376	315	1113	1079	10802	8012	
% référés	70,1%		100,0%		83,8%		96,9%		74,2%		

Perception des personnes ressources sur le CTV au Burkina Faso

Selon les personnes ressources, l'offre du CTV au Burkina connaît un fort engagement de l'Etat, des communautés et bénéficie de l'appui des partenaires techniques et financiers. Aussi il existe différentes stratégies d'offre du CTV, à travers les trois principales stratégies (CDV communautaires, TIS et PTME) dans toutes les régions. Néanmoins elles ont relevé des insuffisances et des difficultés dans l'offre du CTV.

Des documents référentiels en déphasage avec le contexte épidémiologique

La dernière révision des documents de base sur le conseil et le dépistage du VIH date de 2008 où l'épidémie du VIH au Burkina Faso était généralisée et les stratégies d'offre du CTV avaient été définies pour cibler l'ensemble de la population. Les populations clés notamment les HSH ne constituaient pas un groupe prioritaire pour l'offre des services de lutte contre le VIH et ne figuraient dans aucun document national. Les stratégies actuelles ne sont donc pas adaptées à ces populations, suivant ces personnes ressources.

Le manque de ressources matérielles pour l'offre du CTV

En 2011 et 2012, le pays aurait connu des périodes de ruptures importantes en intrants pour l'offre du dépistage. Deux faits majeurs expliqueraient cette situation. L'année 2011 aurait été une année de transition entre deux rounds de financement du Fonds mondial (le round 6 VIH et le round 10 VIH). Les procédures d'acquisitions des intrants auraient été longues en 2011, si bien que durant toute l'année il n'y aurait pas eu d'acquisition de réactifs au compte du Fonds Mondial. Ce ne serait qu'au cours du deuxième semestre de 2012 que les réactifs de dépistage du VIH ont été acquis. L'ensemble des représentants des structures de coordination des activités de dépistage interviewés l'ont mentionné et ont dénoncé le fait que la principale source d'approvisionnement en réactifs soit externe, et qu'il n'y ait pas eu de stock de sécurité devant permettre de passer du round 6 au round 10 VIH.

Cette situation se serait aggravée avec la disqualification du SD/Bioline par l'OMS en 2012. Les différentes structures de coordination se seraient retrouvées avec des stocks de SD/Bioline non utilisés et sans un autre test de confirmation pouvant être utilisé surtout au niveau communautaire et périphérique sans recourir aux laboratoires.

En ce qui concerne le dépistage précoce des enfants nés de mère séropositive, les infirmiers chefs de poste n'auraient pas tous la capacité de réaliser les prélèvements à six semaines pour la PCR. Egalement des lourdeurs dans l'approvisionnement en réactifs des laboratoires désignés pour le réaliser, et dans le circuit de transmission des échantillons retarderaient le rendu des résultats (délais de quatre mois cité par un répondant).

L'ensemble de ces difficultés aurait conduit l'Etat à mettre en place un comité de suivi de la gestion des ARV et des intrants de riposte à l'épidémie du VIH en 2012, avec pour mission de définir les besoins et produire annuellement un plan consolidé de gestion des approvisionnements et des stocks.

La déperdition des ressources humaines compétentes pour l'offre du CTV

En termes de ressources humaines, les prestataires communautaires de CTV ne bénéficieraient pas de paiement de manière régulière, si bien que certains d'entre eux ont quitté les structures autonomes de dépistage pour d'autres métiers. De nouvelles personnes qui n'ont bénéficié d'aucune formation seraient en poste dans ces sites autonomes. En ce qui concerne le personnel de santé chargé du TIS, les dernières sessions de formations sur le CTV à leur endroit auraient eu lieu en 2008. Et avec la mobilité des agents de ce corps, les personnes formées occuperaient d'autres postes actuellement. Cela aurait pour conséquence une offre minimale du CTV dans les formations sanitaires. Par manque de compétences, le

TIS n'intègrerait toujours pas la problématique des populations clés. Les participants ont aussi fait le constat que jusque-là, l'offre du CTV dans le cadre de la PTME toucherait très peu les partenaires des femmes enceintes.

Discussion

Des efforts importants pour détecter 90% des PVVIH d'ici 2020

En fin 2015, 77 648 PVVIH étaient inscrites dans les files actives (13), sur les 110 000 que compterait le Burkina Faso (70,6%). L'objectif étant de dépister 99 000 d'ici 2020 (90% PVVIH), il resterait 21 352 à identifier d'ici cette date. Si on tient compte du nombre de PVVIH faisant de nouveau un test VIH pour une raison ou pour une autre au Burkina Faso (38%), d'importants efforts resteraient à développer pour identifier les autres PVVIH qui ignorent leur statut. En effet il a fallu réaliser plus de six millions de tests pour disposer de ce nombre inscrit dans les files actives. Cela pourrait consister au renforcement du TIS et de la stratégie communautaire, et en un meilleur ciblage des populations pour l'offre du CTV à travers la stratégie communautaire.

Accès au test suivant le sexe et l'âge

Cette analyse confirme qu'au Burkina Faso les femmes ont plus accès au test que les hommes (10, 9). En effet la PTME qui ne concerne quasiment que les femmes a réalisé plus de trois millions huit cent mille tests entre 2006 et 2015. Et comme précédemment décrit, notre analyse a montré les femmes étaient les plus nombreuses à être testées à travers la stratégie communautaire (14). Le TIS ne dispose pas de données désagrégées par sexe. Cependant, en ne considérant que les personnes âgées de 25 ans et plus, l'accès des hommes au test à travers la stratégie communautaire semble être comparable à celui des femmes (49,6% versus 50,4%), d'où l'intérêt de renforcer cette stratégie.

La PTME et le TIS ne disposent pas d'informations détaillées sur l'âge des utilisateurs. Cependant les données communautaires ont montré un relatif bon accès des adolescents et des jeunes de 15 à 24 ans au test (46,4% des personnes testées à travers cette stratégie). On note la présence d'enfants de moins de 15 ans (3,6%). La présence de ces enfants dans les sites communautaires suscite des questions par rapport à leur âge réel (enfants ou jeunes adolescents), les motivations au test (enfants nés de mère séropositive) et la qualité des services qui leur sont dispensés (utilisation d'un test approprié à leur âge? Communication sur un éventuel statut VIH positif avec les parents ou les accompagnants?). Une étude sur le profil de ces enfants testés à travers la stratégie communautaire mérite d'être initiée.

La stratégie communautaire

Il y a beaucoup de formations sanitaires impliquées dans l'offre du CTV (PTME et TIS). Contrairement à la PTME, l'offre dans le cadre du DIS est très faible et peu d'utilisateurs y ont accès. Cependant la PTME touche essentiellement les femmes car peu de partenaires y sont testés (1,75%). S'appuyer uniquement sur l'offre du CTV dans les formations sanitaires en l'état actuel ne permettra pas au Burkina Faso d'atteindre les 90-90-90. L'OMS recommande que les services de santé s'appuient sur les prestataires communautaires pour accroître l'accès au CTV (4). Mettre en application cette recommandation permettrait de combler les insuffisances des services de santé. Cependant il y a peu de sites communautaires de dépistage au Burkina Faso (environ 1 centre communautaire pour 30 formations sanitaires) (13). En outre ces sites sont inéquitablement répartis sur le territoire national car ils sont tous situés en milieux urbain et péri-urbain. Leur implantation dans les différentes régions ne s'est pas faite suivant des critères préétablis et ne tient compte ni de la superficie, ni de la taille de

la population, ni de l'ampleur de l'épidémie. Le milieu rural est alors peu couvert en sites communautaires de dépistage.

Depuis 2011, le nombre de PVVIH identifiées à travers la stratégie communautaire évolue à la baisse. Cette situation pourrait s'expliquer par la faiblesse de l'offre du CTV mais aussi par l'inadaptation des stratégies définies depuis 2008 (8). Il pourrait également s'agir d'un mauvais ciblage des populations à risque pour l'offre du CTV. Dans le contexte du Burkina Faso, intégrer de nouvelles stratégies tel que le dépistage à partir d'une personne séropositive, et cibler les personnes les plus à risque d'infection à VIH pourrait améliorer le taux de détection des personnes séropositives et en particulier des enfants infectés (15).

La référence des personnes testées séropositives

Le deuxième 90 des 90-90-90 ne pourrait être atteint si les personnes testées séropositives n'accédaient pas à la prise en charge. Le secteur communautaire où les structures n'ont pas toutes de service de prise en charge a identifié plus de PVVIH. Cependant plus d'un quart des PVVIH identifiées n'a pas été référé pour une prise en charge quelconque. Et divers obstacles retarderaient ou ne permettraient pas à toutes les PVVIH qui ont été référées d'accéder aux services de prise en charge au Burkina Faso (16). La référence consiste la plupart du temps à la remise d'une fiche d'orientation à la personne dépistée séropositive pour qu'elle se présente au service de prise en charge identifié en accord avec elle. L'anonymat du dépistage ne peut permettre l'enregistrement nominatif des personnes testées séropositives pour un suivi ultérieur. Et il n'y a pas de mécanisme solide d'accompagnement et/ou de suivi de la personne dépistée séropositive jusqu'au lieu de la prise en charge. A cela il faudrait ajouter le fait qu'il n'y a pas de rétro-information des services de prise en charge vers les centres de dépistage et aucun cadre de concertation fonctionnel réunissant ces deux types de structures. Mettre en place un système de référence active, conforme aux dernières recommandations de l'OMS (4) contribuerait à améliorer cette situation.

La nécessité de la mise à disposition des ressources nécessaires au dépistage

Enfin, la situation ne peut s'améliorer sans une mise à disposition de ressources adéquates pour l'offre du CTV, aussi bien au niveau de la PTME, du TIS que du communautaire. Les difficultés d'approvisionnement en réactifs au cours de ces dernières années auraient joué négativement sur l'offre du CTV. Cette difficulté semblerait être commune aux trois stratégies (17) (18). En outre les compétences nécessaires pour l'offre des services de manière générale et aux populations clés en particuliers semblent manquer surtout pour le personnel de santé. Des formations de nouveaux acteurs rattachés aux services de santé ou l'ouverture de nouveaux centres est nécessaire. La mise en œuvre de la politique nationale de santé communautaire avec une formation d'agents de santé à base communautaire (ASBC) pourrait être une alternative[5].

Intérêts et limites de l'étude

Cette analyse fait la synthèse des activités de CTV au Burkina Faso. Elle a l'intérêt de faire la situation sur les trois principales stratégies reconnues au niveau national et sur une durée suffisamment longue pour permettre d'avoir une bonne vue de la situation. A notre connaissance elle est la première analyse qui compare les trois stratégies et qui traite de l'accès au test de manière aussi globale au Burkina Faso.

[5] http://www.aib.bf/m-5590-burkina-le-gouvernement-annonce-le-recrutement-de-16-000-agents-de-sante-communautaire.html

Cependant c'est une analyse basée essentiellement sur les rapports d'activités des différentes structures qui offrent le CTV. De ce fait elle s'aligne sur les informations disponibles et connaît des limites en termes de disponibilité de données suffisamment désagrégées pour leur meilleure interprétation.

Conclusion

Le territoire national est bien couvert en infrastructures sanitaires pour l'offre de services de test VIH. L'offre du CTV est d'un niveau élevé dans le cadre de la PTME et connait des difficultés au niveau du TIS et de la stratégie communautaire où le nombre de PVVIH dépistées évolue à la baisse ces dernières années. Le renforcement de ces deux dernières stratégies en ressources matérielles (intrants de dépistage) et humaines (formations sur des thématiques spécifiques) s'avère nécessaire. Les approches pour l'offre du test à travers la stratégie communautaire méritent d'être revues pour une meilleure détection des personnes infectées par le VIH. Ces efforts devront s'accompagner d'une référence effective des personnes testées séropositives vers les structures de prise en charge.

1 UNAIDS. The gap report: no one left behind. Geneva: 2014 (http://www.unaids.org/sites/default/files/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2014/
2 Cohen MS, McCauley M, Gamble TR. HIV treatment as prevention and HPTN 052: Curr Opin HIV AIDS. 2012 Mar;7(2):99–105.
3 UNAIDS. 90-90-90: an ambitious treatment target to help end the AIDS epidemic. Geneva, October 2014.
4 WHO. Consolidated guidelines on HIV testing services. 5Cs: consent, confidentiality, counselling, correct results and connection. Geneva, July 2015
5 Institut national de la statistique et de la démographie (INSD). Annuaire statistique 2014. Ouagadougou, décembre 2015.
6 Ky-Zerbo O & Somé JF. Le conseil dépistage VIH au Burkina Faso de 2000 à 2007 : rapport d'analyse de la situation. 2007
7 PAMAC, IRSS, AIDSETI & R2P. Etude comportementale et de séroprévalence du VIH et de la syphilis auprès des hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes (HSH), les travailleuses du sexe au Burkina Faso. Ouagadougou, mars 2015.
8 SP/CNLS-IST. Normes et Directives nationales de conseil dépistage volontaire. Ouagadougou, 2008.
9 Institut national de la statistique et de la démographie, ICF International. Burkina Faso: Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples (EDSBF-MICS IV) [Internet]. 2012 [cited 2015 Jul 6]. Available from: http://dial.academielouvain.be/downloader/downloader.php?pid=boreal:157456&datastream=PDF_01
10 Staveteig S, Wang S, Head SK, Bradley SE, others. Demographic patterns of HIV testing uptake in sub-Saharan Africa. Calverton (MD): ICF International, 2013 [cited 2015 Jul 7]. Available from: http://www.measuredhs.com/pubs/pdf/CR30/CR30.pdf
11 SP/CNLS-IST & PAMAC. Rapport annuel d'activités 2013. Ouagadougou, 2014.
12 Ky-Zerbo O, Some JF, Simaga F, Kéré S, Conombo G, Obermeyer C. Le conseil et le test du VIH (CTV) au Burkina Faso : évolution de la politique, des stratégies et des résultats, 1994-2006. IN *Sida, santé publique et sciences sociales. 20 ans d'épidémie et de recherche au Burkina Faso.* Eds Seni Kouanda, Alice Desclaux, Blandine Bila. Ouagadougou, centre national scientifique et technologique, 2008
13 SP/CNLS-IST. Document Synthèse session 2015. Ouagadougou, avril 2016.
14 Somé JF, Desclaux A, Ky-Zerbo O, Lougué M, Kéré S, Obermeyer CM, Simaga F. Les campagnes de dépistage du VIH, une stratégie efficace pour l'accès universel à la prévention et au traitement ? L'expérience du Burkina Faso. Med Sante Trop 2014 ; 24 : 73-79. doi : 10.1684/mst.2014.0298
15 Msellati, P, Francis Ateba, Hejoaka F, Boubacar Nacro. Les obstacles au dépistage des enfants et adolescents infectés par le VIH en Afrique : chercher ces enfants-là où ils se trouvent ! ! Med Sante Trop. 2016 Jan-Mar;26(1):10-4. doi: 10.1684/mst.2015.0519.
16 Yamego W, Kouanda S, Berthé A, Yaya-Bocoum F, Gausset Q, Mogensen HO, et al. La déperdition entre les postes de dépistage et de prise en charge des personnes vivant avec le VIH-sida au Burkina Faso: une approche qualitative. Médecine Santé Trop. 2014;24(1):58–62.
17 Some EN, Meda N. Does the national program of prevention of mother to child transmission of HIV (PMTCT) reach its target in Ouagadougou, Burkina Faso? Afr Health Sci. 2015;14(4):889–98.
18 Bott Sarah, Melissa N, Helleringer S, Alice D, Asmar Khalil, Obermeyer CM, et al. Rewards and challenges of providing HIV testing and counselling services: health

worker perspectives from Burkina Faso, Kenya and Uganda. Health Policy and Planning. 30th ed. 2015 Oct;964–75.

7.1.6. Discussion-partie 1

7.1.6.1. Le cadre organisationnel

Une volonté politique pour l'offre du CTV existe à travers la définition d'une politique nationale, et de stratégies pour sa mise en œuvre CTV [106] et la désignation de structures nationales, responsables de la coordination des différentes activités [125]. Celles-ci assurent la mise à disposition des intrants et des ressources disponibles pour le CTV, le suivi et l'évaluation des activités dans leur secteur respectif. Le SP/CNLS-IST assure la coordination générale. Cela pourrait faciliter la planification, le suivi et l'évaluation de la mise en œuvre du CTV au niveau national.

Cependant les ressources financières nécessaires à l'offre du CTV proviennent surtout de partenaires autres que l'Etat, ce qui ne permet pas d'assurer une continuité des services. Cette situation a beaucoup de conséquences dont l'offre du CTV par des personnes qui n'ont pas bénéficié de formation pour le faire, aussi bien au niveau communautaire que dans les services de santé.

Les documents référentiels pour la mise en œuvre du CTV n'ont pas été révisés depuis 2008 et cumulent de ce fait des retards par rapport au contexte épidémiologique et les orientations internationales. En effet, depuis cette date, 12 documents donnant des directives pour la mise en œuvre du CTV ont été édités par l'OMS et aucune n'est prise en considération dans ces documents référentiels. Et depuis le CSLS-IST 2006-2011 [126] édité en 2010, les HSH constituent une population prioritaire pour l'offre des services de CTV au Burkina Faso. Les différents rapports d'activités [16, 127] de la lutte contre le VIH font état du nombre de HSH ayant eu accès au CTV pendant que les documents référentiels pour le CTV ne les évoquent pas. Il y a des ONG et des associations qui leur offrent le CTV, mais sans un cadre d'orientation formel. Pour l'ensemble des populations clés (HSH, TS, UDI, population carcérale), il manque d'orientations en termes d'approches, d'outils de base pour le CTV et leur référence pour la prise en charge. Il y a alors un décalage entre les pratiques et les textes nationaux, qui ne permet pas une offre optimale de services adaptés aux besoins de ces populations clés.

En dehors des associations spécifiques qui ont intégré la problématique des populations clés avec un certain professionnalisme, les autres continuent à offrir un conseil généraliste qui ne tient pas compte de l'orientation et des pratiques sexuelles des utilisateurs/utilisatrices [15]. Les services de mise en œuvre et de coordination du TIS, par manque de connaissances et de compétences sur les approches adaptées pour l'offre du CTV aux populations clés, ne disposent d'aucune information spécifique les concernant.

La révision des documents référentiels est alors un préalable pour l'atteinte des objectifs du CTV. Les autorités nationales, notamment le SP/CNLS-IST pourrait s'approprier de la question, et prendre les actions nécessaires afin qu'un document référentiel actualisé soit mis à la disposition des acteurs au niveau national.

7.1.6.2. La couverture en test à l'initiative du soignant

La quasi-totalité des formations sanitaires au Burkina Faso offre le CTV (dans le cadre de la PTME ou aux autres patients). En effet, le bilan 2015 du SP/CNLS-IST montre qu'au cours de la dite année, il y avait 1820 formations sanitaires publiques qui avaient offert le CTV (plus de 98%) dans le cadre de la PTME et du TIS [16]. Cependant la relative bonne couverture géographique en CTV ne traduit pas une offre optimale des services de CTV [127]. En rapportant le nombre de tests VIH réalisés en 2015 par stratégie (PTME, TIS) au

nombre de formations sanitaires, le nombre moyen de tests annuel par formation sanitaire est de 395 pour la PTME (soit 33 tests par mois par formation sanitaire) et de 160 pour le TIS (un test tous les deux jours environ par formation sanitaire). D'autre part, il y a une sélection des cibles de ces deux stratégies, car elles sont respectivement les femmes enceintes et les patients qui utilisent les services de santé. De même le niveau d'utilisation des services de santé par les populations est faible. Afin de rendre le TIS plus efficace, il serait nécessaire de mettre en place une organisation qui encourage les personnes ne répondant à aucun de ces critères à utiliser les services de CTV dans les formations sanitaires. Il pourrait s'agir d'une bonne communication sur le VIH et le CTV, les différentes études ayant montré que les personnes informées sur le VIH faisaient plus souvent le test [45, 50] Comme les agents de santé font face à une surcharge de travail, les prestataires communautaires pourraient aider à faire face à ce défi en apportant un appui aux agents de santé pour l'accueil et l'offre du CTV à ces utilisateurs.

7.1.6.3. Le test à l'initiative du client

Le TIC est essentiellement mis en œuvre par les prestataires communautaires. Ceux-ci ont été les pionniers dans l'offre du CTV au Burkina Faso et ils sont restés les seuls acteurs dans ce domaine durant une dizaine d'années (1993-2002). Ils ont eu jusque-là une importante contribution dans l'offre des services [128]. A travers les stratégies de proximité (stratégies avancée/mobile, campagnes), ils sont les seuls acteurs qui ont ciblé les populations clés et celles qui utilisent peu les services de santé publics (jeunes, hommes…) [118, 128], et aident à lever la barrière géographique à l'accès au CTV. Ce dynamisme et ce savoir-faire leur ont conféré une certaine notoriété et reconnaissance au niveau national et international. L'existence de cette stratégie communautaire qui reste la plus dynamique après la PTME est un avantage pour aller vers la délégation complète des tâches (test de laboratoire par les conseillers), comme recommandé par les dernières directives de l'OMS [36].

Cependant depuis les cinq dernières années, les performances de la stratégie communautaire, qui a détecté le plus de PVVIH au cours de ces dix dernières années évoluent continuellement à la baisse. Or les approches de proximité (offre du CTV en stratégie mobile) sont pertinentes pour une identification précoce des PVVIH [74]. Au Burkina Faso, les campagnes de dépistage touchent les populations qui ont difficilement accès au test tel que les jeunes et les hommes [118] et les populations clés. Les difficultés actuelles de cette stratégie seraient liées au manque de ressources financières [127]. Ceci pourrait être un obstacle à l'atteinte des 90-90-90. Le renforcement de la stratégie communautaire permettrait d'identifier un plus grand nombre de PVVIH qui ignorent leur statut, de manière précoce. Cela devrait s'accompagner de leur référence effective aux services de prise en charge, ce qui n'est pas le cas actuellement, où au moins un quart des PVVIH n'a pas eu accès à ces services.

Le faible niveau de référence des PVVIH au Burkina Faso a été documenté ailleurs [119, 121]. L'objectif étant de permettre à 90% des PVVIH testées d'avoir accès à la prise en charge, cela mérite d'être résolu, en mettant en œuvre la référence active à tous les niveaux, et en décentralisant davantage la prescription des ARV. La mise en œuvre d'une référence active des PVVIH pourrait contribuer à réduire la déperdition entre les sites de dépistage et les structures de prise en charge.

7.2. Partie 2. Les acquis et les limites du CTV au Burkina Faso

Les résultats présentés dans cette partie sont issues de l'étude MATCH. Avant la présentation des résultats relatifs aux acquis et aux limites du CTV, nous donnons un aperçu des résultats de l'étude MATCH. Cela permet non seulement d'avoir une vue globale sur les matériaux collectés dans le cadre de cette étude, mais de mieux comprendre les articles qui s'y rapportent.

7.2.1. Les données quantitatives de l'étude MATCH

Au total 1110 personnes ont pris part à l'étude. La situation du recrutement des participants par catégorie et par localité est présentée dans le tableau 2.

Tableau 2 Nombre de personnes recrutées par catégorie et par localité, MATCH 2008-2009, Burkina Faso

Cibles	Ouagadougou	Dédougou	Total
Utilisateurs du test à l'initiative du client	223	114	337
Utilisateurs du test à l'initiative du soignant (femmes enceintes)	79	30	109
Utilisateurs du test à l'initiative du soignant (patients TB et PVVIH)	152	49	201
Utilisateurs du test pendant la campagne	79	35	114
Non utilisateurs	224	88	312
Prestataires CTV	77	34	111
Total	834	350	1184

Au total, 1073 utilisateurs et non utilisateurs des services de CTV ont pris part à cette étude. Il s'agit de:

- 761 personnes qui ont déjà fait leur test au moins une fois (647 utilisateurs hors campagne, 114 utilisateurs de la campagne)
- 312 personnes qui n'ont jamais fait de test VIH.

Leurs caractéristiques sociodémographiques sont présentées dans l'annexe 8. Ils étaient en majorité de sexe féminin (59%) et plus de 44% d'entre eux avaient entre 20 et 29 ans. Environ un tiers des participants (28,9%) n'avait pas été scolarisé et plus de 43,5% avaient au moins le niveau des classes du secondaire.

- Les utilisateurs de l'enquête principale, c'est-à-dire ceux qui ont été recrutés en dehors de la campagne avaient un âge médian de 30 ans [18-68 ans]. Ils étaient en majorité des femmes (67,4%). Il y avait près du tiers qui n'avait pas été scolarisé (30%) et plus de la moitié vivait en couple (53%). Environ 74% ont été recrutés à Ouagadougou et 26% à Dédougou.

- Les utilisateurs des campagnes avaient un âge médian de 28 [18-58] ans et il y avait plus de personnes de sexe masculin (57,8%). Plus de 67% d'entre eux avaient au moins le niveau secondaire des lycées et collèges.
- Enfin les personnes qui n'avaient jamais fait de test VIH avaient un âge médian de 27 [18-60] ans et étaient en majorité de sexe masculin (51,3%). Plus du tiers n'avait pas été scolarisé (33,7%) et la majorité vivait en couple (55,45%).

Cent onze prestataires d'un âge moyen de 36 (24-67) ans ont été interviewés. Leurs caractéristiques sociodémographiques sont également présentées dans l'annexe 7.

Il s'agissait en général de personnes de sexe féminin (66,6%), de niveau secondaire (87,4%). Ils n'avaient pas tous reçu une formation sur le VIH (5 personnes non formées) et la majorité avait plus de cinq ans d'expérience en VIH. Il y avait plus de prestataires de sexe féminin dans les formations sanitaires que dans les sites autonomes. Plus de prestataires communautaires avaient un nombre d'années d'expérience d'au moins cinq ans en matière de VIH en comparaison des prestataires des formations sanitaires.

7.2.2. Les données qualitatives de l'étude MATCH

Le tableau 3 fait la situation des données qualitatives qui ont été collectées. Au total 64 entretiens individuels approfondis et 13 FG réunissant 91 personnes ont été réalisés.

Tableau 3 Situation des données qualitatives, MATCH 2008-2009, Burkina Faso

Populations	**Nombre d'entretiens réalisés**	
	EIA	**FG**
Responsables sites CTV	9	Non applicable
PVVIH	25	7 (42 participants)
Prestataires	12	Non applicable
Informateurs clés PVVIH	6	Non applicable
Prestataires campagne	11	Non applicable
Personne ressource campagne	1	Non applicable
Utilisateurs Campagnes	Non applicable	2 (17 participants)
Utilisateurs hors campagne	Non applicable	2 (16 participants)
Personnes qui n'ont jamais fait leur test	Non applicable	2 (17 participants)
Total	64	13 (91 participants)

7.2.3. Les résultats globaux de l'étude MATCH

Au total 11 articles concernant le CTV au Burkina Faso ou comparant la situation du Burkina Faso à celle des pays à prévalence élevée ont été publiés. Les articles faisant l'ossature de cette thèse sont en plus de ces articles.

- **Article 1**. Obermeyer CM, Neuman M, Hardon A, Desclaux A, Wanyenze R, Ky-Zerbo O et al. Socioeconomic determinants of HIV testing and counselling: A

comparative study in four African countries. Trop Med Int Health. 2013 September; 18(9): doi:10.1111/tmi.12155.

- **Article 2**. Obermeyer CM, Neuman M, Desclaux A, Wanyenze R, Ky-Zerbo O, Cherutich P. Associations between mode of HIV testing and consent, confidentiality, and referral: A comparative analysis in four African countries. PLoS Med 9(10): e1001329. doi:10.1371/journal.pmed.1001329.
- **Article 3**. Hardon A, Vernooij E, Bongololo-Mbera G, Cherutich P, Desclaux A, Kyaddondo D et al. Women's views on consent, counseling and confidentiality in PMTCT: a mixed-methods study in four African countries. http://www.biomedcentral.com/1471-2458/12/26.
- **Article 4**. Desclaux A, Ky-Zerbo O, Somé JF, and Obermeyer CM. Les campagnes communautaires de promotion du dépistage VIH en Afrique de l'Ouest : perceptions des usagers au Burkina Faso. Glob Health Promot. 2014 December; 21(4): 57–65. doi:10.1177/1757975914527325.
- **Article 5**. Desclaux A, Ky-Zerbo O, Somé JF, and Obermeyer CM. Ethical considerations of providers and clients on HIV testing campaigns in Burkina Faso. http://www.biomedcentral.com/1472-698X/14/27.
- **Article 6**. Hardon A, Gomez GB, Vernooij E, Desclaux A, Wanyenze RK, Ky-Zerbo O et al. Do support groups members disclose less to their partners? The dynamics of HIV disclosure in four African countries. BMC Public Health. 2013 Jun 17;13:589. doi: 10.1186/1471-2458-13-589.
- **Article 7**. Neuman M, Obermeyer CM for the MATCH study group. Experiences of stigma, discrimination, care and support among people living with HIV: A four country study. AIDS Behav. 2013 Jun;17(5):1796-808. doi: 10.1007/s10461-013-0432-1.
- **Article 8**. Obermeyer CM, Verhulst C and Asmar K for the MATCH study group. Could you have said no? A mixed-methods investigation of consent to HIV tests in four African countries. Journal of the International AIDS Society 2014, 17:18898. http://dx.doi.org/10.7448/IAS.17.1.18898.
- **Article 9**. Obermeyer CM, Bott S, Bayer R, Desclaux A, Baggaley R and the MATCH Study Group. HIV testing and care in Burkina Faso, Kenya, Malawi and Uganda: ethics on the ground. International Health and Human Rights 2013, 13:6. http://www.biomedcentral.com/1472-698X/13/6.
- **Article 10**. Bott S, Neuman M, Helleringer S, Desclaux A, Asmar KE, Obermeyer CM; MATCH Study Group. Rewards and challenges of providing HIV testing and counselling services: health worker perspectives from Burkina Faso, Kenya and Uganda. Health Policy Plan. 2015 Oct;30(8):964-75. doi: 10.1093/heapol/czu100. Epub 2014 Sep 17.
- **Article 11**. Desclaux A, Ky-Zerbo O, Somé JF, Obermeyer CM. Nouveaux enjeux pour le dépistage VIH à l'heure du «Test and treat» dans les pays de basse prévalence : éclairages du Burkina Faso. MST 2014;24:343-348.

L'article 1 a consisté en une analyse des déterminants à l'utilisation du CTV, portant sur les quatre pays où l'étude MATCH a été réalisée. Elle a comparé les personnes qui avaient déjà fait le test au moins une fois à celles qui ne l'avaient jamais fait, et les utilisateurs par stratégie de dépistage (PTME, TIS, et TIC). Les résultats ont montré que le profil des non utilisateurs était comparable à celui des utilisateurs du TIS concluant ainsi sur l'accessibilité du TIS à l'ensemble de la population. Il en est de même des femmes testées dans le cadre de la PTME qui aveint un profil comparable à celui des femmes qui n'avaient jamais fait de test. Le niveau d'éducation élevé était associé à la pratique du test dans les sites autonomes (TIC) aussi bien chez les femmes (OR: 3,45, 95% IC: 1,82–6,52) que chez les hommes (OR= 3,01, 95% IC:

1,55–5,83). Enfin, contrairement aux données de la littérature, les résultats n'avaient pas mis en évidence une association entre le niveau d'éducation et le fait d'avoir déjà fait le test VIH (OR=1,29 pour les hommes (95% IC: 0,97- 1,73), et 1,16 (95% IC: 0,99-1,37) pour les femmes).

Le niveau de respect des principes éthiques (conseil, confidentialité, consentement et référence) du CTV dans les pays de l'étude MATCH a été analysé suivant les stratégies de dépistage (article 2). Les résultats ont montré que de manière générale les personnes testées à l'initiative du soignant (patients autres que femmes enceintes) avaient une moindre possibilité de rencontrer un prestataire qui discute avec eux avant le test (83% versus 95% dans les sites autonomes; p=0,001). Cependant, il y a un meilleur respect des principes quand le test était offert à l'initiative du soignant que dans le cadre du test à l'initiative du client. En effet il y avait une meilleure application des procédures complètes de recueil de consentement (89% versus 83% pour les sites autonomes; p=0,001), de counseling pré test (78% versus 73% pour les utilisateurs des sites autonomes; p=0,015) et de counseling post test (59% versus 36% pour les sites autonomes; p=0,001). Mais cela n'était pas le cas pour le Burkina Faso où l'ensemble des principes était mieux appliqué dans les sites autonomes par rapport aux structures de soins.

Le respect des principes éthiques dans le cadre de l'offre du CTV aux femmes enceintes testées à l'initiative du soignant a également été analysé (article 3). Au Burkina Faso, il y avait 55% qui avaient déclaré que la signification du résultat du test leur avait été expliqué, 67% et 55 % avaient respectivement déclaré que du temps leur avait été accordé pour poser des questions après le conseil pré et post test. Il avait été conseillé à 27% d'entre elles de discuter de leur statut avec quelqu'un de leur entourage. La comparaison des pays montrait que le Burkina Faso avait les scores de respect des principes éthiques les plus faibles. Enfin les participantes du Burkina Faso étaient les moins satisfaites des sessions de CTV (77% versus 95% au Kenya, 94% en Ouganda et 83% au Malawi).

Les campagnes de dépistage du VIH sont une spécificité pour le Burkina Faso. L'article 4 a consisté en une analyse des perceptions des utilisateurs et des non utilisateurs des campagnes de dépistage. Cette analyse a été basée sur des entretiens individuels approfondis et des focus group, organisés avec des personnes qui avaient fait leur test à travers cette approche lors de la campagne de dépistage de 2008 et des personnes qui ne l'avaient jamais utilisé. En termes de résultats, des critiques mineures portant sur l'affluence qui limiterait la réalisation rapide du test sur les lieux ou qui pourraient jouer négativement sur la qualité du test, ainsi que la crainte de ne pas bénéficier d'accompagnement suffisant en cas de résultat positif avaient été formulées. Cependant, les appréciations étaient très favorables aux campagnes et les points positifs notés étaient la grande communication autour du test VIH qui est faite pendant les campagnes, l'accessibilité des sites pendant cette période où les services sont offerts en stratégie avancée, la gratuité du test, la qualité des services et l'effet d'entrainement. Les mêmes données (article 5) analysent les défis auxquels les prestataires sont confrontés pendant les campagnes pour respecter les 5 principes du CTV.

Le niveau de partage du résultat VIH positif avec le partenaire variait entre les différents pays (32.7%–92.7%), le niveau le plus bas ayant été observé pour le Malawi (article 6). Les femmes PVVIH recevaient plus souvent des réactions négatives de la part de leurs partenaires. Le partage du résultat avec le partenaire était associé à un niveau d'éducation élevé, la résidence en milieu urbain et au sexe masculin. Les PVVIH qui étaient membres d'une association partageaient moins souvent le résultat avec le partenaire. La crainte de la stigmatisation était la principale raison pour laquelle les PVVIH ne partageaient pas le résultat avec le partenaire.

L'article 7 fait une analyse comparative de la stigmatisation dans les quatre pays où l'étude MATCH a été réalisée. La comparaison entre les pays par catégorie de stigmatisation a montré que les taux de stigmatisation dans les relations interpersonnelles étaient plus élevés au Malawi et au Burkina Faso (respectivement 43,0% et 40,0%). Et c'est au Burkina Faso que le taux de l'auto stigmatisation était le plus élevé (45,0%), ce qui représentait environ cinq fois celui du Malawi qui avait le plus faible taux d'auto stigmatisation (9,6%). Cependant le Burkina Faso était le pays où le taux de stigmatisation dans les services de santé était le plus faible (7% versus 12,5% pour le Malawi où le niveau est le plus élevé).

Certaines analyses sont parfois globales et ne tiennent pas compte des spécificités des pays, d'où les articles suivants qui sont spécifiques au Burkina Faso. L'une des spécificités du Burkina Faso par rapport aux trois autres pays est que la stratégie du CTV la plus utilisée est le TIC qui comprend trois approches: l'offre dans les sites fixes, la stratégie mobile/avancée et les campagnes. Les campagnes de dépistage restent une approche centrale et méritaient une analyse spécifique d'où les articles 4 et 5.

Cependant les motivations et le profil des utilisateurs par approche communautaire n'étaient pas connus. Aussi à notre connaissance, il n'y avait pas d'informations sur les pratiques de tests répétés en ce qui concerne l'Afrique de l'Ouest. La stigmatisation non plus n'avait pas fait l'objet d'analyse quantitative. Les articles ci-dessous, directement inclus dans cette thèse abordent ces différents aspects, ainsi que des analyses sur les pratiques des prestataires du CTV.

7.2.4. Les pratiques des services de CTV au Burkina Faso par les utilisateurs

7.2.4.1. Article 2. Profil et motivations des usagers au dépistage VIH communautaire au Burkina Faso: quelle contribution à l'objectif 90-90-90?

Abstact

Introduction. One of UNAIDS goal is to increase the number of people infected by HIV who know their status from 54% to 90%. In Burkina Faso, 40% of them are informed. And HIV testing services are essentially offered by community based organizations on fixed sites or during campaigns. A better knowledge of the users of these two main approaches may contribute to improve HIV testing services.

Method. During MATCH study (Multi-country African Study on Testing and Counselling for HIV) 419 users (25% tested by campaign approach) of Community based organizations testing services were interviewed. A quantitative questionnaire with open-ended questions is used. All participants were tested and knew their HIV status.

Results. Motivation of HIV testing for men (p=0,02), young than 35 years (p=0,01) and those with at least secondary school level (p=0,001) is sexual risk. Women (p=0,008), 35 years and up (p<0,001), those with no formal education (p<0,001) HIV testing motivation is related to HIV/AIDS signs and symptoms. Users of campaigns gave more reasons linked to prevention (p<0,001). The reasons for testing in fixed are related to user or partner illness or death. In multivariate analysis, men, those with at least secondary school level are more likely to use campaigns.

Conclusion. People with high socioeconomic status are tested essentially during campaigns, which are no longer encouraged by WHO in countries with low HIV prevalence like Burkina Faso. In this context, it is useful to sensitize people for early utilization of fixed sites and to implement new other approaches for HIV testing.

Key words. Client initiative testing, Users profile, Reasons, MATCH, Burkina Faso

Résumé

Introduction. Pendant que 54% des personnes infectées par le VIH dans le monde sont informées de leur statut VIH, l'ONUSIDA s'est fixé pour objectif d'élever ce taux à 90% d'ici 2020. Au Burkina Faso, l'offre des services de test VIH est essentiellement communautaire à travers deux approches : les sites fixes et les campagnes. Notre analyse a pour buts de connaître les motivations et caractéristiques de ceux qui sont testés à leur propre initiative et leurs variations suivant ces deux approches communautaires.

Méthode. Les données ont été collectées dans le cadre de l'étude MATCH (Multi-country African Study on Testing and Counselling for HIV). L'enquête de type transversal a concerné les personnes âgées d'au moins 18 ans qui ont déjà fait le test et en connaissent le résultat. Des utilisateurs des structures communautaires ont été interviewés.

Résultats. Au total 419 personnes testées dans les structures communautaires ont pris part à l'étude dont 25% testées pendant la campagne. Un antécédent de risque sexuel motive le test pour les hommes (p=0,02), les moins de 35 ans (p=0,01), ceux ayant au moins le niveau secondaire (p=0,001). Les signes ou symptômes liés au VIH motivent le test chez les femmes (p=0,008), les 35 ans et plus (p<0,001) et les non scolarisés (p<0,001). Le désir de connaître son statut VIH pour diverses raisons motive le test pendant la campagne (p<0,001). En dehors des campagnes, les motifs principaux sont l'état de santé de l'utilisateur, la maladie ou le décès du partenaire (p=0,001). En analyse multivariée les hommes, les plus scolarisés, et les personnes qui ont un niveau de vie élevé utilisent plus les campagnes.

Conclusion. Les personnes ayant un statut socioéconomique élevé utilisent plus les campagnes. Dans un pays de prévalence faible comme le Burkina Faso, en l'absence de campagnes comme recommandé par l'OMS et dans les perspectives de l'objectif 90-90-90, il apparaît pertinent de trouver des stratégies supplémentaires, et d'avoir une bonne communication pour une utilisation précoce des sites fixes. Enfin, il apparait nécessaire de renforcer le dépistage en milieu de travail, développer le dépistage à partir des personnes infectées, et promouvoir les autotests.

Mots clés. Test initiative client, Profile usagers, Motivations, MATCH, Burkina Faso

INTRODUCTION

Les ambitions mondiales sont d'identifier 90% des personnes vivant avec le VIH (PVVIH) d'ici 2020 et favoriser leur accès à une prise en charge efficace [1]. Or Près de la moitié des personnes infectées par le VIH dans le monde (46%) ne le savent pas [2,3] bien que les tests de diagnostic du VIH aient été mis sur le marché depuis 1985 [4] et que l'efficacité des antirétroviraux ait été démontrée [5-6]. De manière générale, en Afrique Subsaharienne les femmes, les 20-34 ans, les personnes résidant en milieu urbain, scolarisées, ou qui ont un niveau de vie élevé ont un meilleur accès au CTV [7-11]. L'accès au conseil et au test du VIH (CTV) varie suivant les pays, certains comme le Rwanda ayant atteint l'accès universel, alors que d'autres ont identifié à peine le tiers des PVVIH [10]. D'autre part les populations qui sont au cœur de l'épidémie (populations clés) et les adolescents ont un faible accès à ces services [12]. Au faible accès au CTV, s'ajoute le fait que les personnes sont testées tardivement, et arrivent souvent dans les services de prise en charge avec de faibles taux de $CD4/mm^3$ [3,7-8], ce qui réduit l'efficacité des traitements et augmente la mortalité. Afin de maximiser l'effet préventif et curatif, l'ONUSIDA et l'OMS préconisent le démarrage du traitement de manière précoce, c'est-à-dire à une phase asymptomatique [9,13]. Des interventions adaptées au contexte épidémiologique et social sont nécessaires pour permettre un dépistage précoce.

Suivant les contextes épidémiologiques, l'OMS indique depuis juillet 2015 de combiner un ensemble de stratégies aussi bien dans les services de santé qu'au niveau communautaire [14]. Dès 2003, sur la base des avantages du test VIH, l'OMS avait lancé un appel aux pays pour améliorer la couverture en dépistage des populations afin de faire du CTV un droit pour tous [15]. En 2007, dans le but d'améliorer l'accès aux traitements pour le VIH, l'OMS incite à impliquer activement les soignants dans la proposition du test aux patients dans le cadre des soins [16]. De même la stratégie « opt-out », qui consiste à informer les femmes enceintes que le test fait partie de la consultation prénatale, à moins que celles-ci disent ne pas vouloir le faire, est appliquée depuis 2004. Ces propositions actives de test dans les services de santé sont désignées « test à l'initiative du soignant » (TIS), et celui offert au niveau communautaire à la demande des utilisateurs est qualifié de « test à l'initiative du client » (TIC). Les cinq principes éthiques (conseil, confidentialité, consentement, résultat de test correct et connexion des PVVIH avec les services de prise en charge) édictés par l'OMS [17] pour l'offre du CTV s'appliquent au TIS et au TIC. Le TIS est la stratégie mise en œuvre par la majorité des pays (78% en fin 2013) [12]. Il est bien accepté par les patients [18,19] et permet de réduire les barrières socioéconomiques à l'utilisation du CTV [11], détecte plus de personnes infectées que le TIC et contribue ainsi à accroître le nombre de personnes connaissant leur statut VIH [20-21]. Avant l'introduction du TIS, au début de l'épidémie quand il n'y avait pas de traitements, le TIC était la principale approche promue par l'OMS pour le dépistage du VIH. Il permet de détecter plus précocement les personnes infectées par le VIH [22-23], et touche des personnes qui n'ont jamais fait de test. Il est la stratégie préférée des populations clés et de celles réticentes à utiliser les services de santé comme les 15-24 ans [24]. Bien que la qualité des services du TIC et du TIS soit comparable [25], le TIC est généralement utilisé par des personnes qui ont un niveau de vie en moyenne plus élevé que celles concernées par le TIS [19]. Ces observations invitent à une analyse des approches utilisées pour l'offre du TIC dans les différents contextes.

Au Burkina Faso, moins de la moitié des PVVIH connaissent leur statut sérologique (40% en 2010) [10] et elles arrivent tard dans les structures de prise en charge (41,1% à un stade 3) [26]. Le TIC a été la première stratégie développée à partir de 1993 par les associations/ONG, avant l'introduction du test à l'intention des femmes enceintes (2002) et du TIS pour les patients autres que les femmes enceintes (2007). Trois approches du TIC sont utilisées au

Burkina Faso: dans des sites fixes, en stratégie mobile et à travers les campagnes de dépistage [27]. Les campagnes contribuent au dépistage du tiers des PVVIH [24] et sont bien acceptées par la population [28].

Cependant, le TIS est peu opérationnel en dehors des consultations prénatales. En 2013 par exemple 83% des personnes testées l'ont été à travers le TIC, qui détecte également le plus grand nombre de PVVIH: 64% [29]. Parmi les PVVIH suivies à l'hôpital du jour à Bobo-Dioulasso, 52,7% ont appris leur statut grâce au TIC [26]. Le TIC ayant été particulièrement efficace jusqu'à présent, doit-il être développé davantage pour l'atteinte des 90-90-90 [1], et si oui, selon quelle(s) approche(s)?

En réponse aux dernières directives de l'OMS appelant à une diversification des stratégies pour atteindre les 90-90-90, il est important de préciser les profils et motivations des clients pour chaque approche, afin de comprendre leurs contributions respectives. Une analyse suivant l'âge et le sexe des utilisateurs TIC a déjà été réalisée, en utilisant les données des rapports d'activités [24]. Compléter cette analyse avec des données d'étude plus complètes pourra contribuer à des choix stratégiques permettant d'accroître le nombre de personnes testées en visant l'équité dans l'offre de services. Notre analyse a pour objectifs de comprendre les motivations et caractéristiques de ceux qui sont testés à leur propre initiative, et comprendre comment les motivations et caractéristiques varient suivant les différentes approches du TIC au Burkina Faso.

METHODOLOGIE

Il s'agit d'une enquête quantitative et qualitative qui a été réalisée dans le cadre de l'étude MATCH (Multi-country African Study on Testing and Counselling for HIV) qui avait pour objectif général d'identifier les motivations et les obstacles à la pratique du test VIH et de comparer différentes approches du dépistage VIH dans quatre pays (Burkina Faso, Kenya, Malawi, Ouganda). La méthodologie de l'étude dans son ensemble a été présentée ailleurs [25].

Les sites de l'étude

Au Burkina Faso, l'étude a eu lieu en milieux urbain (Ouagadougou) et rural/semi-rural (Dédougou). Cinq centres autonomes fixes gérés par les ONG/associations et quatre sites de dépistage de la campagne de 2008 ont été concernés.

Collecte des données

L'enquête de type transversal a concerné les utilisateurs âgés d'au moins 18 ans qui ont déjà fait le test et en connaissent le résultat. La collecte des données sur les sites fixes autonomes a eu lieu d'avril à août 2008 où les utilisateurs ont été systématiquement approchés à la fin du conseil post test par les enquêteurs qui leur ont proposé la participation à l'étude. Les données sur la campagne ont été recueillies autour de la journée mondiale de lutte contre le sida de décembre 2008. Ces campagnes organisées annuellement au Burkina Faso durent dix jours pendant lesquels une communication sur le test VIH est faite au niveau national. Différents points d'offre du CTV en stratégie fixe et mobile sont couverts (centres habituels, écoles, marchés, places publics…). Les données ont été recueillies à l'aide d'un questionnaire, avec des questions fermées et semi ouvertes portant entre autres sur les caractéristiques sociodémographiques et économiques et les motivations pour la réalisation du test. Le protocole de l'étude a été soumis au comité d'éthique pour la recherche en santé du Burkina Faso et au comité d'éthique de l'OMS, qui ont donné un avis favorable. L'administration du questionnaire a eu lieu après lecture de la fiche d'information sur l'étude par le participant ou l'enquêteur (au cas où le participant ne savait pas lire) et le recueil du consentement écrit pour la participation à l'étude.

Analyse des données

Les données quantitatives ont été analysées sur Stata™. Le cadre de vie des participants a été évalué suivant les données qu'ils ont fournies et ils ont été classés en 4 catégories de niveau socio-économique (faible, moyen, élevé, très élevé). Les données qualitatives (réponses aux questions semi ouvertes) ont été codifiées sur Excel™ et exploitées pour l'analyse. Pour l'analyse comparative du profil et des motivations au dépistage suivant les stratégies, les informations recueillies en dehors de la campagne ont été comparées à celles collectées durant la campagne de dépistage VIH. Une analyse multivariée a été réalisée sous Stata™.

RESULTATS

Profil des utilisateurs

Sur les 485 clients des sites TIC au moment de l'étude, 419 (86,4%) ont accepté de prendre part à l'étude (tableau I). Il y avait plus de femmes (58,5%). Plus de la moitié (59,6%) avaient au moins le niveau d'éducation des lycées et collèges. Les moins de 25 ans représentaient 29% des participants. Les célibataires étaient les plus nombreux (46,2%) et les personnes qui vivaient en couple représentaient 41,5%. La répartition des participants suivant leur niveau de vie socio-économique semblait être équilibrée entre les 4 groupes qui rassemblaient entre 22,2% (niveau de vie faible) et 27,7% (niveau de vie moyen) des répondants.

Les principales motivations à la demande du test VIH

Les raisons de demande du test VIH dans les services de TIC sont variées (tableau II). Le désir de connaître son statut VIH est la motivation la plus exprimée par la majorité des participants à l'étude (266 réponses soit 62,2%). L'analyse des réponses aux questions semi-ouvertes montre que cette raison répond plus à une démarche de prévention que de prise en charge. Et on peut les classer en quatre sous catégories de motivations. Les plus nombreux (120 réponses) sont ceux qui sont en situation de vérification ou de confirmation d'un résultat VIH (indéterminé ou négatif) «*J'avais fait le test il y a de cela 3 mois et on m'avait dit de revenir faire le test de contrôle* » (femme, Salariée, Ouagadougou). Cette catégorie comprend ceux qui sollicitent régulièrement le CTV (tous les 3 mois, un an…) pour s'assurer d'être toujours séronégatif «*C'est dans le cadre d'un bilan de santé annuel que je fais chaque année* » (homme, employé de bureau, Ouagadougou). La deuxième catégorie concerne les utilisateurs qui n'ont jamais fait de test VIH «*Depuis que je suis né, je n'ai jamais enlevé mon sang pour voir [fait le test] si je suis malade ou pas. C'est pourquoi j'ai profité cette fois ci*» (homme, cultivateur, Dédougou). La troisième catégorie concerne ceux influencés par les actions de sensibilisation surtout pendant les campagnes «*J'ai entendu à la radio qu'il y a campagne et que les gens peuvent venir faire; je suis venue pour voir si je me porte bien* ». Enfin, la quatrième catégorie regroupe les utilisateurs qui ont recours aux services à l'exigence ou à la demande du partenaire (23 réponses).

Les autres raisons de demande volontaire du test étaient la présence de symptômes liés au VIH ou des raisons de santé (11,3%), l'exposition au VIH de par ses propres comportements sexuels (11,1%), les comportements sexuels du partenaire (6,8%), le décès ou la maladie du partenaire (4%).

Motivations au test par approche communautaire

Le simple souhait de connaître le statut VIH semblait plus s'exprimer lors de la campagne ($p<0,001$). En période hors campagne, la présence de signes et de symptômes liés au VIH ($p=0,01$) et la maladie ou le décès du partenaire ($p=0,01$) motivaient la demande volontaire du test. Il n'y a pas de différence statistique motivée par les comportements sexuels du

participant lui-même (p=0,5) ou ceux de son partenaire entre la campagne (p=0,05) et en dehors de la campagne (tableau III).

Motivations au test et caractéristiques des utilisateurs par approche

L'analyse des motivations au test suivant les caractéristiques des utilisateurs est faite à partir des tableaux I et IV.

Le genre

Les campagnes mobilisaient plus les hommes (p=0,001) ; ceux-ci avaient pour principale motivation le désir de connaître leur statut VIH (78,2% contre 58,1% des femmes) (p<0,001). Ils semblaient également faire le dépistage davantage que les femmes du fait de leurs comportements sexuels (p=0,02) «…*J'ai eu à changer de partenaire et j'ai eu à faire des rapports non protégés* », (homme, 26 ans, Ouagadougou). Les femmes fréquentaient plus les services en dehors de la campagne et semblaient plus faire leur test pour des raisons de santé, incluant la présence de signes et de symptômes liés au VIH (15% de femmes contre 6,5% d'hommes) (p=0,008). « *Comme j'étais malade et mon mari est décédé, je suis allée demander de l'aide à l'action sociale pour aller enlever [prélever] mon sang afin de savoir de quelle maladie je souffre* », (Femme, 60 ans, Dédougou).

L'âge

Les campagnes semblaient être la stratégie préférée des moins de 25 ans (p=0,007). Le désir de connaître leur statut guidait plus ceux-ci que les plus âgés (p=0,02). La demande du test chez les 35 ans et plus semblait être liée à la présence de signes et de symptômes du VIH (p<0,001). Les moins de 35 ans évoquaient davantage l'exposition au VIH du fait de leurs comportements sexuels (p=0,01).

Le niveau de scolarisation

Les personnes scolarisées semblaient préférer plus souvent les campagnes (p=0,006) et faisaient surtout le test pour connaître leur statut sérologique VIH (p=0,001). Les personnes ayant au moins un niveau d'éducation secondaire avaient recours au test quand il y avait eu un risque sexuel (p=0,001) tandis que les personnes non scolarisées avaient plus tendance à recourir au test VIH en présence de signes ou de symptômes liés au VIH (p<0,001).

Le statut matrimonial

Les campagnes mobilisaient plus de célibataires (p=0,025). Le désir de connaître le statut comme motivation de demande du test VIH était peu avancé par les veufs/veuves (p=0,003). Ceux-ci, ainsi que les personnes vivant en couple, font une demande de test lorsqu'il y a des signes ou symptômes liés au VIH (p=0,000) tandis que les célibataires et personnes séparées/divorcées demandaient plus souvent un test à cause d'une exposition sexuelle au VIH (p=0,001). La demande du test à cause des comportements sexuels du partenaire ne semblait pas être liée au statut matrimonial, bien qu'elle soit évoquée par plus de 10% des personnes qui vivaient en couple.

Le niveau socioéconomique

Les utilisateurs de la campagne semblaient avoir un niveau de vie supérieur à celui des personnes testées hors campagne (p<0,001). En effet aucun des utilisateurs des services pendant la campagne n'a un niveau de vie faible tandis que 29,7% des personnes qui ont fait leur test hors campagne étaient classées dans cette catégorie. Et 50% des utilisateurs des services pendant la campagne avaient un niveau de vie élevé contre 16,9% pour les personnes testées hors campagne.

Dans une analyse multivariée, être un homme, avoir un niveau d'éducation secondaire, ou bénéficier d'un niveau de revenu élevé sont associés à la pratique du test lors des campagnes de dépistage (tableau V).

DISCUSSION

Les femmes, les 25-34 ans, les personnes ayant au moins le niveau secondaire, celles qui ont un revenu stable (salariés et commerçants), les célibataires et les personnes qui vivent en couple utilisent plus souvent le TIC. Par approche du TIC les personnes qui ont au moins le niveau secondaire et ceux qui ont un niveau de vie élevé font surtout leur test pendant les campagnes. Les sites fixes de dépistage sont surtout utilisés par les femmes, les moins scolarisés et les personnes qui ont un faible niveau de vie. Les motivations au test sont différentes suivant le profil sociodémographique.

Utilisation du TIC

Au Burkina Faso plus de femmes que d'hommes ont déjà fait le test et connaissent le résultat [10, 29-30] et les files actives de la prise en charge comptent plus de femmes que d'hommes (70,5% versus 29,5%) [31]. Cependant la proportion d'hommes séropositifs connaissant son statut est proche de celle des femmes (41,6% de femmes versus 39,9% d'hommes) [10]. Notre hypothèse est que les hommes utilisent les cliniques privées pour faire le test et se faire prendre en charge. Atteindre les 90-90-90 exigera des politiques une meilleure prise en compte du secteur privé, qui semble être plus adapté pour les hommes, mais souvent oublié dans le suivi (monitoring). Aussi faire des investigations sur le niveau d'implications de ces structures dans l'offre du CTV serait utile.

Les jeunes adultes et les adolescents, surtout ceux des populations clés constituent une population prioritaire pour le dépistage [14]. Moins d'un tiers des utilisateurs du TIC ont moins de 25 ans dans notre analyse. Ce niveau est inférieur aux 42% précédemment trouvés [24]. Ceci pourrait s'expliquer par la différence des démarches méthodologiques. Notre étude n'a inclus que les personnes âgées d'au moins 18 ans, tandis que les analyses précédentes sont basées sur les données des centres de dépistage et intègrent les 15-17 ans. Au Burkina Faso, les mineurs (moins de 18 ans) doivent avoir une autorisation parentale[6] pour faire leur test. Cette limitation mérite d'être revue par les autorités nationales comme recommandé par l'OMS [14]. L'influence des niveaux d'instruction et de vie dans l'utilisation des services de CTV au Burkina Faso, déjà décrite ailleurs, a été retrouvée dans notre analyse [11,30]. Obermeyer a montré que les plus démunis ont plus tendance à utiliser le TIS et que leur profil est comparable à celui des personnes qui n'ont jamais fait de test. Dans un contexte d'illettrisme et de pauvreté comme celui du Burkina Faso une redynamisation du TIS, accompagnée d'investigations sur les barrières à l'utilisation du CTV, sont nécessaires pour l'atteinte des 90-90-90. La prévalence du VIH au Burkina Faso tendant à se concentrer au sein de certaines populations, initier le test dans l'environnement d'une PVVIH donnée (PVVIH indexe) pourrait permettre d'améliorer le niveau de détection des PVVIH qui l'ignorent et aider à leur accès précoce aux services de prise en charge.

Les approches de TIC

Les femmes fréquentent surtout les sites fixes. Etant les plus touchées par l'épidémie au Burkina Faso, le renforcement de capacités des sites fixes pourrait contribuer à améliorer leur accès au CTV. Les utilisateurs de ces sites font plus souvent le dépistage pour des raisons de santé, en présence de signes et de symptômes liés au VIH, donc au risque d'être diagnostiqués à un stade avancé de leur infection. Innover dans le dépistage, avec des stratégies de

[6] Un accord signé des parents

communication similaires à celles des campagnes utilisées plus par des personnes soucieuses de se savoir infectées ou pas, pourrait favoriser le diagnostic précoce des PVVIH tout au long de l'année.

Il est démontré que les hommes utilisent plus le TIC que le TIS [11]. Notre analyse montre que quand ils ont le choix entre plusieurs approches du TIC, ils utilisent plus les campagnes, qui sont ponctuelles et rares, de la même façon que les personnes qui ont un niveau d'éducation secondaire, ou qui ont un niveau de vie élevé. La campagne est également une approche préférée des jeunes adolescents [24]. Les campagnes contribuent alors à lever les barrières à l'accès au CTV pour ces groupes (non adaptation des horaires de services, organisation inappropriée des services…). Cela signifie qu'en l'absence de campagne (pourtant préconisée par l'OMS dans les pays de basse prévalence) [14], l'accès de ces groupes au CTV sera très limité si d'autres stratégies de proximité adaptées ne sont pas trouvées. La stratégie avancée ciblant les écoles, les lieux de travail même informels, pourrait mieux les toucher. La promotion des auto-tests pourrait également être réalisée auprès de ces populations en général scolarisées.

Les motivations dans les choix d'approche

Les motivations à l'utilisation des campagnes ont été analysées ailleurs [28]. Les stratégies de proximité touchent mieux les personnes réticentes à fréquenter les structures et qui n'ont jamais fait de test [32-33]. Dans notre analyse, la demande précoce du test (risque sexuel) est plus souvent évoquée par les hommes, les personnes âgées de moins de 35 ans, et celles qui ont au moins le niveau d'éducation secondaire. Les femmes utilisent davantage les services au moment où elles font face à une menace réelle de leur santé. Cela confirme les analyses montrant qu'au Burkina Faso, c'est la maladie ou le décès du partenaire qui motive plus le test chez les femmes, tandis que les hommes sont plus prompts à demander le test à la suite d'un risque [34]. Cela rappelle la sous-information des femmes par rapport aux hommes sur le VIH [14] mais peut aussi être imputé à une moins grande prise de risque personnelle de leur part ou à leur condition sociale. Auraient-elles davantage peur des résultats du test et de ses conséquences négatives en cas de séropositivité [34]? En effet, les femmes craignent plus d'être abandonnées en cas de séropositivité [35] et elles ont souvent besoin de l'accord du partenaire pour la recherche de services de santé, dont le test VIH [36]. Il est plus aisé de justifier le dépistage auprès de la famille ou de l'entourage en présence de maladie que lorsqu'il y a eu une prise de risque sexuel. Le besoin de se justifier auprès du ou de la partenaire pourrait être un obstacle à la demande précoce de test pour les personnes vivant en couple, et intégrer le test à domicile comme stratégie pourrait aider à lever cette barrière [37]. L'atteinte de l'objectif 90-90-90 passe par la lutte contre la stigmatisation, les différentes études ayant montré la persistance de violence au sein des couples ayant au moins l'un des membres séropositif [38,39]. Par rapport à l'âge, notre hypothèse est que les plus jeunes (moins de 35 ans) ainsi que les personnes instruites seraient plus à l'aise pour discuter de sexualité, ce qui facilite leur demande de services de dépistage quand elles ont pris des risques.

Limites de l'étude

A partir de l'analyse du profil des utilisateurs des CDV, les populations les moins touchées par ces services sont identifiées par déduction. Cette analyse pourrait comporter des limites s'il y a eu un évènement particulier au moment de la collecte des données pouvant influencer positivement ou négativement la participation de l'un ou de l'autre groupe au dépistage. A notre connaissance, au niveau national, à part la campagne de dépistage VIH avec sa stratégie de communication qui s'adresse à toute la population, il n'y a pas eu d'autre événement. Pour

des raisons éthiques et pratiques (besoin de consentement des parents), notre étude n'a pu concerner les moins de 18 ans. De plus, les populations clés n'ont pas été identifiées et incluses dans l'étude comme telles. Enfin cette analyse est centrée sur les structures autonomes censées ne recevoir que des personnes qui font le test à leur propre initiative. Or des patients y sont parfois orientés par des agents de santé pour un test diagnostique, mettant en cause le caractère de « test à l'initiative du client » dont ces services se prévalent. Néanmoins, l'exploitation de ces résultats permettra aux acteurs de rendre leurs services plus accessibles aux différents sous-groupes de la population burkinabé. Par ailleurs, l'étude n'étant que sur le TIC elle exclut par définition toutes les femmes enceintes testées (ou confrontées au test) au niveau de la PTME, qui représentent la majorité des personnes testées pour le VIH au Burkina Faso durant cette période.

Intérêt de l'étude

Bien que la pratique du TIC soit courante depuis 1993 au Burkina Faso, cette étude constitue la première analyse du profil des utilisateurs autres que les femmes enceintes, qui a pour base des entretiens avec ces derniers en situation de demande du test, donc qui va au-delà des rapports d'activités (limités aux variables de sexe et d'âge), et de la déclaration des individus en communauté sur le fait d'avoir déjà fait le test ou pas. Enfin, connaître les personnes les moins touchées par le TIC, pouvoir catégoriser les utilisateurs suivant les stratégies et connaître les motivations à la pratique du test par catégorie sociodémographique, permet d'améliorer les services communautaires qui fournissent la majorité des tests en dehors de la PTME.

CONCLUSION

Les approches communautaires touchent différemment les populations suivant leur profil socioéconomique. Les populations peu disposées à fréquenter les sites fixes, comme les hommes, utilisent les campagnes. Cette approche semble être plus indiquée pour renforcer la prévention et le dépistage en sites fixes en dehors des campagnes est assimilé à une étape d'accès à la prise en charge. Il apparaît donc pertinent de maintenir et intensifier en parallèle les différentes stratégies de dépistage, avec un meilleur ciblage des populations pendant les campagnes. En l'absence de campagne comme recommandé par l'OMS pour les pays à faible prévalence, le pays devrait identifier d'autres stratégies plus adaptées pour accélérer la mise sous traitements des personnes porteuses du virus et qui l'ignorent. Il s'agit notamment du test à domicile à partir d'une PVVIH consentante, du test en milieu de travail et dans les services privés, ainsi que l'utilisation des autotests auprès des personnes scolarisées avec une orientation systématique vers les services de prise en charge. Les populations clés ne sauraient être oubliées.

1. UNAIDS. 90-90-90: An ambitious treatment target to help end the AIDS epidemic http://www.unaids.org/en/resources/documents/2014/90-90-90.
2. UNAIDS (2014) the gap report http://search.unaids.org/search.asp?lg=en&search=gap%20report%202014
3. WHO. Global HIV/AIDS response: Epidemic update and health sector progress towards Universal Access–Progress Report 2011. Disponible sur: http://eprints.kmu.ac.ir/7814/1/20111130_UA_Report_en.pdf
4. Bayer R, Edington C. HIV Testing, Human Rights, and Global AIDS Policy: Exceptionalism and Its Discontents. J Health Polit Policy Law. 2009;34:301-23.
5. Cohen MS, McCauley M, Gamble TR. HIV treatment as prevention and HPTN 052. Curr Opin HIV AIDS. 2012;7:99–105.
6. Loutfy MR, Wu W, Letchumanan M, Bondy L, Antoniou T, Margolese S, et al. Systematic Review of HIV Transmission between Heterosexual Serodiscordant Couples where the HIV-Positive Partner Is Fully Suppressed on Antiretroviral Therapy. PLoS ONE. 2013;8:e55747.
7. Lahuerta M, Wu Y, Hoffman S, Elul B, Kulkarni SG, Remien RH, et al. Advanced HIV Disease at Entry into HIV Care and Initiation of Antiretroviral Therapy During 2006-2011: Findings From Four Sub-Saharan African Countries. Clin Infect Dis. 2014;58:432-41.
8. Lahuerta M, Lima J, Nuwagaba-Biribonwoha H, Okamura M, Alvim MF, Fernandes R, et al. Factors Associated with Late Antiretroviral Therapy Initiation among Adults in Mozambique. PLoS ONE. 15 mai 2012;7:e37125.
9. UNAIDS. TREATMENT 2015. http://www.unaids.org/en/resources/publications/2013.
10. Staveteig S, Wang S, Head SK, Bradley SE, Nybro E. DHS COMPARATIVE REPORTS 30. http://www.measuredhs.com/pubs/pdf/CR30/CR30.pdf
11. Obermeyer CM, Neuman M, Hardon A, Desclaux A, Wanyenze R, Ky-Zerbo O, et al. Socio-economic determinants of HIV testing and counselling: a comparative study in four African countries. Trop Med Int Health. 2013;18:1110-8.
12. WHO. Global update on the health sector responce to HIV, 2014: HIV reporting. Geneva: World Health Organization; 2014.
13. WHO. Policy brief: consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection: what's new. 2015 [cité 21 déc 2015]; Disponible sur: http://apps.who.int/iris/handle/10665/198064.
14. WHO (2015) Consolidated guidelines on HIV testing services: 5Cs: consent, confidentiality, counselling, correct results and connexion http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/hiv-testing-services/en/.
15. WHO. The right to know. Disponible sur http://www.who.int/entity/hiv/pub/vct/en/Right_know_a4E.pdf
16. WHO. Guidance on provider-initiated HIV testing and counselling in health facilities. 2007 Disponible sur: http://www.who.int/hiv/pub/vct/pitc/en/index.html

17. WHO. Statement on HIV testing and counseling: WHO, UNAIDS re-affirm opposition to mandatory HIV testing. Disponible sur http://www.who.int/hiv/events/2012/world_aids_day/hiv_testing_counselling/en/

18. Baggaley R, Hensen B, Ajose O, Grabbe KL, Wong VJ, Schilsky A et al. From caution to urgency: the evolution of HIV testing and counselling in Africa. Bull World Health Organ 2012;90:652–658B | doi:10.2471/BLT.11.100818.

19. Kayigamba FR, Bakker MI, Lammers J, Mugisha V, Bagiruwigize E, Asiimwe A et al. Provider-Initiated HIV Testing and Counselling in Rwanda: Acceptability among Clinic Attendees and Workers, Reasons for Testing and Predictors of Testing. PLoS One. 2014; 9(4): e95459 doi: 10.1371/journal.pone.0095459.

20. Topp SM, Chipukuma JM, Chiko MM, Wamulume CS, Bolton-Moore C, Reid SE. Opt-out provider-initiated HIV testing and counselling in primary care outpatient clinics in Zambia. Bull World Health Organ. 2011;89:328-35A

21. Kennedy CE, Fonner VA, Sweat MD, Okero FA, Baggaley R, O'Reilly KR. Provider-Initiated HIV Testing and Counseling in Low- and Middle-Income Countries: A Systematic Review. AIDS Behav. 2013;17:1571-90.

22. Topp SM, Li MS, Chipukuma JM, Chiko MM, Matongo E, Bolton-Moore C, et al. Does provider-initiated counselling and testing (PITC) strengthen early diagnosis and treatment initiation? Results from an analysis of an urban cohort of HIV-positive patients in Lusaka, Zambia. J Int AIDS Soc. 2012;15. Disponible sur: http://www.jiasociety.org/index.php/jias/article/view/17352.

23. Suthar AB, Ford N, Bachanas PJ, Wong VJ, Rajan JS, Saltzman AK, et al. Towards Universal Voluntary HIV Testing and Counselling: A Systematic Review and Meta-Analysis of Community-Based Approaches. PLoS Med. août 2013;10:e1001496.

24. Somé J-F, Desclaux A, Ky-Zerbo O, Kéré S, Lougué M, Obermeyer C, et al. Les campagnes de dépistage du VIH, une stratégie efficace pour l'accès universel à la prévention et au traitement ? L'expérience du Burkina Faso. Médecine Santé Trop. 2014;24:73–9.

25. Obermeyer CM, Neuman M, Desclaux A, Wanyenze R, Ky-Zerbo O, Cherutich P, et al. Associations between Mode of HIV Testing and Consent, Confidentiality, and Referral: A Comparative Analysis in Four African Countries. PLoS Med. 2012;9:e1001329.

26. Chas J, Hema A, Slama L, Kabore NF, Lescure F-X, Fontaine C, et al. The Day-Hospital of the University Hospital, Bobo Dioulasso: An Example of Optimized HIV Management in Southern Burkina Faso. PLOS ONE. 2015;10:e0125588.

27. SP/CNLS-IST (2008). Normes et Directives nationales de conseil dépistage volontaire. Ouagadougou.

28. Desclaux A, Ky-Zerbo O, Somé J-F, Makhlouf-Obermeyer C. Les campagnes communautaires de promotion du depistage VIH en Afrique de l'Ouest : perceptions des usagers au Burkina Faso. Glob Health Promot. 2014;1757975914527325.

29. Institut national de la statistique et de la démographie, ICF International. Burkina Faso: Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples (EDSBF-MICS IV). 2012. Disponible sur: http://dial.academielouvain.be/downloader/downloader.php?pid=boreal:157456&datastream=PDF_01

30. Kirakoya-Samadoulougou F, Yaro S, Fao P, Defer M-C, Ilboudo F, Langani Y, et al. Who Is Going for VCT? A Case Study in Urban Burkina Faso. AIDS. 2012. Disponible sur: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3767328/

31. Burkina Faso, ONUSIDA. Rapport d'activités sur la riposte au sida au Burkina Faso (2014): global AIDS response progress reporting 2014.

32. Tumwesigye E, Wana G, Kasasa S, Muganzi E, Nuwaha F. High uptake of home-based, district-wide, HIV counseling and testing in Uganda. AIDS Patient Care STDS. 2010;24:735-41.

33. Nuwaha F, Kasasa S, Wana G, Muganzi E, Tumwesigye E. Effect of home-based HIV counselling and testing on stigma and risky sexual behaviours: serial cross-sectional studies in Uganda. J Int AIDS Soc 2012;15.

34. Obermeyer CM, Sankara A, Bastien V, Parsons M. Gender and HIV testing in Burkina Faso: An exploratory study. Social Science & Medicine (2009), doi:10.1016/j.socscimed.2009.07.003

35. Bott S, Obermeyer CM. The social and gender context of HIV disclosure in sub-Saharan Africa: A review of policies and practices. SAHARA-J J Soc Asp HIVAIDS. 2013;10(sup1):S5-16.

36. Sarker M, Sanou A, Snow R, Ganame J, Gondos A. Determinants of HIV counselling and testing participation in a Prevention of Mother-to-Child Transmission programme in rural Burkina Faso: Determinants of HIV counselling. Trop Med Int Health. 2007;12:1475-83.

37. Becker S, Taulo FO, Hindin MJ, Chipeta EK, Loll D, Tsui A. Pilot study of home-based delivery of HIV testing and counseling and contraceptive services to couples in Malawi. BMC Public Health. 2014;14(1):1309.

38. Durevall D, Lindskog A. Intimate partner violence and HIV in ten sub-Saharan African countries: what do the Demographic and Health Surveys tell us? Lancet Glob Health. 2015;3(1):e34-43.

39. Conroy AA, Chilungo A. Male victims of sexual violence in rural Malawi: the overlooked association with HIV infection. AIDS Care. 2 déc 2014;26(12):1576-80.

Tableau I. Caractéristiques des participants par approche de TIC, MATCH Burkina Faso, 2008

Caractéristiques	Effectif N=419	Proportion campagne (%) N=106	Proportion site fixe (%) N=313	p
Sexe				
Femmes	245	44,4	63,3	0,001
Hommes	174	57,6	36,7	
Catégorie d'âge				
<=24	123	37,7	26,5	
25-34	170	41,5	40,3	0,007
35-44	85	9,4	24	
45+	41	11,3	9,3	
Niveau d'éducation				
Pas scolarisation	80	8,6	22,7	0,006
Primaire	89	22,9	20,8	
Secondaire et plus	249	68,6	56,6	
Statut matrimonial				
Célibataires	193	50,9	44,4	
Vie de couple	174	42,5	41,2	0,025
Séparés/divorcés	20	5,7	4,5	
Veufs/veuves	32	0,9	9,9	
Niveau économique				
Faible	93	0	29,7	
Moyen	116	20,8	30	<0.001
Elevé	104	29,3	23,3	
Très élevé	106	50	16,9	

Tableau II. Les motivations à la demande volontaire du test, MATCH Burkina Faso, 2008

Motivations	**Raisons plus spécifiques**	**Citations illustratives**
Veut connaître son statut VIH, pas de situation de risque particulier déclaré N=266	N'a jamais fait de test N=87	Je n'avais jamais fait mais comme les gens parlent de ça et que c'est bien, c'est pourquoi je suis venu aussi faire mon test…
	Vérification/confirmation de résultat N=120	J'avais fait un test et je devais revenir 03 mois pour le contrôle
	Campagne: -Proximité des services -Réduction de coût -Influence de la communication N=36	-Chaque année, le 1er Décembre [campagne de dépistage VIH] je fais le test pour connaitre ma santé. -Comme c'est gratuit … j'ai profité pour revoir ma santé. -Comme il y a campagne…j'ai été motivée par la publicité.
	Ordre/demande du partenaire N=23	Mon mari a fait et c'est négatif; c'est lui qui m'a dit de venir faire.
Exposition à un risque sexuel N=41		J'ai eu des rapports non protégés …aujourd'hui je suis décidé à connaitre ma sérologie.
Comportements du partenaire N=24		Si c'est moi je me fais confiance, mais ma femme-là…je pense qu'elle sort [elle des relations] avec d'autres personnes.
Signes/symptômes N=57		Je suis malade et je maigris, j'ai déjà eu la ceinture là (zona). Or on dit que si tu attrapes ça tu peux avoir le Sida aussi.
Maladies/décès conjoint enfants N=28		J'ai perdu mon épouse… je suis venu faire mon test …
Autres raisons N=18	Don de sang N=5	J'ai l'habitude de refaire mon test chaque 4 mois pour donner mon sang
	Projet Mariage/ enfant N=13	Je me marie en février prochain et je me suis renseignée sur les documents du mariage et on a dit qu'on fait le test

Tableau III. Comparaison des motivations à la demande volontaire du test durant la campagne et en période hors campagne, MATCH Burkina Faso, 2008

Motivations	**Proportion campagne**	**Proportion hors campagne**	**p**
Veut connaître statut	83	60,8	<0,001
Propres comportements sexuels	8,5	12	0,5
Symptômes/ santé	4,7	13,5	0,01
Comportements sexuels du partenaire	2,8	8,2	0,05
Partenaire malade ou décédé	0	5,5	0,01

Tableau IV. Motivations à la demande volontaire du test VIH par catégorie sociodémographique, MATCH Burkina Faso, 2008

Caractéristiques (n=397)	**Veut connaître statut**		**comportements à risque**		**Signes/symptômes**		**Comportements partenaire**	
	%	p	%	p	%	p	%	P
Sexe								
Masculin	78,2	<0,001	13,3	0,02	6,5		6,5	
Féminin	58,1		8		15	0,008	7	0,8
Catégorie d'âge								
<=24	75		11,7		3,3		6,7	
25-34	65		14,1		9,2		8,6	
35-44	55,1	0,02	7,7	0,01	24,4	<0,001	5,1	0,5
45+	72,2		2,8		19,4		2,8	
Niveau de vie								
Faible	66,3		16,3		3,5		10,5	
Modéré	70,8	0,5	14,2	0,08	13,3	0,08	4,4	0,4
Elevée	67,7		7,1		11,1		7,1	
Très élevé	61,6		7,1		16,2		6,1	
Niveau d'éducation								
Pas de scolarisation								
Primaire		0,001		0,001		<0,001		0,4
Secondaire et plus	47,1		7,1		27,1		7,1	
	71,1		3,6		12		9,6	
	70,8		14,8		6,6		5,8	
Statut matrimonial								
Célibataires								
Vie de couple	69,8	0,003	17,5	0,001	4,8	<0,001	4,8	0,08
Séparés/divorcés	66,9		3,7		18,4		10,4	
Veufs/veuves	78,9		15,8		0		5,3	
	34,6		7,7		23,8		0	

Tableau V. Facteurs associés au test pendant les campagnes, MATCH Burkina Faso, 2008

Caractéristique	**Effectifs**	**Tests campagne (%)**	**Odds ratio non ajusté (IC 95%)**	**p**
Sexe				
Femmes	245	19	1	
Hommes	172	34	2,27 (1,23-4,20)	0,009
Catégorie d'âge				
<=24	123	33	1	
25-34	170	26	0,78 (0,36-1,68)	0,5
35-44	84	12	0,28 (0,09-0,86)	0,02
45+	40	30	0,86 (0,24-2,99)	0 ,8
Niveau d'éducation				
Pas de scolarisation	80	11	1	
Primaire	88	27	2,58 (0,97-6,84)	0,05
Secondaire et plus	249	29	3,46 (1,24-9,62)	0,01
Niveau de vie				
Moyen	116	19	1	
Elevé	107	30	42,9 (8,5-216,2)	<0,001
Très élevé	106	50	85 (16,3-441,2)	<0,001
Statut matrimonial				
Célibataires	193	28	1	
Personnes en couple	174	26	1,09 (0,54-2,19)	0,44
Divorcés/séparés	20	30	1,71 (0,43-6,71)	0,77
Veufs/veuves	32	3	0,1 (0,10-1,05)	0,05

7.2.4.2. Article 3. Rationalization of HIV testing services (HTS): understanding the reasons for reducing "inappropriate" uses in Burkina Faso

Abstract

Background. Testing 90% of people infected with HIV by 2020 calls for better practice of HIV testing services: reaching people who do not know their status while encouraging people who are HIV negative to check their status through deliberate measures. Retesting may be rational or may waste resources if the conditions defined by World Health Organization in this context are not met. Our analysis aimed to measure the scope of this practice and to ascertain to what extent retesting could be rational or not for client-initiated testing in Burkina Faso.

Methods. As part of Multi-country African Study on Testing and Counseling for HIV (MATCH) study, a cross-sectional survey investigated HIV positive and negative people in an urban (Ouagadougou) and peri-urban (Dédougou) setting who were already tested and knew their result. In addition to socio-demographic data, information on their testing practices was collected.

Results. Some 376 people, including 129 PLHIV, taking a client-initiated test were interviewed. Among these, 61% were testing for the second time or more. Factors associated with retesting two or more times are: a high education level, young age, living in an urban setting, and visiting standalone testing sites. For HIV negative people, this practice is also associated with education level (p=0.01) and age, while for PLHIV, it is associated with urban residence (p=0.004). An analysis of motivations relative to the risk of HIV transmission shows that some reasons, such a risk of exposure to sexual transmission or to contaminated objects, are warranted and testing should be encouraged. However, there is little justification for most reasons, which are related to misunderstood messages concerning HIV testing among providers and HIV positive and negative clients.

Conclusions. Most requests for testing come from people who already know their HIV status. Not all motivations for retesting are warranted from a public health point of view. Revising guidelines, taking into account these people's perceptions in counseling, and informing professionals and the public better about instructions for testing could help streamline practices and make them more efficient. The introduction of self-testing could also be an alternative.

Key words. Client initiated testing, retesting, reasons, MATCH, Burkina

Background

The supply of HIV testing services (HTS) has progressed from a qualitative viewpoint in recent years, with a growing number of people who know their status (1). In Sub-Saharan Africa, for example, the number of people who take the test and know their HIV status has risen by 33% between 2009 and 2012 (2). Despite this, in 2014 UNAIDS estimated that of the 35 million living with HIV, 19 million are still unaware of their status (3). Access to testing is unequal because while half of the people living with HIV (PLHIV) have never been tested, others are using HTS repeatedly. An assessment of this practice in Anglophone Africa, where data exists, gives rates of at least 20% in the general population, whether in Tanzania(4), South Africa (5, 6), or Uganda (7). For key populations such as men who have sex with men, these rates exceed 50% (8, 9, 10). The definition and method used to measure retesting varies between articles (any test performed following an initial negative test, the subsequent test is not performed in the three months after the confirmation test, the subsequent test is not mandatory, etc.), but these data provide an idea of how widespread the practice is. For WHO, retesting "refers to a situation where additional testing is performed for an individual after a defined period of time for explicit reasons (11)."

For people who test HIV negative, retesting is warranted to detect infection early in someone who may have become infected since a previous HIV test. In Tanzania, an HIV seroincidence rate of 1.49 cases per 100 person-years was found between two tests (4), and women who tested HIV negative during pregnancy and were retested at delivery had a 5% HIV positive rate (12). Retesting PLHIV before beginning treatment may also ensure that they are indeed infected with HIV—with data in the literature showing the existence of false positives in the treatment circuit (13, 14, 15)—and meets WHO recommendations. The investment costs to identify one HIV-positive person vary depending on contexts and strategies, with home-based testing described as the most cost effective (16,17). The costs would be 18 US$ (18) and 8.5 US$ (16) for testing in voluntary counseling and testing centers for Burkina Faso and Uganda, respectively. Mobile strategies, whose costs were assessed in various Sub-Saharan African countries, would cost between 29 US$ and 55 US$ (16, 18, 19, 20). Retesting may be useless and a waste of resources if it replaces prevention, or if it involves HIV-positive people who request a client-initiated test for reasons that are not medical. This can have a negative impact on the quality of services in resource-limited contexts, where more than a few providers struggle with following the principles related to testing when faced with a large influx (21, 22). Retaking a test when it is not relevant could limit identifying PLHIV who do not know their status if opportunities for testing are "monopolized" by people who have already been tested and are not exposed to any risk or who already know they are infected.

In order to limit unwarranted use of new requests for testing, in 2010 WHO defined the conditions for which retesting is advisable both for HIV-positive and HIV-negative people (11). To reach the goal of 90-90-90 (detect 90% of people infected by HIV, put 90% of these people on treatment, and ensure that 90% of these people will have viral suppression by 2020) (23), these 2010 guidelines were incorporated into a consolidated guide for HTS by WHO (24). This document updates the preferred recommendations and strategies, while making changes that give populations better access to testing. In terms of retesting, these guidelines advise that "retesting is needed only for HIV-negative individuals who report recent or ongoing risk of exposure." In addition to this, key populations are encouraged to get tested at least once per year. For HIV-positive people, retesting is warranted when confirming their result before initiation of treatment (24).

This practice has hardly been assessed in francophone African countries. Moreover, data in the current literature do not give any indication of the reasons for retesting. There are stakes to understanding the meaning of retesting, the motivations and characteristics of people who retest, and the situations that lead to performing the test again. On the one hand, this will help encourage relevant requests to retest in order to quickly implement post-exposure treatments which have now been proven effective and, on the other hand, to limit inappropriate requests. These practices were studied as part of the MATCH (Multi-country African Study on Testing and Counseling for HIV) study (16). The goals of this article are to assess the magnitude of this practice, to understand the motivations and profile of the individuals concerned, and to analyze shortcomings related to retesting among users of client-initiated testing in Burkina Faso, and to use this understanding to help improve HTS delivery.

Methodology

Study context and framework

Burkina Faso has a single document for standards and guidelines dating from 2008 that guides the implementation of HIV counseling and testing at the national level. This document recommends anonymous testing and a second test three months later for anyone tested HIV negative (25). Other circumstances for retaking the test are not addressed, and, therefore, there is no course of action for other situations.

The study sites

In Burkina Faso, the quantitative study took place in an urban (2 urban districts in Ouagadougou) and rural (the district of Dédougou, which also covers rural health facilities) setting. Four categories of sites were involved: HIV voluntary counseling and testing (VCT) standalone sites, HIV care and treatment facilities (medical and community-based), maternal and child health (MCH) centers, and tuberculosis diagnostic and treatment centers (TDTCs). These sites serve people seeking client-initiated testing, people who know they are HIV positive, pregnant women, and patients with tuberculosis. Overall, five VCT facilities (four in Ouagadougou and one in Dédougou), eight treatment facilities (six in Ouagadougou and two in Dédougou), five MCH facilities (two in Ouagadougou and three in Dédougou), and two TDTCs in Ouagadougou were involved.

Data collection and analysis

The cross-sectional survey investigated users in the above-mentioned service delivery points, aged 18 years and older, who had already been tested and knew their results. Users of MCH facilities and VCT were systematically approached after post-test counseling by the investigators, who proposed they participate in the study. In associations for community based services for PLHIV and TDTCs, staff at these sites informed users about the study in advance. Only people who consented to participate in the study were introduced to the investigators. Investigators established a relationship with interviewees that respected their desired time and place for the interview. Data were collected using a questionnaire, with closed and open-ended questions. The study protocol was approved by the Ethics Committee for Health Research of Burkina Faso and the WHO Ethics Committee. Data were collected from April to August 2008, then analyzed on Stata 10^{TM}.

Results

Participants' characteristics

Participation in the study was proposed to 770 users of HTS, and 647 (84%) agreed to participate. Among them, 376 (58%) took a client-initiated test. Table 1 provides a description of participants who did a client-initiated test. Most are women (64%), are at least 35 years old

(62%), live in urban areas (70%), and often have a secondary education (44%). There are an equal number of single people and people living with a partner (41% respectively). And 70% are HIV negative (239 people). There are 230 users who have tested twice or more (61%). These users are mostly female (59%), have at least a secondary education (65%), and live in an urban area. And 48% of them are single. Those over age 35 years are the least numerous (29%).

Socio-demographic factors associated with the practice of performing two or more client-initiated tests

Men, who account for fewer overall, seem to retest more frequently than women (p=0.01). The same is true for people who are over age 35, single, more educated, and who are HIV negative (p<0.001). Users from urban areas and those who use association/NGO sites also seem to have a greater tendency to retest (respectively p=0.01 and p=0.001) (Table 1).

Table 1. *Utilization of services, by socio-demographic characteristics and number of tests performed, MATCH 2008, Burkina Faso*

The multivariate analysis adjusted for marital status shows that sex, age, education level, place of residence, and testing site are associated with a practice of performing two or more client-initiated tests (Table 2).

Table 2. *Factors associated with performing two or more client-initiated tests, MATCH 2008, Burkina Faso*

However, an analysis by HIV status shows that client-initiated retesting among HIV-negative and HIV-positive people does not seem to be related to sex (respectively p=0.3 and 0.6), nor to the type of testing site (respectively p=0.3 and p=0.2). Among HIV-negative people, client-initiated retesting seems to be related to age (p=0.05) and education level (p=0.01), while among HIV-positive people, only place of residence seems to be associated with this practice (p=0.04) (Table 3).

Table 3. *Factors associated with the practice of two or more tests by HIV status, MATCH 2008, Burkina Faso*

Motivations for performing two or more client-initiated tests

Motivations of HIV-negative people

The main reasons mentioned by HIV-negative people for requesting a client-initiated retest are presented in Table 4.

Checking HIV serological status, though not always warranted

The main reason that led HIV-negative people to retest is the need to verify that the HIV status is still the same, without providing any motivation that is related to a risk or any plans. "*For me, it's a check and since I already know my sero-status, it's a way to monitor [ensure] that it is still HIV-negative*."

For 73 users who retested with the goal of making sure they were still HIV negative (41.4%), doing the test seemed to resemble a health check-up. Three main arguments guided their pathway to taking a second test. These are: a relatively "long" time since the last test, a set frequency established by those concerned to retest, and an inaccurate understanding of messages on HIV testing. HIV-negative users retest on their own initiative because the previous test was performed, by their estimation, too "long" ago, which varies from one person to another. "*The last time I did it was eight months ago. That's why I said that I had to come see... [retest*]." According to these users, this allows them to have a more "up-to-date" result. "*It had been a little long and I wanted to renew the test [retest] to know my status*."

While the motivation for retesting is based on a relatively long period of time since the last test for these users, others have instituted a requirement to retest based on a specific time period (three months, four months, or every year). "*It's for my health; I check it every three months."* Those who retest every four months adopt this approach in the context of donating blood, in order to check their HIV status before going to the blood bank: "... *when four months pass, I come check before donating my blood*."

Lastly, for other users, it is poor interpretation of the advice received during testing. The fact that providers ask users to come back in three months after the first test to confirm a negative result sometimes leads to misinterpretation, because they say to repeat the test every three months.

<u>*Reasons related to a partner*</u>

The test is used as a roundabout way to check that one is not infected, to check a partner's status, or to check a partner's fidelity in order to get him or her to change behaviors or get tested.

A partner's behaviors motivated retesting for some users (18 users). In most cases, these are women (15/18). Testing is requested based on doubts about a partner's fidelity. "*If it's me, I feel sure, but as for my wife, it's not clear. I think she goes out with other people.*" It may involve multiple partnerships, and the client retests in order to be certain he or she has not been infected by HIV. "*I get tested regularly now; it's suspicion about my partner....*" In some cases, the test is redone to encourage a partner whose serology is in doubt to get tested. "*Since men aren't responsible, you never know. I told my partner to come do it and he refused. I thought to myself if I came to do it, that might encourage him to get tested*." The test is also redone in the context of couple's testing or at the partner's request. "*My husband was tested and he came and told me to do it, too.*" In this situation, some prefer to be sure that they are not infected by HIV before agreeing to do couple's testing. "*At the request of my boyfriend who wanted us to come together, but I preferred to get tested first before coming with him*." Very rarely, a partner's illnesses or death is a motivation for voluntary testing. Only three people retested in this context.

<u>*Sexual exposure to HIV*</u>

Sexual exposure to HIV was a motivation for requesting testing for users (29 people). Very often, the motivations are related to sexual relations without using condoms. "*It's to reassure myself about my health because I had unprotected sex with a girl that seemed infected....*" Motivations related to multi-partnerships and cases of broken condoms during sexual relations are also mentioned.

For HIV-negative people, HIV-related signs and symptoms are rarely a motivation for client-initiated retesting (5%). Other motivations to retest are plans for marriage (5%) and other types of non-sexual exposure (4%). The study found some pregnant women (four) who

retested on their own initiative. "*I was pregnant again; this is to save my child if I'm infected*."

Few have justifications that make a connection to any treatment. Only one person mentioned early treatment. *"It's checking; I monitor my health. If I am infected, I'm going to get treatment very early*."

Table 4. HIV-negative persons' motivations for retesting

HIV-positive people's motivations

Among the 129 PLHIV who did a client-initiated test, over one-third (37.2%) got tested twice or more (40 women and 8 men), for whom 8 had an HIV-negative result in the previous test. Motivations for retesting among PLHIV are presented in Figure 1.

Figure 1. Motivations to retest among PLHIV, MATCH 2008 Burkina

Motivations for client-initiated retesting for those who know their HIV-positive status are primarily related to denial of the result, hope for a cure following prayers, and treatment. In the majority of cases, PLHIV retested because they did not believe the result that was previously disclosed to them, leading one-third to change sites to verify it: "*I didn't trust the previous tests. I told myself that their equipment wasn't good so I decided to do a third test to reassure myself*." Unable to turn to a facility where they can state they are PLHIV and ask for direct community support (food, psychosocial support, etc.) or not knowing what to do to change their medical treatment site, PLHIV sometimes submit to a new test in these alternate sites: "*Since I did the first test at X, but that's far from my home. Since there's also treatment here, I came to retake my test to get the medicines.*" However, hopes of being cured of HIV infection through care or religious practices is the second most frequently cited motivation for a new test among PLHIV (11 people). "*I thought that the result was going to be negative. I prayed with a woman who told me that I could redo the test to see....*"

Motivation, based on gender

Motivations for testing distributed by sex are presented in Figure 2. As many women as men have retested because the last test was performed "*a long time ago*." The other main reasons why men retest are the establishment of a practice to test periodically and exposure to sexual risk. In addition to the "long" time elapsed since the last test, for HIV-negative women, taking the test is especially motivated by their partners' behaviors.

Figure 2. Motivations for a second (or more) client-initiated test among HIV- people by sex, MATCH 2008, Burkina

Discussion

Client-initiated testing in fixed sites captures more people who are retesting than those who are testing for the first time (61%, including 74% and 38%, respectively, of HIV-negative and HIV-positive people). And the motivations are not always consistent with those recommended by WHO. Uninfected men tend to regularly repeat the test as a health check-up or due to

poorly understood messages about HIV testing. For HIV-negative women, a partner's behaviors warrant testing. For HIV-positive people, the lack of confidence in the disclosed result and checking for a possible cure of AIDS, lead to retesting.

The extent of the practice

The rates of people who redo their test found in our study are higher than those generally described elsewhere in Africa (between 20% (26) and 38% (27)). Specificities in the delivery of HTS in Burkina Faso may explain this situation. Only fixed sites deliver VCT on a continuous basis; mobile strategies and campaigns, which require significant financial resources, are organized quarterly and annually, respectively. People living close to these fixed sites become the main targets for VCT and tend to use them repeatedly. Encouraging HIV-negative people to retest makes it possible to put them on treatment very early in case of a new infection. However, in a country where less than 30% of the population knows its HIV status (28), and only 40% of infected people are aware of their HIV status (29), our results (61% having tested twice or more) show that there is unequal access to testing. Raising the rate of PLHIV who know their HIV status to 90% by 2020 implies that strategies that can reach people who have never been tested and identify people who do not know they are infected should be implemented or strengthened. These are outreach strategies such as home-based testing and mobile testing (30, 31, 32). In a context of concentrated epidemic where the door-to-door strategy cannot be cost effective, the use of index testing could help identify newly infected people who are unaware of their status (24). Lastly, over one-third of PLHIV retested on their own initiative, raising issues about the quality of post-test counseling, or provider-patient communication during care.

Profile of people who retest several times

Many studies have highlighted that users of HTS are those who are most educated (29, 33) and those with a higher standard of living (29). In our analysis, people who seek client-initiated testing are those with at least a secondary education, especially for HIV-negative people. In terms of gender, there is no difference based on the individual's sex for voluntary requests for retesting. These practices differ from one country to another; for example, in Tanzania, it was demonstrated that men are the ones who retest more frequently (27), contrary to South Africa (5, 4). Our hypothesis is that in Burkina Faso, outside of the delivery of PMTCT services, men and women have the same access to community-based HTS. This is confirmed by the analysis according to HIV status, which shows no difference between males and females for voluntary requests to retest, for both HIV-positive and HIV-negative people. In 2010, an estimated 41.6% and 39.9% of female and male PLHIV, respectively, were informed of their results. As observed in South Africa, in our study those under 35 years seem to retest more often (5), contrary to what was observed in Tanzania (5, 33). People aged 20 to 34 years are better represented in HTS in Burkina Faso (18, 28). National HIV-testing campaigns, held annually, are the preferred testing strategy for men and reach more youths (under 24 years). At the time of the study, these campaigns accounted for half of the client-initiated tests performed annually, and that could explain our results. Retesting seems common among PLHIV, no matter what their socio-demographic category, with a higher tendency to retest among those from an urban setting (Ouagadougou), where one-third of the standalone testing centers are located (34).

Motivations for performing several tests

Individuals testing HIV negative seem more aware of the risks related to HIV and are quick to turn to testing when they have taken a risk, which could be a beneficial outcome of the counseling during the previous testing. Apart from practices to check HIV status regularly, the user's risk behaviors are the primary explicit reason for performing a second test (or more)

among men. This should be encouraged, as well as other motivations such as a previous test that is dated or major life plans (marriage, pregnancy). By contrast, other reasons for retesting may be irrelevant. This is the case for HIV-negative people who establish a timetable for periodic testing. Standards for HIV counseling and testing, pre-dating previous WHO recommendations on retesting, point to the need to have each person who tests HIV negative return three months later to confirm this result (25). Making normative documents conform to WHO guidelines from 2010 (11) and 2015 (24) will help limit wrong interpretations and poor understanding on the part of providers and users and will help influence the behaviors of those who have established quarterly intervals for getting themselves retested. In fact, WHO recommends counseling people who test HIV negative and who have "no known specific incidence of HIV exposure in the past three months and no ongoing HIV risk behaviors" only take another test if they have an HIV exposure risk (11). Correctly applying this last recommendation would optimize HTS services because analyses have shown that people taking their first test are generally more often infected than those who have already tested HIV negative (5, 35). Also, women often retest because of their partners whom they cannot force to get tested. Improving couples testing with greater support for women in order to reach partners could help limit requests for unwarranted tests.

Lastly, over one-third of PLHIV informed of their result retested on their own initiative due to lack of confidence in the previous result or for other reasons that do not appear to be medically based. This means that communication about HIV should be reviewed at the national level in order to deliver accurate information on the virus and AIDS.

Limits and relevance of the study

For this study, two-thirds of the data were collected in the capital (Ouagadougou) where good accessibility to services could influence a person's desire to retest, which could prevent extrapolating the results to the whole country. This study is not a longitudinal study and, therefore, cannot precisely date participants' successive testing practices nor estimate the incidence of HIV among HIV-negative individuals, which would have allowed for analyzing the impact of HIV counseling and testing on the behaviors of users of these services. Lastly, the collected data (number of tests, motivations, etc.) are statements, which can be affected by recall bias. Nevertheless, our analysis is the first of its kind carried out in this country and in any francophone West African country. It has assessed the extent of this practice and has provided data on motivations, which, if considered, could improve the effectiveness of HIV counseling and testing.

Conclusion

Our results show that many users of HTS do a retest. This practice, which is not always medically warranted, is essentially promoted by (a) the national testing policy; (b) the quality of post-test counseling, which varies depending on the subjects and makes people aware that they are "at risk" even though they may not always have the means or desire to protect themselves; and (c) unfounded beliefs. Taking into account the WHO recommendations from 2010 on retesting and improving the quality of post-test counseling should help reduce this practice to situations when it is useful. Requests that are unwarranted from a medical or public health point of view could be reduced by improving the quality of counseling that insists on the fact that an individual is HIV-positive for life despite alternative or religious treatments and also by getting users of counseling and testing facilities to have greater trust in the care services delivered there. The use of self-tests could be an alternative to the practice of repeated tests in various structures.

References

1. WHO. Global update on HIV treatment 2013: Results, impact and opportunities. Geneva, 2013. p. 126.http://www.who.int/hiv/pub/progressreports/update2013/en/

2. WHO. Global update on the health sector response to HIV, 2014: HIV reporting. 2014 HIV reporting. Geneva, 2014.

3. UNAIDS (2014) The Gap Report http://www.unaids.org/sites/default/files/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2014/UNAIDS_Gap_report_en.pdf

4. Fiorillo SP, Landman KZ, Tribble AC, Mtalo A, Itemba DK, Ostermann J, et al. Changes in HIV risk behavior and seroincidence among clients presenting for repeat HIV counseling and testing in Moshi, Tanzania. AIDS Care. 2012; 1264–71.

5. Regan S, Losina E, Chetty S, Giddy J, Walensky RP, Ross D, et al. Factors Associated with Self-Reported Repeat HIV Testing after a Negative Result in Durban, South Africa. PloS One. 2013. Available at: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3156626/pdf/nihms310094.pdf

6. Tabana H, Doherty T, Swanevelder S, Lombard C, Jackson D, Zembe W, et al. Knowledge of HIV status prior to a community HIV counseling and testing intervention in a rural district of South Africa: results of a community based survey. BMC Infect Dis 2012. Available at: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3338079/

7. MacKellar DA, Valleroy LA, Secura GM, Bartholow BN, McFarland W, Shehan D, et al. Young Men's Survey Study Group. Repeat HIV testing, risk behaviors, and HIV seroconversion among young men who have sex with men: a call to monitor and improve the practice of prevention. J Acquir Immune Defic Syndr. 2002; 29:76–85.

8. Wimonsate W, Naorat S, Varangrat A, Phanuphak P, Kanggarnrua K, McNicholl J, et al. Factors associated with HIV testing history and returning for HIV test results among men who have sex with men in Thailand. AIDS Behav. 2011; 15:693–701.

9. Lorente N, Suzan-Monti M, Vernay-Vaisse C, Mora M, Blanche J, Fugon L, et al. Empowering HIV testing as a prevention tool: targeting interventions for high-risk men who have sex with men. AIDS Care. 2012; 24:1039–45.

10. Leaity S, Sherr L, Wells H, Evans A, Miller R, Johnson M, et al. Repeat HIV testing: high-risk behaviour or risk reduction strategy? AIDS. 2000; 31:547–52.

11. WHO. Delivering HIV test results and messages for retesting and counselling in adults. Geneva, 2010. Available at: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44278/1/9789241599115_eng.pdf

12. Kihunrwa A, Mbena H, Seni J, Kajura A, Matovelo D. Human immunodeficiency virus seroconversion and associated risk factors among pregnant women delivering at Bugando Medical Center in Mwanza, Tanzania. Ann Med Health Sci Res. 2014;4(5):733.

13. Shanks L, Klarkowski D, O'Brien DP. False Positive HIV Diagnoses in Resource Limited Settings: Operational Lessons Learned for HIV Programmes. Schindler M, editor. PLoS ONE. 2013;8(3):e59906.

14. Ndase P, Celum C, Kidoguchi L, Ronald A, Fife KH, Bukusi E, et al. Frequency of False Positive Rapid HIV Serologic Tests in African Men and Women Receiving PrEP for HIV Prevention: Implications for Programmatic Roll-Out of Biomedical Interventions. Garcia-Lerma JG, editor. PLOS ONE. 2015;10(4):e0123005.

15. Coulibaly M, Meda N, Yonaba C, Ouedraogo S, Congo M, Barry M, et al. Missed Opportunities for Early Access to Care of HIV-Infected Infants in Burkina Faso. Tang JW, editor. PLoS ONE. 2014;9(10):e111240.

16. Mulogo E, Batwala V, Nuwaha F, Aden A, Baine O. Cost effectiveness of facility and home based HIV voluntary counseling and testing strategies in rural Uganda. Afr Health Sci . 2013;13(2). Available at: http://www.ajol.info/index.php/ahs/article/view/93556

17. Parker LA, Jobanputra K, Rusike L, Mazibuko S, Okello V, Kerschberger B, et al. Feasibility and effectiveness of two community-based HIV testing models in rural Swaziland. Trop Med Int Health. July 2015;20(7):893-902.

18. Somé JF, Desclaux A, Ky-Zerbo O, Lougué M, Kéré S, Obermeyer C, et al. Campaigns for HIV testing, an effective strategy for universal access to prevention and treatment? The experience of Burkina Faso. Med Sante Trop. 2013;24(1):73-9.

19. Bassett IV, Govindasamy D, Erlwanger AS, Hyle EP, Kranzer K, van Schaik N, et al. Mobile HIV Screening in Cape Town, South Africa: Clinical Impact, Cost and Cost-Effectiveness. Kumar A, editor. PLoS ONE. 2014;9(1):e85197.

20. Tabana H, Nkonki L, Hongoro C, Doherty T, Ekström AM, Naik R, et al. A Cost-Effectiveness Analysis of a Home-Based HIV Counselling and Testing Intervention versus the Standard (Facility Based) HIV Testing Strategy in Rural South Africa. PLOS ONE. 2015;10(8):e0135048.

21. Hardon A, Vernooij E, Bongololo-Mbera G, Cherutich P, Desclaux A, Kyaddondo A et al. Women's views on consent, counseling and confidentiality in PMTCT: a mixed-methods study in four African countries. BMC Public Health. 2012;12(26).

22. Makhlouf Obermeyer C, Neuman M, Desclaux A, Wanyenze R, Ky-Zerbo O, Cherutich P et al. Associations between Mode of HIV Testing and Consent, Confidentiality, and Referral: A Comparative Analysis in Four African Countries. PLOS Med. 2012;9(10).

23. UNAIDS. 90-90-90: An ambitious treatment target to help end the AIDS epidemic http://www.unaids.org/en/resources/documents/2014/90-90-90.

24. WHO (2015). Consolidated guidelines on HIV testing services: 5Cs: consent, confidentiality, counselling, correct results and connection http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/hiv-testing-services/en.

25. SP/CNLS-IST. Normes et Directives nationales de conseil dépistage volontaire. Ouagadougou; 2008 Nov. Second edition.

26. Fiorillo SP, Landman KZ, Tribble AC, Mtalo A, Itemba DK, Ostermann J, et al. Changes in HIV risk behavior and seroincidence among clients presenting for repeat HIV counseling and testing in Moshi, Tanzania. AIDS Care. 2012;24(10):1264-71.

27. Matovu JKB, Gray RH, Kiwanuka N, Kigozi G, Wabwire-Mangen F, Nalugoda F, et al. Repeat Voluntary HIV Counseling and Testing (VCT), Sexual Risk Behavior and HIV Incidence in Rakai, Uganda. AIDS Behav. 2007;11(1):71-8.

28. INSD, ICF International. Burkina Faso: Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples (EDSBF-MICS IV). 2012. Available at: http://dial.academielouvain.be/downloader/downloader.php?pid=boreal:157456&datastream=PDF_01

29. Staveteig S, Wang S, Head SK, Bradley SE, others. Demographic patterns of HIV testing uptake in Sub-Saharan Africa: DHS Comparative Reports. Calverton, Maryland, USA: ICF International. 2013. Available at: http://www.measuredhs.com/pubs/pdf/CR30/CR30.pdf

30. Mabuto T, Latka MH, Kuwane B, Churchyard GJ, Charalambous S, Hoffmann CJ. Four Models of HIV Counseling and Testing: Utilization and Test Results in South Africa. PLoS ONE. 2014;9(7):e102267.

31. Suthar AB, Ford N, Bachanas PJ, Wong VJ, Rajan JS, Saltzman AK, et al. Towards Universal Voluntary HIV Testing and Counselling: A Systematic Review and Meta-Analysis of Community-Based Approaches. PLoS Med. 2013;10(8). Available at: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3742447/

32. Labhardt ND, Motlomelo M, Cerutti B, Pfeiffer K, Kamele M, Hobbins MA, et al. Home-Based Versus Mobile Clinic HIV Testing and Counseling in Rural Lesotho: A Cluster-Randomized Trial. PLoS Med. 2014;11(12):e1001768.

33. Raphael Isingo, Alison Wringe, Jim Todd, Mark Urassa, Doris Mbata, Griter Maiseli, Rose Manyalla, John Changalucha, Julius Mngara, Ester Mwinuka and Basia Zaba. Trends in the uptake of voluntary counselling and testing for HIV in rural Tanzania in the context of the scale up of antiretroviral therapy. Trop Med Int Health. Aug 2012;17(8):e15-25.

34. O. Ky-Zerbo & C. Compaoré (2015). Etat des lieux de l'offre et de la demande du conseil dépistage en milieu communautaire au Burkina Faso. Ouagadougou

35. Bradley H, Tsui A, Kidanu A, Gillespie D. Client Characteristics and HIV Risk Associated with Repeat HIV Testing Among Women in Ethiopia. AIDS Behav. 2011;15:725-33.

Figure 1. Motivations to retest among PLHIV, MATCH 2008 Burkina

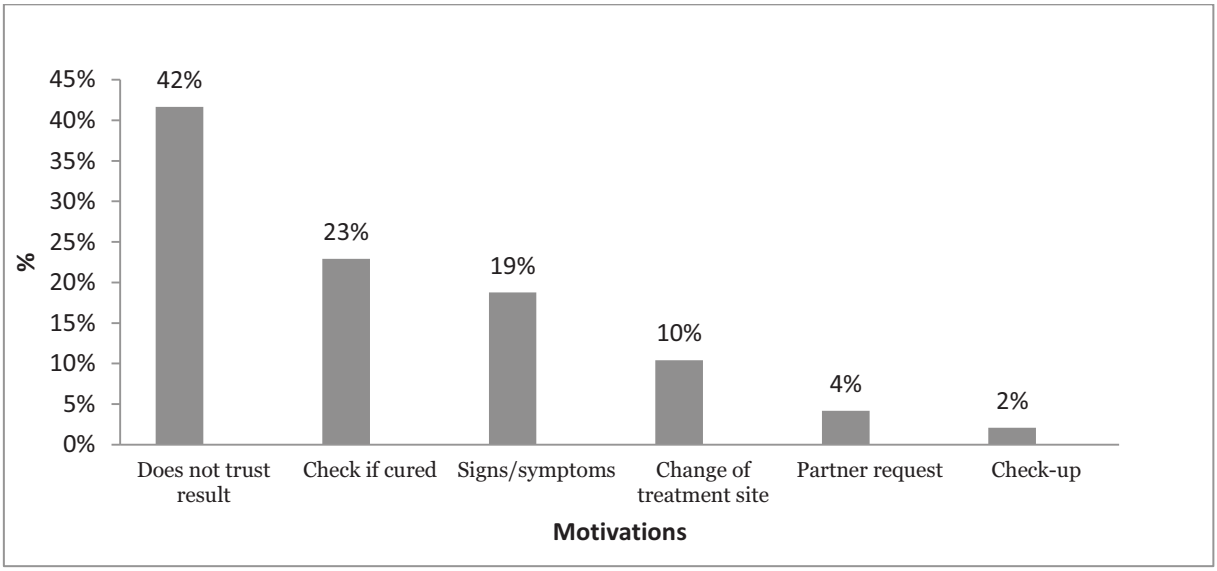
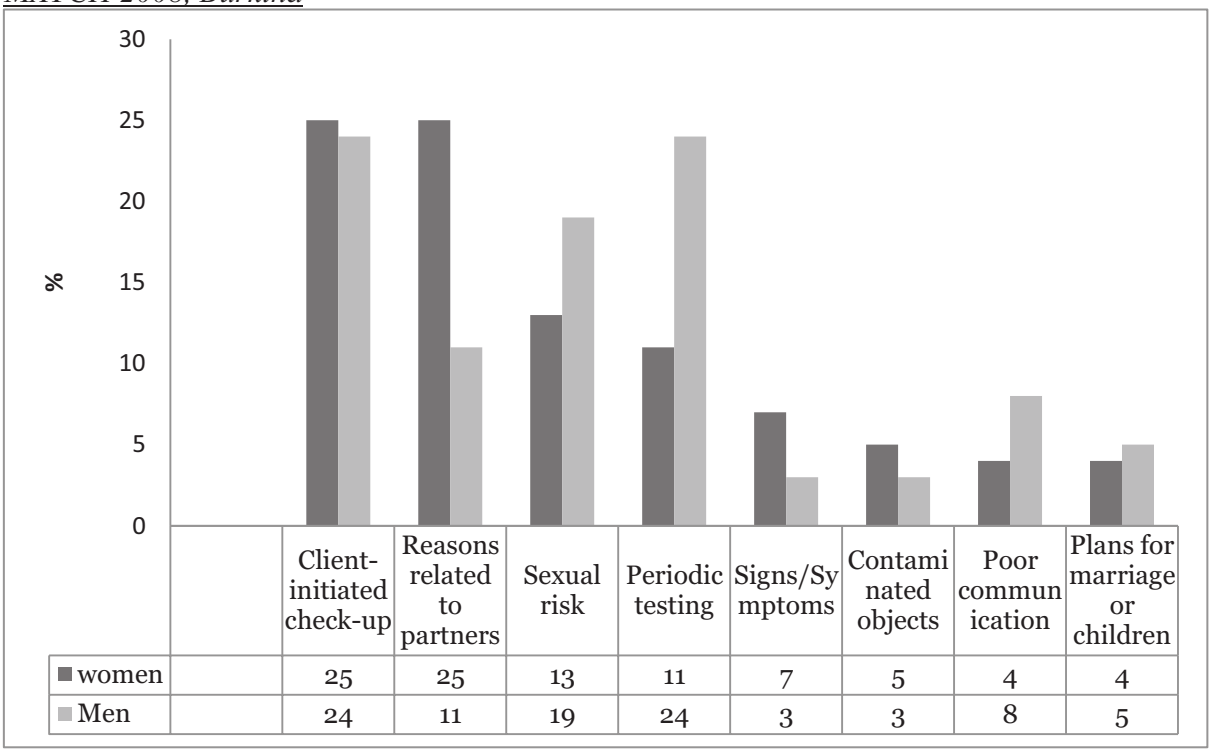


Figure 2. Motivations for a second (or more) client-initiated test among HIV people by sex, MATCH 2008, Burkina



	Client-initiated check-up	Reasons related to partners	Sexual risk	Periodic testing	Signs/Symptoms	Contaminated objects	Poor communication	Plans for marriage or children
women	25	25	13	11	7	5	4	4
Men	24	11	19	24	3	3	8	5

Table 1. Utilization of services, by socio-demographic characteristics and number of tests performed, MATCH 2008, Burkina Faso

Characteristic	Number (%) N=376	Tested 1 time N=146	Tested 2 times or more (N=230)	p
Sex				
Female	239 (64)	104 (44)	135 (56)	0.01
Male	137 (36)	42 (31)	95 (69)	
Marital status				<0.001
Single	153 (41)	42 (28)	111 (72)	
Lives with partner	156 (41)	66 (42)	90 (58)	
Separated/widowed	67 (18)	38 (57)	29 (43)	
Education				
No formal education	89 (24)	51 (57)	38 (43)	
Primary school	80 (21)	39 (49)	41 (51)	<0.001
Secondary school	167 (44)	49 (29)	118 (71)	
College	40 (11)	7 (18)	33 (82)	
Age				<0.001
18–24 years	86 (23)	24 (28)	62 (72)	
25–34 years	148 (39)	46 (31)	102 (69)	
35 +	142 (38)	76 (54)	66 (46)	
HIV status				
HIV+	129 (35)	80 (62)	49 (38)	<0.001
HIV-	239 (65)	63 (26)	176 (74)	
Testing site				<0.001
Public	77 (21)	46 (60)	31 (40)	
Association/NGO	299 (79)	100 (33)	199 (67)	
Residential setting				
Urban	265 (70)	92 (35)	173 (65)	0.01
Peri-urban/rural	111 (30)	54 (49)	57 (51)	

Table 2. Factors associated with performing two or more client-initiated tests, MATCH 2008, Burkina Faso

Characteristic	**% tests ≥2**	**Adjusted OR (CI 95%)**	**p**
Sex			
Female	56	1	
Male	69	0.61[0.37–1.01]	0.05
Education			
No formal education	43	1	
Primary school	51	1.10[0.57–2.11]	0.7
Secondary school	71	2.28[1.25–4.15]	0.007
College	82	3.02[1.13–8.08]	0.02
Age			
35 +	46	1	
18–24 years	72	2.02[1.05–3.88]	0.03
25–34 years	69	2[1.18–3.38]	0.01
HIV status			
HIV+	38	1	
HIV-	74	2.70[0.15–47.16]	0.4
Testing site			
Public	40	1	
Association/NGO	67	0.36[0.20–0.64]	0.001
Residential environment			
Peri-urban/rural	51	1	
Urban	65	1.96[1.16–3.31]	0.01

Table 3. Factors associated with the practice of two or more tests by HIV status, MATCH 2008, Burkina Faso

	HIV negative				HIV positive			
	Number of tests				Number of tests			
Characteristic	Total (N=239)	1 time (N=63)	≥2 (N=176)	p	Total (N=129)	1 time (N=80)	≥2 (N=49)	p
Sex								
Female	131	38	93	0.3	105	64	41	0.6
Male	108	25	83		24	16	8	
Marital status								
Single	129	29	100		22	12	10	0.6
Lives with partner	93	27	66	0.2	57	37	20	
Separated/widowed	17	7	10		50	31	19	
Education								
No formal education	34	16	18		52	33	19	
Primary school	42	13	29	0.01	38	26	12	0.6
Secondary school	126	28	98		37	20	17	
College	37	6	31		2	1	1	
Age								
18–24 years	79	22	57		7	2	5	0.1
25–34 years	103	20	83	0.05	41	25	16	
35 +	57	21	36		81	53	28	
Testing site								
Public	17	6	11	0.3	58	39	19	0.2
association/NGO	222	57	165		71	41	30	
Residential environment								
Urban								
Peri-urban/rural	165	38	127	0.1	95	52	43	0.004
	73	25	48		34	28	6	

Table 4. HIV-negative persons' motivations for retesting

Main motivations	Sub-categories	Frequency	Example quotes
Approach to monitor/check status, with no risk mentioned 44%	Time since the last test is believed to be long	26%	▪ It had been a little long and I wanted to renew [redo] the test... ▪ Since I took a long time and since you can get infected at any time is why I came to check
	The client set a period of time for checking his or her status	11%	▪ ...it's good to do it once a year because it's not only from sexual relations that you can get it... ▪ Since my first test that was negative, I regularly do a check-up test and it's one of my habits to check
	The client misunderstood the messages reported at the HIV test	7%	▪ ... because when I came for the first test, they told me to come every three months to get tested ▪ Because they say to renew the test [retest] every three months
Reasons related to partner 20%	Partner's behaviors	11%	▪ ... because men aren't responsible, I came to get tested to know if I had AIDS or not. ▪ ... with a husband, you have to be ready for anything
	Test done at the partner's request or in the context of couple's testing	7%	▪ I have a friend who is asking me to do it ▪ My partner wanted to know my status; that's why I wanted to get updated [retest]
	Sick or deceased partner	2%	▪ I learned that my boyfriend is sick... based on rumors in Ouaga, they say that he's sick ... I see him taking medicines... ▪ I had two wives. I've been with the second one for seven years; we had two children, both have died...
The client's own sexual behaviors		17%	▪ I have a boyfriend; we had unprotected sex; before, I ran another risk with another person without protecting myself ▪ Because I'm interested in knowing because despite everything they say, I took risks, unprotected sexual relations...
Exposure to contaminated objects		4%	▪ It's to check ... At the beauty parlor, the hairdresser pricked my with her needle... ▪ It's possible that I had contact with blood when I was getting my hair done...
Plans to marry/have children		5%	▪ I do it regularly. It's to clarify [check] my status vis-à-vis my current partner to get married ▪ I am getting married soon; I want to reassure myself before committing myself

HIV-related signs/symptoms		5%	▪ I haven't felt well the last few days; I sleep, I wake up suddenly, I'm scratching myself, ... ▪ I had nausea for a long time. I didn't get treated but I didn't get better [either], so I decided to get tested
Other		5%	▪ We did this test because we were challenged and everyone wanted to know their serostatus ▪ An HIV-positive child that I'm currently taking care of at the hospital. In fact, the little one bit me...

7.2.5. La stigmatisation des PVVIH au Burkina Faso

7.2.5.1. Article 4. La stigmatisation des PVVIH en Afrique : analyse de ses formes et manifestations au Burkina Faso

Voir page suivante

CAIRN.INFO
Chercher, repérer, avancer.

LA STIGMATISATION DES PVVIH EN AFRIQUE : ANALYSE DE SES FORMES ET MANIFESTATIONS AU BURKINA FASO

Odette Ky-Zerbo *et al.*

S.F.S.P. | *Santé Publique*

2014/3 - Vol. 26
pages 375 à 384

ISSN 0995-3914

Article disponible en ligne à l'adresse:

---

http://www.cairn.info/revue-sante-publique-2014-3-page-375.htm

---

Pour citer cet article :

Ky-Zerbo Odette *et al.*, « La stigmatisation des PVVIH en Afrique : analyse de ses formes et manifestations au Burkina Faso »,
Santé Publique, 2014/3 Vol. 26, p. 375-384.

Distribution électronique Cairn.info pour S.F.S.P..
© S.F.S.P.. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

Document téléchargé depuis www.cairn.info - - - 41.138.123.51 - 27/07/2014 02h35. © S.F.S.P.

Recherche originale

La stigmatisation des PVVIH en Afrique : analyse de ses formes et manifestations au Burkina Faso

HIV/AIDS stigma in Africa: analysis of its forms and manifestations in Burkina Faso

Odette Ky-Zerbo[1], Alice Desclaux[2], Jean-François Somé[3], Khalil El Asmar[4], Philippe Msellati[5], Carla Makhlouf Obermeyer[6]

Résumé

Introduction : L'impact négatif de la stigmatisation sur la prévention du VIH et la prise en charge a été documenté. La stigmatisation a été analysée au plan qualitatif au Burkina Faso, où la prévalence VIH est faible (1 %). Des mesures quantitatives sont encore nécessaires pour identifier les formes et manifestations majeures de la stigmatisation.

Méthodologie : Dans le cadre de l'étude MATCH (*Multi-country African Study on Testing and Counselling for HIV*), une étude transversale a été conduite auprès de personnes ayant déjà fait le test VIH. Les personnes séropositives ont été interrogées sur les conséquences du résultat VIH+. Leur vécu de la stigmatisation a été évalué à travers 20 indicateurs de manifestations de la stigmatisation, regroupés en trois formes de stigmatisation/discrimination.

Résultats : Au total, 219 PVVIH ont été recrutées. L'auto-stigmatisation est la forme majeure de stigmatisation. Elle est estimée dans cette étude à 46 % comparativement à la stigmatisation dans les relations interpersonnelles évaluée à 40 % et la stigmatisation dans les services de santé qui est de 11 %. L'expérience de la stigmatisation dans les relations interpersonnelles est davantage rapportée par les PVVIH qui ont partagé leur résultat, celles qui ont un faible niveau de scolarisation, les veufs/veuves ou séparés, et les membres d'association. La stigmatisation dans les services de santé est rapportée plus souvent par les membres d'associations.

Conclusion : Les programmes de prise en charge doivent, parallèlement à l'extension des antirétroviraux, intégrer un volet psychologique plus adapté aux besoins. Les activités d'appui psychosocial ciblant davantage l'individu doivent être développées, surtout au sein des associations.

Mots-clés : Événements de vie ; Prise en charge de la maladie ; Séropositivité VIH ; Stigmate social ; Burkina Faso.

Summary

Introduction: *Negative impact of stigma on HIV care and prevention is documented. Qualitative approaches were used to describe its importance in Burkina Faso (1% of HIV prevalence) and need to be completed by quantitative estimations of the main manifestations and categories of stigma.*

Methodology: *During the MATCH study (Multi-country African Study on Testing and Counselling for HIV) conducted in 2007-2008, 219 people tested HIV positive (PLWHA) were interviewed by means of a quantitative questionnaire. One of the topics concerned their experience of the consequences of HIV positive results using 20 items on stigma manifestations, classified into 3 categories: stigma in health care services (7 items), interpersonal stigma (10 items) and internal stigma (3 items).*

Results: *Internal stigma is the major category experienced by PLWHA in Burkina Faso (46%) compared to 40% for interpersonal stigma and 11% for stigma in health care facilities). PLWHA who disclosed their HIV result, widows or separated persons, those with a lower level of education, PLWHA who joined community-based organizations are more likely to experience interpersonal stigma. Stigma in health care facilities is more frequently reported by PLWHA who joined community-based organizations. Internal stigma affects all PLWHA, with no significant differences in terms of age categories or gender.*

Conclusion: *Antiretroviral scaling-up programmes must integrate more adapted psychology support aspects. Psychosocial activities, targeting persons and not groups, must be part of PLWHA care in Burkina Faso, especially in community-based organizations.*

Keywords: *Life change events; Disease management; HIV seropositivity; Social stigma; Burkina Faso.*

[1] PAMAC – Immeuble Oubda Placide – Avenue de la Liberté – 11 BP 1023 CMS – Ouagadougou 11 – Burkina Faso.
[2] IRD, UMI 233 TransVIHMI. Centre de recherche de Fann (CRCF). Dakar – Sénégal.
[3] PNUD – Lomé – Togo.
[4] Université Américaine de Beyrouth – Liban.
[5] UMI 233 TransVIHMI – Centre de Coordination du site ANRS. IRD, Montpellier I et Hôpital Central de Yaoundé – Cameroun.

Correspondance : O. Ky-Zerbo
kyzerbo_odette@yahoo.fr

Réception : 02/10/2013 – *Acceptation :* 22/05/2014

Introduction

Les premières années de l'épidémie du VIH ont été marquées par des attitudes, des comportements et des actes défavorables à l'égard des personnes vivant avec le VIH (PVVIH) et de leur entourage. Ces réactions observées par ailleurs à l'égard d'autres malades, d'autres individus ou d'autres groupes du fait de la connotation négative de la pathologie dont ils souffrent ou de leur appartenance ethnique ou religieuse, ont été qualifiées de « stigmatisation ». L'analyse fondatrice de ce processus par E. Goffman définit le stigmate comme « toute caractéristique propre à l'individu qui, si elle est connue, le discrédite aux yeux des autres ou le fait passer pour une personne d'un statut moindre » [1]. Des institutions comme l'ONUSIDA en ont adopté des définitions propres [2] et de nombreuses interprétations sociologiques de la stigmatisation à propos de l'épidémie du VIH ont été développées [3-5]. Du fait de ses conséquences psychosociales, la crainte de la stigmatisation entraîne la peur et la réticence vis-à-vis du test VIH, constitue une barrière à l'accès et à l'adhésion aux traitements et motive le non respect des consignes de prévention [6]. L'autostigmatisation, encore appelée « stigmatisation interne », est une forme de stigmatisation définie par le fait que la PVVIH développe des sentiments de dépréciation à son propre égard ou adopte (de manière consciente ou pas) des attitudes et comportements qui marquent sa différence avec les autres [7, 8]. Elle est caractérisée par l'acceptation des croyances et des actions stigmatisantes, une mauvaise perception de soi-même (honte, blâme, culpabilisation), l'abandon de toute ambition dans la vie et l'auto isolement des relations et activités sociales [9]. Les PVVIH vivant cette situation sont plus exposées à la dépression que les autres [10].

Au Burkina Faso, les PVVIH sont confrontées à la stigmatisation et à la discrimination, documentées par des approches qualitatives. En 2001, une analyse de la situation réalisée par l'ONUSIDA et le réseau africain des personnes vivant avec le VIH (RAP+) dans six pays d'Afrique de l'Ouest et du Centre incluant le Burkina Faso a montré une situation de stigmatisation alarmante pour les PVVIH, aussi bien dans leur famille que dans les structures de soins et de prévention [11]. En 2002-2003, une investigation qualitative des processus qui anticipent ou conduisent à la stigmatisation, détaillait cette autostigmatisation et montrait comment dans les associations elle se combine avec des mises à distance liées au niveau socio-économique, au sexe, à l'âge. Le personnel soignant, partagé entre le respect de l'éthique et le souci de se protéger d'une contamination professionnelle dont il surestime le risque dans les actes de soins, se tient souvent en retrait vis-à-vis des PVVIH [12, 13]. Au niveau national, pour répondre à cet obstacle à la lutte contre le VIH, les acteurs (État, ONG, associations) ont intégré la lutte contre la stigmatisation dans la mise en œuvre des activités de lutte contre le sida [14].

À la fin des années 2000, les attitudes de rejet et de critique sont moins fréquemment observées, ce qui peut être expliqué par divers facteurs : le fait que de nombreuses familles ont connu des cas de sida, dont l'expérience a remis en question les discours de condamnation morale ; l'amélioration du niveau des connaissances sur les modes de transmission qui a fait reculer la crainte de contagion ; et la disponibilité des traitements qui a permis aux personnes séropositives d'avoir une relative bonne santé leur permettant de mener une vie productive. Mais la stigmatisation n'a pas totalement disparu, dans un contexte de réduction significative de la prévalence. De plus, les mesures de lutte contre la stigmatisation semblent ambivalentes et difficiles à évaluer notamment du fait de l'absence de données précises, approfondies et actualisées, concernant son ampleur [15]. Les premières données quantitatives sur la stigmatisation au Burkina Faso sont récentes et mettent en évidence des niveaux élevés de stigmatisation de la part de la population envers les PVVIH et d'autostigmatisation chez celles-ci. Dans le rapport EDS-IV [16], un indice composé de quatre questions a été défini pour mesurer « le niveau de tolérance vis-à-vis des PVVIH »[1]. L'étude qualifie de « faible » le niveau de tolérance ainsi mesuré. Une analyse de l'expérience des PVVIH, comparative entre le Burkina Faso, le Kenya, le Malawi et l'Ouganda, faite dans le cadre de l'étude MATCH (*Multi-country African Study on Testing and Counselling for HIV*) a montré que 40 % des participants ont vécu une situation de stigmatisation au cours des douze derniers mois au Burkina Faso [17].

L'objectif de cet article est de faire un état des lieux de la stigmatisation au Burkina Faso dans ce contexte évolutif à partir du point de vue de ceux qui la subissent. Nous espérons ainsi contribuer à une meilleure compréhension des manifestations et des formes de stigmatisation, et appréhender les caractéristiques des personnes les plus susceptibles d'internaliser la stigmatisation et d'en subir les conséquences.

[1] Soutien à domicile d'une PVVIH, achat de légumes chez une PVVIH, acceptation qu'une enseignante PVVIH qui n'est pas malade continue d'exercer sa profession, favorable à la divulgation du statut VIH positif d'un membre de la famille.

Document téléchargé depuis www.cairn.info - - - 41.138.123.51 - 27/07/2014 02h35. © S.F.S.P.

Méthodologie

Contexte et cadre de l'étude

Le Burkina Faso connaît une épidémie généralisée, avec une prévalence VIH estimée à 1 % [18]. L'ensemble des districts sanitaires dispose d'au moins un centre de prise en charge médicale des PVVIH, et 140 associations contribuent au plan national à la prise en charge communautaire des PVVIH. Cette étude a été réalisée dans le cadre du projet MATCH qui avait pour objectif général d'identifier les motivations et les obstacles à la pratique du test VIH et de comparer différentes approches du dépistage VIH dans quatre pays (Burkina Faso, Kenya, Malawi, Ouganda), dont la méthodologie détaillée a déjà été présentée ailleurs [19].

Les sites d'étude

Au Burkina Faso, l'étude quantitative a eu lieu en milieux urbain (2 district urbains de Ouagadougou) et rural (le district de Dédougou qui couvre également des CSPS ruraux). Quatre catégories de sites ont été concernées : les centres de conseil dépistage volontaire (CDV), les lieux de prise en charge du VIH (médicale et communautaire), les centres de santé maternelle et infantile (SMI) et les centres de diagnostic et de traitement de la tuberculose (CDT). Ces sites accueillent respectivement les personnes qui font le test à leur propre initiative, des personnes se sachant séropositives, les femmes enceintes et les patients souffrant de tuberculose. Au total, cinq CDV autonomes (quatre à Ouagadougou et un à Dédougou), huit structures de prise en charge (six à Ouagadougou et deux à Dédougou), cinq SMI (deux à Ouagadougou et trois à Dédougou) et deux CDT de la ville de Ouagadougou ont été concernés. Les PVVIH interviewées relèvent toutes du milieu urbain (Ouagadougou) et semi urbain (ville de Dédougou).

Collecte et analyse des données

L'enquête de type transversal a concerné les utilisateurs des services cités ci-dessus, âgés d'au moins 18 ans, qui avaient déjà fait le test et en connaissaient le résultat. Dans les associations de prise en charge communautaire des personnes infectées et affectées par le VIH et les CDT, les utilisateurs ont préalablement été informés de l'étude par le personnel de ces sites. Les utilisateurs des SMI et CDV ont été systématiquement approchés après le conseil post test par les enquêteurs qui leur ont proposé la participation à l'étude. Seules les personnes consentant à prendre part à l'étude ont été orientées vers les enquêteurs. La relation avec les enquêtés a été établie de manière à respecter leurs souhaits concernant le moment et le lieu de l'entretien. Nos informateurs préféraient la plupart du temps que les entretiens aient lieu dans les associations ou autres lieux de prise en charge où leur statut VIH et l'objet de l'étude étaient déjà connus. Ce choix semblait à leurs yeux atténuer le risque de stigmatisation. Les données ont été recueillies à l'aide d'un questionnaire, avec des questions fermées et semi ouvertes. Le protocole de l'étude a été approuvé par le comité d'éthique pour la recherche en santé du Burkina Faso et par le comité d'éthique de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Les données ont été recueillies d'avril à août 2008, puis analysées sur Stata10.

Les manifestations et les formes de stigmatisation étudiées

Afin d'analyser les manifestations de stigmatisation vécues par les PVVIH, 20 items liés à la stigmatisation/discrimination ont été abordés avec elles. Ces items ont été choisis à partir de la revue de la littérature sur la stigmatisation vis-à-vis des PVVIH et l'exploitation des outils validés par l'OMS [6] et selon un processus décrit de manière détaillée ailleurs [17].

Ces items ont été regroupés en catégories, constituant des « formes de stigmatisation » pouvant chacune constituer une barrière à la prévention ou à la prise en charge du VIH (tableau II) : stigmatisation dans les services de santé par le personnel (sept items), stigmatisation dans les relations interpersonnelles s'exerçant ailleurs qu'au sein des structures sanitaires (social, familial, professionnel) (dix items) et l'autostigmatisation (trois items).

Résultats

Description de la population d'enquête

Au total, 219 PVVIH, d'un âge moyen de 37,5 ans, ont été interviewées. Il s'agit surtout de femmes (78,5 %). La plupart de ces personnes vivent en couple (48 %), avec un nombre élevé de veuves/veufs (27 %). La majorité des participants vivent en milieu urbain (72 %) et 39,7 % n'ont pas reçu une éducation formelle. La durée moyenne de

Document téléchargé depuis www.cairn.info - - - 41.138.123.51 - 27/07/2014 02h35. © S.F.S.P.

connaissance du statut VIH est de deux ans et demi. La moitié d'entre elles sont membres d'une association de soutien aux PVVIH (50,5 %). Il y a 87,6 % des répondants qui ont partagé le résultat avec quelqu'un de l'entourage. Les confidents sont par ordre d'importance : les frères et sœurs (51 %), les parents biologiques (34 %), les enfants et les amis (respectivement 19 % et 18 %). La grande majorité des personnes mariées ou vivant en concubinage ont informé leur partenaire de leur statut VIH (81 %).

Les formes et les manifestations de stigmatisation/discrimination

La distribution des formes de stigmatisation/discrimination vécues par les PVVIH par catégorie sociodémographique est présentée dans le tableau I.

Le tableau II présente les relations entre formes de stigmatisation et catégories sociodémographiques.

La stigmatisation dans les relations interpersonnelles

Le tableau I montre que dans la catégorie « stigmatisation dans les relations interpersonnelles », seule l'affirmation « *les gens agissent ou pensent que c'est de ma faute si je suis infecté(e) par le VIH* » est davantage validée par les hommes que les femmes (26,1 % *versus* 21 %). Pour les neuf autres affirmations, la proportion de femmes ayant approuvé l'une ou l'autre est toujours supérieure ou égale à celle des hommes. Enfin les personnes séparées (veufs/veuves et divorcées) et celles qui ont un niveau de scolarisation intermédiaire (primaire) vivent plus ces manifestations de stigmatisation que les personnes non scolarisées et celles qui ont au moins le niveau secondaire.

En somme, 88 PVVIH interviewées (40,2 %) ont déclaré avoir vécu au moins une manifestation de stigmatisation dans le cadre familial, social ou professionnel.

Le tableau II montre que celles qui ont partagé leur résultat VIH avec quelqu'un de l'entourage sont davantage concernées ($p = 0,03$). Toutes les catégories d'âge subissent la stigmatisation dans les relations interpersonnelles, sans qu'une catégorie d'âge soit statistiquement plus concernée que les autres. Le comportement négatif de la part de l'entourage ne semble pas non plus être lié au sexe. Les personnes qui ont un niveau d'éducation primaire semblent être plus affectées par la stigmatisation dans les relations interpersonnelles que celles qui ne sont pas scolarisées ou celles qui ont un niveau d'éducation plus élevé ($p = 0,03$). Les PVVIH membres d'une association en sont plus affectées ($p = 10^{-3}$). Et, les personnes séparées et celles qui sont veuves rapportent plus de stigmatisation dans les relations interpersonnelles que les célibataires et les personnes qui vivent en couple ($p = 0,02$). Enfin la stigmatisation dans les relations interpersonnelles semble être la même en milieu urbain et semi urbain ($p = 0,4$).

La stigmatisation dans les services de santé

La manifestation de stigmatisation majeure dans les services de santé reste la perception d'une prise de mesures de protection excessives par le personnel de santé (tableau I), autant vécue par les hommes (6,7 %) que les femmes (6,6 %). Les PVVIH scolarisées rapportent plus souvent que le personnel de santé a pris plus de précautions avec elles qu'avec les autres patients. En ce qui concerne l'âge, les PVVIH de 35 ans et plus rapportent davantage l'ensemble des manifestations de stigmatisation dans les services de santé que les plus jeunes.

Suivant le tableau II, peu de PVVIH ont été confrontées à la stigmatisation dans le cadre des soins (11 %). Elle est plus souvent rapportée par des PVVIH membres d'une association ($p < 0,03$), sans que cela ne soit lié au sexe, à l'âge, au statut matrimonial ou au lieu de résidence.

L'autostigmatisation

L'autostigmatisation est la forme de stigmatisation majeure vécue par les PVVIH (45,6 % contre 40,2 % pour la stigmatisation dans les relations interpersonnelles et 11 % de stigmatisation dans les services de santé) (tableau II). Statistiquement, toutes les PVVIH sont concernées sans prédominance d'une catégorie de population définie par l'âge, le sexe, etc.

Le tableau I montre que l'affirmation « *sentiment d'être inutile* » prédomine sur les deux autres car 36 % des PVVIH l'ont vécue au cours des douze mois précédant l'étude. Également 21 % d'entre elles se sont isolées de leur famille ou de leurs amis tandis que 11 % des PVVIH se sentent coupables d'être infectées par le VIH.

L'importance de l'auto-stigmatisation mérite une analyse plus détaillée en ce qui concerne ses manifestations. Cette analyse est présentée dans le tableau III qui décrit leur distribution par catégorie sociodémographique.

- *L'auto-isolement vis-à-vis de la famille et des amis*

La seule variable statistiquement liée à l'auto-isolement est le statut matrimonial, les personnes vivant en couple étant moins affectées ($p = 0,01$). Il n'y a pas de différence statistiquement significative concernant les autres variables. On observe que les proportions d'hommes et de

Document téléchargé depuis www.cairn.info - - - 41.138.123.51 - 27/07/2014 02h35. © S.F.S.P.

Tableau I : Distribution des formes et des manifestations de stigmatisation vécue par les PVVIH par catégorie sociodémographique, MATCH 2008 Burkina Faso

Formes et manifestations de stigmatisation	Sexe		Catégorie d'âge				Statut matrimonial				Scolarisation			
	Femmes	Hommes	20-24	25-34	35-44	45+	Célibataire	Vie de couple	Séparés	Veufs	Non scolarisés	Primaire	Second+	Total
La stigmatisation/discrimination dans les relations interpersonnelles														
Exclu(e) des événements sociaux	4,8	2,2	0	4	5,6	6,3	6,3	4	0	5,2	2,4	5,6	2,8	4,20
A été abandonné(e) par époux/épouse	13,8	8,9	0	13,3	10	9,4	9,4	8	31,8	15,5	12,2	16,9	7,1	12,7
Insultes/injures	21	11,1	0	16	22,2	12,5	12,5	19	18,2	22,4	12,2	28,2	1,3	18,9
Agressions physiques	3,6	0	0	4	2,2	6,3	6,3	1	4,5	3,6	2,4	5,6	0	2,8
Perte d'emploi	3,6	2,2	0	2,7	4,4	9,4	9,4	1	9,1	1,7	1,2	5,6	1,4	3,3
Expulsé(e) du logement	1,8	2,2	0	2,7	1,1	3,1	3,1	1	9,1	0	1,2	2,8	1,4	1,9
Dépouillé(e) de ses biens	3,6	0	0	2,7	2,2	0	0	1	4,5	6,9	1,2	6	1,4	2,8
Des gens évitent de me toucher	16,8	15,2	10	16	14,4	12,5	12,5	11,9	27,3	22,4	14,6	18,3	14,3	16,4
Les gens semblent être mal à l'aise avec moi	19,2	19,6	20	13,3	18,9	9,4	9,4	14,9	31,8	27,6	15,9	25,3	14,3	19,2
Les gens agissent ou pensent que c'est de ma faute	21	26,1	20	17,3	21,1	15,6	15,6	21,8	27,3	24,1	19,5	28,2	15,7	22,1
Stigmatisation dans les services de santé														
On vous a refusé les soins	0,6	0	0	0	1,1	0	0	0	4,5	0	1,2	0	0	0,5
Des agents de santé vous ont négligé(e) ou ont évité de vous soigner	3	0	0	2,7	0	3,1	3,1	3	4,5	0	1	2,8	2,8	2,4
On vous a refusé les soins que vous devriez avoir	1,2	0	0	0	0	0	0	0	4,5	1,8	0	2,8	0	0,9
Vous avez reçu des soins de moindre qualité	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Le personnel était mal à l'aise avec vous à cause de votre statut VIH	2,4	0	0	1,3	2,2	3,1	3,1	2	4,5	0	0	1,4	1,4	1,9
Le personnel a pris plus de précautions avec vous	6,6	6,7	10	5,3	6,7	12,5	12,5	4	13,6	5,2	3,7	7	7,1	6,6
On vous a manqué de respect	2,4	0	0	1,3	0	0	0	2	4,5	1,7	1,2	1,4	0	1,9
Autostigmatisation														
S'est isolé(e) de la famille ou des amis au cours des 12 derniers mois	21,7	20	20	13,3	22,2	21,9	21,9	13,1	40,1	27,6	22,2	21,1	17,1	21,3
S'est senti(e) parfois inutile parce que séropositif au VIH	40,7	26,7	20	40	32,2	37,5	37,5	31	63,6	36,2	37,8	36,6	25,7	35,9
Se sent coupable d'avoir le VIH	8,4	26,7	10	8	11,1	9,4	9,4	14	18,2	6,9	8,5	14,1	11,4	11,8

Document téléchargé depuis www.cairn.info - - - 41.138.123.51 - 27/07/2014 02h35. © S.F.S.P.

Tableau II : Comparaison des PVVIH par forme de stigmatisation, MATCH 2008 Burkina Faso

Caractéristiques	Stigmatisation dans les relations interpersonnelles (N = 88)			Stigmatisation dans les services de santé (N = 24)			Autostigmatisation (N = 102)		
	Nombre	Pourcentage	p value	Nombre	Pourcentage	p value	Nombre	Pourcentage	p value
Sexe									
Féminin	74	43	0,1	21	12,2	0,2	78	45,4	0,4
Masculin	14	29,8		3	6,4		24	51,1	
Statut matrimonial									
Célibataire	8	25	0,02	5	15,6	0,2	16	50	0,2
Vit en couple	37	35,2		9	8,6		46	43,8	
Séparé/divorcé	11	47,8		5	21,7		15	65,2	
Veuves/veufs	32	54,2		5	8,5		25	42,4	
Âge									
20-24 ans	3	30	0,2	1	10	0,9	4	40	0,9
25-34 ans	27	36		7	9,3		35	46,7	
34-44 ans	35	38,9		10	11,1		41	45,6	
45+	23	52,3		6	13,6		22	50	
Éducation									
Pas d'éducation formelle	28	32,2	0,03	5	5,8	0,1	39	44,8	0,9
Primaire	37	52,1		9	12,7		34	47,9	
Secondaire +	23	37,7		10	16,4		29	47,5	
Partage du résultat									
Oui	82	43,2	0,03	21	11	0,9	93	48,9	0,1
Non	6	22,2		3	11,1		9	33,3	
Membre d'une association									
Oui	56	52,3	0,001	17	15,9	0,03	52	48,6	0,8
Non	31	29,5		7	6,7		50	47,6	
Référé(e) pour des soins									
Oui	70	42,7	0,3	16	9,8	0,1	80	48,8	0,5
Non	16	34,8		8	17,4		20	43,5	
Milieu de résidence									
Urbain	61	38,6	0,4	18	11,4	0,7	69	43,7	0,1
Semi urbain	27	44,3		6	9,8		33	54,1	

femmes qui ont eu tendance à s'isoler au cours des douze mois précédant l'étude sont sensiblement les mêmes (respectivement 21,7 et 20 %). Cette proportion reste comparable quel que soit le niveau de scolarisation. Les 25-34 ans sont les moins affectés. Les PVVIH sont plus souvent victimes d'auto-isolement lorsqu'elles ont partagé le résultat VIH (21,9 %) que lorsqu'elles ne l'ont pas fait (16,7 %). Enfin les PVVIH membres d'une association semblent vivre davantage l'auto-isolement (25,2 % *versus* 17,3 %).

• *Le sentiment d'être inutile*

Les PVVIH du milieu semi-urbain semblent plus éprouver le sentiment d'inutilité que celles du milieu urbain (p = 0,02). On observe aucune différence statistique significative selon les autres caractéristiques étudiées bien que les femmes aient plus tendance à se sentir inutiles que les hommes (38,3 % *versus* 26,7 %). Plus de la moitié des personnes séparées vivent ce sentiment (54,5 %).

• *Le sentiment de culpabilité*

La seule variable statistiquement liée au vécu du sentiment de culpabilité demeure le sexe ($p < 10^{-3}$). En effet, trois fois plus d'hommes que de femmes se sentent coupables d'être infectés par le VIH (respectivement 26,7 % et 7,8 %). Les PVVIH séparées de leur conjoint vivent plus ce sentiment de culpabilité que les autres. Les femmes âgées de 45 ans et plus sont plus affectées que les plus jeunes.

Document téléchargé depuis www.cairn.info - - - 41.138.123.51 - 27/07/2014 02h35. © S.F.S.P.

Tableau III : Distribution des manifestations de l'autostigmatisation des PVVIH par caractéristiques sociodémographiques, MATCH 2008 Burkina Faso

Caractéristiques	S'est isolé(e) de la famille ou des amis au cours des 12 derniers mois (N = 45)			S'est senti(e) parfois inutile parce que séropositif/ve au VIH (N = 76)			Se sent coupable d'avoir le VIH (N = 25)		
	Nb	%	p	Nb	%	p	Nb	%	p
Sexe									
Féminin	36	21,7	0,8	64	38,3	0,1	13	7,8	$<10^{-3}$
Masculin	9	20		12	26,7		12	26,7	
Statut matrimonial									
Célibataire	7	21,9	0,01	12	37,5	0,1	3	9,4	0,2
Vit en couple	13	13,1		31	31		14	14	
Séparé/divorcé	9	40,9		12	54,5		4	18,1	
Veuves/veufs	16	27,6		21	36,2		4	6,9	
Âge									
20-24 ans	2	20	0,1	2	20	0,6	1	10	0,3
25-34 ans	10	14,1		30	41,6		6	8,3	
34-44 ans	20	22,5		29	32,6		10	11,2	
45+	13	31,7		15	36,6		8	19,5	
Éducation									
Pas d'éducation formelle	18	22,2	0,9	31	37,8	0,9	7	8,5	0,5
Primaire	15	21,4		26	37,1		10	13,3	
Secondaire et plus	12	20		18	31,7		8	13,3	
Partage du résultat									
Oui	41	21,9	0,5	67	35,6	0,3	22	11,7	0,5
Non	4	16,7		9	37,5		3	12,5	
Membre d'une association									
Oui	27	25,2	0,1	39	36,2	0,5	12	11,2	0,2
Non	18	17,3		37	35,2		13	12,4	
Référé(e) pour des soins									
Oui	34	20,9	0,6	58	35,4	0,05	21	12,8	0,2
Non	10	21,7		16	34,8		4	8,7	
Milieu de résidence									
Urbain	31	20,4	0,5	49	30,8	0,02	16	10,1	0,4
Péri-urbain	14	23,7		27	45,8		9	15,2	

Discussion

Cette étude apporte des informations inédites concernant la répartition des formes de stigmatisation dans la population : 11 % des personnes ont éprouvé la stigmatisation dans les services de santé, 40 % dans les relations interpersonnelles en dehors des services de santé et 46 % ont des perceptions ou conduites autostigmatisantes. Les taux relativement élevés de partage du statut (supérieurs à 80 %), similaires dans notre étude et dans une autre étude menée à la même période auprès de patients des centres de santé du Burkina Faso, pourraient être expliqués par la disponibilité des traitements ARV désormais accessibles même dans les villes secondaires [20].

Le taux de stigmatisation dans les services de santé est faible, montrant ainsi une bonne acceptation des PVVIH par les personnels de santé. Cela a pu être favorisé par les multiples formations dispensées aux personnels de santé pour l'intégration du conseil et du dépistage dans leurs activités de routine et la prise en charge médicale des PVVIH. Néanmoins, cette forme de stigmatisation rapportée plus souvent par les PVVIH membres

Document téléchargé depuis www.cairn.info - - - 41.138.123.51 - 27/07/2014 02h35. © S.F.S.P.

d'associations mérite une analyse plus approfondie afin d'identifier le type de personnel de santé ou les services de santé au sein desquels les PVVIH se sentent moins bien traitées que les autres patients, afin que des actions correctrices puissent y être menées. En outre, des études complémentaires seraient nécessaires pour préciser dans quelle mesure les services de soins généralistes et où les risques d'accidents d'exposition aux liquides biologiques, comme les maternités, sont des lieux de plus ample stigmatisation que les services spécialisés de prise en charge des PVVIH.

La stigmatisation dans les relations interpersonnelles semble plus importante au Burkina Faso qu'au Sénégal, où une étude avait rapporté une prévalence du stigma de 18 % [21]. Les différences entre les questionnaires utilisés, bien que minimes, ne permettent cependant pas de tirer de conclusions précises. Ceci souligne l'importance de valider des outils standardisés. L'analyse de Neumann [17] sur quatre pays (Burkina Faso, Kenya, Malawi et Ouganda), a montré que les femmes étaient plus susceptibles de vivre la stigmatisation dans les relations interpersonnelles que les hommes. Dans notre analyse portant uniquement sur les données du Burkina Faso, les PVVIH séparées ou celles dont le (la) partenaire est décédé(e), sont plus susceptibles de vivre la stigmatisation dans les relations interpersonnelles, la séparation ayant pu être une conséquence du rejet par le partenaire, ou le veuvage ayant été un motif de stigmatisation. Par ailleurs, nous n'avons pas mis en évidence de différence statistique liée au milieu de résidence, au sexe ou à l'âge à propos du vécu de la stigmatisation, ce qui laisse entendre qu'au Burkina Faso la stigmatisation affecte toutes les catégories d'âge indépendamment du sexe et du milieu de résidence.

L'autostigmatisation est plus importante au Burkina Faso que dans les autres pays considérés dans l'étude MATCH (45 % *versus* 9,6 % pour le Malawi, 29,9 % pour l'Ouganda et 32,5 % pour le Kenya) [17]. Elle est la forme de stigmatisation la plus fréquemment vécue par les PVVIH et touche indifféremment les PVVIH. L'analyse détaillée de ses manifestations montre que plus d'un tiers des PVVIH se sont parfois senties inutiles du fait de l'infection à VIH (36 %), et celles du milieu semi-urbain semblent plus affectées. Cela dénote les limites du soutien à l'estime de soi auprès des PVVIH au Burkina Faso. Les hommes PVVIH se sentent plus coupables d'être infectés par le VIH que les femmes, ce qui peut être mis en rapport avec les circonstances de contamination qui font l'objet de discours moraux des professionnels de santé et de la population générale [22]. Les personnes séparées ou veuves, vivant déjà davantage la stigmatisation dans les relations interpersonnelles, ont plus tendance à s'isoler. Cela pourrait être une conséquence ou serait amplifié par la stigmatisation dont elles sont victimes [8].

En somme, les niveaux élevés de la stigmatisation dans les relations interpersonnelles hors des services de santé et de l'autostigmatisation sont d'autant plus difficiles à expliquer que la mobilisation communautaire a été particulièrement importante au Burkina Faso [23], où les associations semblent constituer un recours pour les PVVIH qui souffrent de stigmatisation. Néanmoins, comme dans d'autres études, la méthodologie ne permet pas de préciser le sens de cette corrélation. Il est possible que les pratiques associatives de soutien communautaire et de prise en charge psychosociale mettent plus l'accent sur la solidarité envers les malades que sur la perception que les PVVIH ont d'elles-mêmes, dans un pays où il existe très peu de psychologues dans les services de soins.

D'un point de vue appliqué, ces résultats montrent qu'une proportion importante des personnes vivant avec le VIH souffre à cause de leur statut, malgré l'absence de stigmatisation par des tiers. Ce constat plaide en faveur du développement du conseil psychosocial, qui permettrait à davantage de personnes de « vivre positivement avec le VIH ». Ceci impose de maintenir des moyens financiers pour les activités d'appui psychologique même pour des personnes infectées depuis plusieurs années, et de définir des stratégies innovantes pour dépister et traiter les personnes qui présentent des troubles psychologiques dépressifs ou des niveaux élevés d'autostigmatisation, qui constituent un facteur de risque de dépression clinique. Des analyses qualitatives complémentaires sont nécessaires pour savoir si les activités des associations sont peu efficaces sur la stigmatisation, ou si la participation à une association rend les personnes plus sensibles aux manifestations discriminatoires, ce qui expliquerait qu'elles les rapportent davantage, ou si les associations sont un lieu de recours pour les personnes qui vivent le plus des situations de stigmatisation.

Enfin, la force de cette étude est sa représentativité de l'ensemble des PVVIH, car elle a pris en compte des PVVIH rencontrées dans différents lieux de prise en charge médicale (hôpitaux, districts et SMI) et communautaire (CDV, associations). Plus des deux tiers de notre échantillon était composé de femmes ; cela est en conformité avec la représentation des PVVIH dans les services de santé au Burkina Faso, où 70 % des personnes sous ARV sont des femmes [24]. Enfin, son déroulement à une période où la loi sur la stigmatisation des PVVIH était en discussion au niveau national a pu conduire à une surestimation de son vécu par les PVVIH.

Document téléchargé depuis www.cairn.info - - - 41.138.123.51 - 27/07/2014 02h35. © S.F.S.P.

Conclusion

La stigmatisation est toujours présente au Burkina Faso. L'autostigmatisation en est la forme la plus commune parmi les PVVIH. Ces résultats montrent que les programmes de prise en charge gagneraient à intégrer un volet psychologique plus adapté que celui qui est actuellement offert aux PVVIH. Les activités d'appui psychosocial ciblant davantage l'individu doivent être développées parallèlement à l'extension des traitements antirétroviraux, surtout au sein des associations. Des études complémentaires sur les causes de ces niveaux élevés de stigmatisation dans les relations interpersonnelles en dehors des services de santé, et d'autostigmatisation, méritent d'être initiées.

Aucun conflit d'intérêt déclaré

Références

1. Goffman E. Stigmate : les usages sociaux des handicaps. Paris : Éditions de Minuits ; 1975 ; p. 11.
2. ONUSIDA. Guide de terminologie de l'ONUSIDA. Genève : ONUSIDA ; 2011 ; 40 p [visité le 29 mars 2014]. En ligne : http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2011/JC2118_terminology-guidelines_fr.pdf
3. Link BG, Phelan JC. Conceptualizing stigma. Annu Rev Sociol. 2001;27:363-85. doi: 10.1146/annurev.soc.27.1.363.
4. Parker R, Aggleton P. HIV and AIDS-related stigma and discrimination: a conceptual framework and implications for action. Soc Sci Med. 2003;57(1):13-24.
5. Stuber J, Galea S, Link BG. Smoking and the emergence of a stigmatized social status. Soc Sci Med. 2008;67(3):420-30. doi: 10.1016/j.socscimed.2008.03.010.
6. Makhlouf Obermeyer C, Bott S, Carrieri P, Parsons M, Pulerwitz J, Rutenberg N, *et al.* HIV testing, treatment and prevention: Generic tools for operational research. Geneva: World Health Organization; 2009:66 p.
7. Schaay N. Index de la stigmatisation des personnes vivant avec le VIH : guide de l'utilisateur. Londres : International Planned Parenthood Fédération ; 2008 ; 76 p. [Visité le 05/05/2014]. En ligne : http://www.stigmaindex.org/download.php?id=26
8. U.S. Agency for International Development. Breaking the cycle: stigma, discrimination, internal stigma, and HIV. Washington (DC): USAID; 2006 ; 16 p. [Visité le 29/03/2014]. En ligne : http://www.policyproject.com/pubs/generalreport/Breaking_the_Cycle.pdf
9. Nyblade L, MacQuarrie K. Can we measure HIV/AIDS-related stigma and discrimination? Current knowledge about quantifying stigma in developing countries. Washington (DC): USAID; 2006 ; 28 p. [visité le 05/05/2014]. En ligne http://www.policyproject.com/pubs/generalreport/Measure%20HIV%20Stigma.pdf
10. Van Brakel WH. Measuring health-related stigma-a literature review. Psychol Health Med. 2006; 11(3):307-34.
11. ONUSIDA – Équipe inter-pays pour l'Afrique de l'Ouest et du Centre, Réseau africain des personnes vivant avec le VIH. Analyse situationnelle de la discrimination et stigmatisation envers les personnes vivant avec le VIH/SIDA en Afrique de l'Ouest et du Centre : considérations éthiques et juridiques. Abidjan : ONUSIDA pour l'Afrique de l'Ouest et du Centre ; 2002 ; 42 p. [Visité le 05/05/2014]. En ligne : http://data.unaids.org/pub/report/2002/20020701_analysis_discrimination_fr.pdf.
12. Ouattara F, Gruénais ME, Huygens P, Traoré A. Sida, stigmatisation et exclusion. Étude anthropologique au Burkina Faso (Bobo-Dioulasso, Banfora, Niangoloko, Orodara). Paris : Agence nationale de recherche sur le sida ; Marseille : Institut de recherche pour le développement ; Bobo-Dioulasso (Burkina Faso) : SHADEI ; 2004 Déc. ; 127 p. [Visité le 15/04/2014]. En ligne : http://www.sfls.aei.fr/ckfinder/userfiles/files/Actus/doc/2006/vih_stigmat_exlu_burkina.pdf
13. Gruénais ME, Ouattara F. « Des malades comme les autres » ou comment les soignants traitent les malades du sida et la question de la stigmatisation au Burkina Faso. Sciences et technique, Sciences de la santé. 2008 ; spécial hors-série n° 1 : 93-100. [Visité le 15/04/2014]. En ligne : http://horizon.documentation.ird.fr/exl-doc/pleins_textes/divers11-07/010051474.pdf
14. Conseil national de lutte contre le sida et les IST (CNLS-IST). Cadre stratégique de lutte contre le VIH/sida et les IST (CSLS) 2006-2010. Ouagadougou : CNLS-IST ; 2005 ; 101 p. [Visité le 15/04/2014]. En ligne : http://aidstar-one.com/sites/default/files/prevention/resources/national_strategic_plans/Burkina_Faso_06-10.pdf
15. Gausset Q, Mogensen HO, Yameogo WME, Berthé A, Konaté B. The ambivalence of stigma and the double-edged sword of HIV/AIDS intervention in Burkina Faso. Soc Sci Med. 2012;74(7):1037-44. doi: 10.1016/j.socscimed.2011.11.044
16. Institut national de la statistique et de la démographie (INSD), Ministère de l'économie et des finances, ICF International. Enquête démographique et de santé et à indicateurs multiples (EDSBF-MICS IV) 2010. Ouagadougou : INSD ; Calverton (MA) : ICF International ; 2012 ; 525 p. [Visité le 15/04/2014]. En ligne : http://www.unicef.org/bfa/french/bf_eds_2010.pdf.
17. Neuman M, Obermeyer CM, MATCH Study Group. Experiences of stigma, discrimination, care and support among people living with HIV: a four African country study. AIDS Behav. 2013;17(5):1796-808. doi: 10.1007/s10461-013-0432-1.
18. U.S. Agency for International Development (UNAIDS). Global report: UNAIDS report on the global AIDS epidemic 2013. Washington (DC) : UNAIDS ; 2013. 198 p. [Visité le 15/04/2014]. En ligne : http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2013/gr2013/UNAIDS_Global_Report_2013_en.pdf
19. Makhlouf Obermeyer C, Neuman M, Desclaux A, Wanyenze R, Ky-Zerbo O, Cherutich P, *et al.* Associations between mode of HIV Testing and Consent, Confidentiality, and Referral: A Comparative Analysis in Four African Countries (2012). PLoS Med 9(10): e1001329. doi:10.1371/journal.pmed.1001329
20. Kouanda S, Yaméogo WME, Berthé A, Bila B, Bocoum Yaya FK, Somda A, *et al.* Partage de l'information sur le statut sérologique VIH positif : facteurs associés et conséquences pour les personnes vivant avec le VIH/sida au Burkina Faso:221-8.

Document téléchargé depuis www.cairn.info - - - 41.138.123.51 - 27/07/2014 02h35. © S.F.S.P.

21. Desclaux A. Mesurer la stigmatisation : comparaison entre approches relativiste et universaliste auprès des veuves. *In* : Taverne B, Desclaux A, Sow PS, Delaporte E, Ndoye I, editeurs. Evaluation de l'impact bio-clinique et social, individuel et collectif, du traitement ARV chez des patients VIH-1 pris en charge depuis 10 ans dans le cadre de l'ISAARV cohorte ANRS 1215. Paris : ANRS ; 2012 ; p. 381-396. Rapport n° ird-00718213. [Visité le 15/04/2014]. En ligne : http://halshs.archives-ouvertes.fr/docs/00/71/82/13/PDF/ANRS_1215_rapport_final_2012.pdf.
22. Bila B. Genre et médicament. Analyse anthropologique dans le contexte du sida au Burkina Faso [Thèse de doctorat en anthropologie] Marseille (France) : Université Paul Cézanne d'Aix-Marseille. 2011 ; 353 p.
23. Conseil national de lutte contre le sida et les IST (CNLS-IST). Revue à mi-parcours du cadre stratégique de lutte contre le sida et les IST 2006-2010. Ouagadougou : CNLS-IST ; 2008 ; 77 p.
24. Conseil national de lutte contre le sida et les IST (CNLS-IST). Bilan général de la mise en œuvre du plan national multisectoriel (PNM) 2012 : document synthèse. Ouagadougou : CNLS-IST ; 2013 ; 145 p.

Document téléchargé depuis www.cairn.info - - - 41.138.123.51 - 27/07/2014 02h35. © S.F.S.P.

7.2.6. Les enjeux et défis des prestataires pour une offre du CTV conforme aux normes requises.

7.2.6.1. Article 5. Le conseil post-test encourage-t-il les PVVIH à partager leur statut sérologique? Pratiques et suggestions des conseillers au Burkina Faso

Voir page suivante

Le conseil post-test encourage-t-il les PVVIH à partager leur statut sérologique? Pratiques et suggestions des conseillers au Burkina Faso
Does post-test counseling support PLHIV in disclosing their HIV status? Practices and propositions by counselors in Burkina Faso

Odette Ky-Zerbo, Jean-François Somé, Fodé Simaga

Abstract

Disclosure of HIV test results is discussed during post-test counseling, following norms. However, while barriers to disclosing a positive HIV result have been documented, the literature is sparse on the way guidelines are applied in the field. The aim of this article is to describe and analyze counseling practices regarding HIV disclosure to 'significant others' (partner, family members, friends) reported by clients and providers of HIV voluntary counseling and testing in Burkina Faso. A cross-sectional survey was conducted in urban and rural areas in 2008. A questionnaire incorporating semi-open questions was used. A total of 542 people who completed the test in 2007 and 111 service providers of HIV counseling and testing were interviewed. The data were analyzed using SPSS 12. Only 29% of those tested stated that disclosure to partner or family members was discussed with them during post-test counseling. This result is explained by providers' uncertainties and concerns regarding how to disclose, risks related to disclosure and adverse consequences of disclosure. Strategies are developed by counseling providers to support people who have been diagnosed HIV positive in disclosing to significant others, but they recognize that these actions are insufficient. Providers' suggestions are to keep fighting against the stigmatization of PLHIV, to improve counseling providers' competence in this area, and to adopt legal texts to make mandatory disclosure of the HIV result to partners. The study identified several ways to improve counseling practices regarding clients' disclosure of their HIV status in Burkina Faso. These findings could have significance for Africa as a whole.

Keywords: *HIV result disclosure, providers' role, post-test counseling, MATCH, Burkina Faso*

Résumé

Le partage du résultat du test VIH est, selon les normes, abordé lors du counseling post-test. Cependant, alors que les obstacles au partage d'un résultat VIH positif sont attestés, la littérature reste peu abondante sur la manière dont les directives sont appliquées sur le terrain. L'objectif de cet article est d'examiner les pratiques de conseil concernant le partage du résultat avec l'entourage rapportées par les clients et les prestataires du conseil et test VIH (CTV) au Burkina Faso. Une enquête transversale a été conduite en milieu urbain et en milieu rural en 2008. Un questionnaire intégrant des questions semi-ouvertes a été utilisé. Un nombre total de 542 personnes qui ont réalisé le test depuis 2007 et 111 prestataires de services de conseil et test VIH ont été interviewés. Les données ont été analysées sur SPSS 12. Seulement 29 % des personnes testées déclarent que le thème du partage du résultat avec l'entourage a été discuté avec elles lors du counseling post-test. Ce résultat s'explique par les incertitudes et les inquiétudes des prestataires sur la manière de partager et sur les risques de conséquences défavorables du partage. Des stratégies sont développées par les prestataires pour soutenir les personnes dont la séropositivité a été dépistée à partager cette information avec l'entourage mais ils reconnaissent que ces actions sont insuffisantes. Les suggestions des prestataires pour améliorer la situation incluent la lutte contre la stigmatisation vis-à-vis des personnes vivant avec le VIH, le renforcement des compétences des prestataires et l'adoption de textes juridiques pour rendre obligatoire le partage du résultat avec le partenaire. En conclusion, l'étude a identifié plusieurs pistes pour améliorer les pratiques de conseil concernant le partage des résultats au Burkina Faso. Ces observations pourraient avoir une portée globale pour la région Afrique.

Mots clé: *partage résultat VIH, rôle des prestataires, conseil post-test, MATCH, Burkina Faso*

Odette Ky-Zerbo is a psychologist and community health specialist working in Ouagadougou, Burkina Faso, as a coordinator for research projects in PAMAC, Programme d'Appui au Monde Associatif et Communautaire, a joint UNDP and National AIDS Committee NGO project. She has done extensive work on women and HIV, clinical trial management, HIV prevention; she has also conducted HIV testing and counseling (HTC) research and training during last 10 years.

Jean-François Somé, MD, is a medical doctor from Burkina Faso who has been in charge of public health interventions and done extensive work on counseling and testing. As a medical coordinator of PAMAC programs he has set up strategies for community testing and counseling, regarding particularly national campaigns. He is now the coordinator of PASCI (Programme d'appui à la société civile impliquée dans la riposte contre le sida), a UNDP program in charge of capacity strengthening of local civil society organizations in Togo.

Fodé Simaga, MD, is a senior medical doctor who specialised in public health and worked in France in health network capacity building, then in Burkina Faso where he was the coordinator of PAMAC and an advisor of the National AIDS Committee for Community programs. He is now working at the UNAIDS headquarters in Geneva.

Correspondence to: kyzerbo_odette@yahoo.fr

Downloaded by [196.207.233.197] at 02:42 22 July 2013

Introduction

Le conseil test VIH (CTV) est une mesure de santé publique qui participe d'une part à la prévention de l'infection à VIH en permettant une prise de conscience du risque de transmission à un tiers et l'adoption de comportements à moindre risque d'acquisition du virus et, d'autre part à une prise en charge précoce des personnes dont le test a révélé la séropositivité. Le recours au CTV est le résultat soit d'une réflexion individuelle (le test est fait « à l'initiative du client »), soit d'une incitation par les acteurs des services de santé dans des situations définies selon le contexte épidémiologique de chaque pays (le test est fait « à l'initiative du soignant ») (OMS & ONUSIDA 2007).

La pratique du test dans chacun de ces deux contextes a ses avantages et ses limites. Le test à l'initiative du client est souvent précédé par des interactions sociales (par exemple pour parler de la motivation ou de la pertinence du test) qui peuvent avoir lieu avant la prise de décision de faire le test (Obermeyer, Sankara, Bastien & Parsons 2009). Ceci a pour avantage de préparer dans certains cas la constitution d'un réseau social qui pourra être sollicité après l'annonce du résultat du test, ce qui n'est pas possible dans la situation où le test est offert à l'initiative du soignant. Quel que soit le contexte de réalisation du test, les services de CTV offrent un cadre de soutien au partage du résultat VIH car ils facilitent l'accès à la prévention et aux soins pour la personne avec laquelle le résultat sera partagé et permettent ainsi de percevoir directement le sens et l'intérêt du test. De plus, ils permettent d'apporter un soutien professionnalisé aux membres de l'entourage des personnes infectées avec lesquels le résultat est partagé (Gebrekristos, Lurie, Mthewa & Abdool Karim 2009; Wong, Van Rooyen, Modiba, Richter, Gray, McIntyre, *et al.* 2009).

La nécessité de lutter contre les attitudes stigmatisantes fréquemment constatées au début de l'épidémie et la volonté politique d'utiliser le CTV comme un moyen de prévention ont orienté la définition des normes du CTV, basées sur trois principes qui sont le conseil, le consentement et la confidentialité (UNAIDS & WHO 2004). Aussi, les conclusions des débats éthiques autour de la confidentialité du résultat VIH exigent que les acteurs de la lutte contre le VIH (communautaires et agents de santé) ne fassent aucune annonce du statut sérologique sans l'avis favorable de la personne vivant avec le VIH (PVVIH) concernée (ONUSIDA 2008; OSI, WHO & UNAIDS 2010). L'intérêt de la personne est mis au premier plan par rapport à un intérêt plus général hypothétique en termes de prévention. La PVVIH doit gérer seule le partage du résultat avec son entourage, avec le soutien des acteurs des structures de soutien et de prise en charge des PVVIH auxquelles elle a recours.

Differentes études réalisées en Afrique, notamment en Afrique du sud montrent que toutes les persosnnes testées séropositives ne partage pas leur résultat VIH avec quelqu'un de l'entourage, notamment le partenaire (Wong *et al.* 2009). les taux de partage, très variables selon les études (Obermeyer, Baijal & Pegurri 2011) doivent cependant être interprétés avec prudence compte tenu de la diversité des contextes du test (PTME, dépistage volontaire), des approches méthodologiques (variabilité de la durée de la période au cours de laquelle le partage a pu avoir lieu, distinction ou pas entre entourage et partenaire parmi les destinataires du partage). Une étude réalisée au Cameroun a montré que le taux de partage pouvait être très élevé – 85 % des femmes vivant en couple – dans un contexte où le traitement est accessible, et que ce partage est corrélé avec des pratiques de prévention de la transmission sexuelle plus fréquentes (Loubière, Peretti-Wattel, Boyer, Blanche, Abega & Spire 2009). Au Burkina Faso, une étude auprès de personnes qui fréquentaient des services de soins à Ouagadougou montrait que plus de deux tiers des personnes testées séropositives avaient partagé le résultat VIH avec leur partenaire (Obermeyer *et al.* 2009). Les raisons de non partage dans le temps et dans l'espace sont généralement les mêmes et restent la peur du rejet par la famille et l'entourage et la crainte de violences physiques (Medley, Kennedy, Lunyolo & Sweat 2010; Obermeyer *et al.* 2009; Sombié, Cartoux, Ky-Zerbo, Tiendrebeogo, Meda, Dabis, *et al.* 2001; Wong *et al.* 2009).

Les normes universelles du CTV (OMS et ONUSIDA 2007) encouragent les prestataires à aborder la question du partage du statut sérologique avec le partenaire au cours du conseil post-test avec les personnes testées séropositives. L'objectif est en premier lieu de permettre, en partageant l'information avec le partenaire, d'appliquer des méthodes de prévention de la transmission du VIH par voie sexuelle. Or, la plupart des études qui ont porté sur le partage du statut sérologique et ses facteurs n'abordent pas le soutien qui peut être apporté aux PVVIH à cet égard, considérant que le partage ou la « rétention » du statut sérologique VIH relève de la seule décision de la personne concernée.

Qu'en est-il sur le terrain en Afrique de l'ouest? Les conseillers anticipent-ils le partage du statut et l'évoquent-ils dès le conseil pré-test? Abordent-ils cette question systématiquement pendant le conseil post-test? Les « clients » leur demandent-ils de jouer un rôle à cet égard? Quel type d'intervention attendent les « clients »?

Nous avons exploré la pratique des prestataires de CTV en matière de partage du résultat VIH dans le cadre du counseling dans l'étude MATCH (Multi-country African Study on Testing and Counselling for HIV). Notre objectif dans cet article est d'analyser les pratiques des prestataires du CTV (en termes de soutien aux personnes testées et de limites du counseling post-test) concernant l'appui au partage des résultats avec l'entourage, au Burkina Faso.

Méthodologie

Contexte de l'étude

Le CTV est offert au Burkina Faso depuis 1994 dans un contexte de démarche « volontaire », dans des sites autonomes gérés par les associations de lutte contre le VIH. Dans les services de santé, le CTV a été intégré à partir de 2002 (Ky-Zerbo, Somé, Simaga, Kéré, Conombo & Obermeyer 2008). Cet historique a contribué à déterminer le profil des prestataires du CTV au Burkina Faso: des conseillers dans les centres de dépistage volontaire autonomes gérés par les associations et des agents de santé dans les

Downloaded by [196.207.233.197] at 02:42 22 July 2013

Downloaded by [196.207.233.197] at 02:42 22 July 2013

services de santé. Au niveau national, trois documents normatifs relatifs au CDV, à la PTME et au CDV en milieu de soins ont coexisté jusqu'en 2008 quand les différents textes ont été révisés et co-signés dans un seul document de normes et directives de conseil et test VIH, afin d'harmoniser et de contrôler la qualité des services offerts dans ce domaine. Ce document définit entre autres le contenu du counseling pré- et post-test, incluant le partage du résultat VIH avec le/la partenaire qui doit être discuté avec le client lors du counseling post-test. Il y est précisé que seulement les personnes formées, donc suffisamment compétentes pour la mise en pratique de ces normes, sont autorisées à faire le conseil pré- ou post-test (SP/CNLS-IST 2003, 2008).

Cadre de l'étude MATCH au Burkina Faso

L'étude MATCH a pour objectif d'identifier les motivations et les obstacles à la pratique du test VIH, ainsi que l'appréciation de la pratique du test et du conseil et des conditions de leur réalisation, dans quatre pays que sont le Kenya, le Malawi, l'Ouganda et le Burkina Faso. Au Burkina Faso, l'étude a eu lieu à Ouagadougou (milieu urbain) et à Dédougou (milieu semi-urbain et rural). Ouagadougou est la capitale du Burkina Faso et couvre une population de 1 475 223 habitants (Institut national de la statistique et de la démographie 2010). Suivant le SP/CNLS-IST (2010), la prévalence VIH de cette ville est plus élevée que la prévalence au niveau national (3,7 % contre 1,2 %). L'étude a concerné deux des cinq districts sanitaires de Ouagadougou (Baskuy et Boulmiougou). Au sein de ces districts, sept centres de santé et de promotion sociale (CSPS), un hôpital de district, six associations de lutte contre le VIH/SIDA (dont cinq qui offrent le CTV et la prise en charge des PVVIH), l'hôpital du jour et le centre national de lutte antituberculeux ont été concernés par l'étude. Dédougou est un site rural où la prévalence du VIH est estimée à 0,7 % en 2009 (SP/CNLS-IST 2010) et couvre une population de 38 862 habitants (Institut national de la statistique et de la démographie 2010). Dans le district sanitaire de Dédougou, le centre médical urbain, six CSPS ruraux, l'hôpital du jour et deux associations de lutte contre le sida ont été concernées par l'étude. Ce district abrite un seul centre autonome de dépistage du VIH.

La population de l'étude

Afin d'appréhender la problématique liée aux motivations et aux obstacles à la pratique du CTV, trois types de populations ont été identifiés. Il s'agit (1) de personnes qui ont déjà fait un test soit à leur propre initiative (dans le cadre habituel ou pendant les campagnes de dépistage VIH), soit à l'initiative du soignant, (2) de personnes qui n'ont jamais fait un test VIH et enfin (3) des prestataires du CTV, des sites cités ci-dessus. La population des personnes qui ont déjà fait leur test comprend des PVVIH qui fréquentent les structures de prise en charge médicale ou communautaire.

Pour le présent article, seules les données collectées auprès des prestataires de CTV et des personnes qui ont déjà fait leur test en dehors des campagnes de dépistage VIH ont été exploitées. Pour une présentation plus détaillée de la méthodologie, voir Hardon, Vernooij, Bongololo-Mbera, Cherutich, Desclaux, Kyaddondo, *et al.* (2012).

Recrutement des prestataires

Dans les sites autonomes de dépistage et les centres de santé, des prestataires offrant le CTV ont été approchés par les enquêtrices qui leur ont présenté l'étude et ont négocié leur participation. Des rendez-vous pour l'administration du questionnaire ont ensuite été planifiés suivant la disponibilité des prestataires. Vu que le nombre des prestataires est très réduit dans les sites de dépistage VIH, tous ceux relevant des sites de l'étude et qui offrent le CTV aux clients et/ou patients ont été inclus dans l'étude. Les données ont été collectées à l'aide d'un questionnaire semi-structuré.

Considérations éthiques

Le protocole de l'étude et les outils de collecte de données ont été soumis au comité d'éthique de l'OMS et au comité d'éthique pour la recherche en santé du Burkina Faso qui ont donné un avis favorable à sa mise en œuvre. Une fiche d'information sur l'étude a été lue au participant avant l'entretien et l'administration du questionnaire a été conditionnée par la signature d'un formulaire de consentement.

Traitement des données

Une double saisie des données a été faite sur SNAP 9, puis l'analyse a été réalisée sur SPSS 12. Les informations qualitatives ont été analysées manuellement. Dans la section suivante, les résultats quantitatifs sont illustrés par une ou plusieurs citations particulièrement significatives.

Résultats

Caractéristiques des prestataires

Au total 111 prestataires des services de CTV ont été interviewés. Le tableau 1 montre qu'il s'agit plus souvent de femmes (66,7 %), les prestataires âgés de 30-39 ans étant les plus nombreux (50,4 %). La grande majorité d'entre eux ont au moins un niveau secondaire (97 %). La quasi-totalité des prestataires interviewés (99 %) assurent le counseling pré- et post-test dans leur service, et 73 % d'entre eux ont plus de deux ans de pratique dans ce domaine. On dénombre 28,8 % de conseillers communautaires et 71,2 % d'agents de santé prestataires de services CTV. Enfin, 95,5 % d'entre eux ont déclaré avoir bénéficié d'une formation dans un quelconque domaine du VIH/sida.

Caractéristiques des clients

Un nombre total de 542 clients qui ont fait leur test à partir de 2007 dont 66 % de femmes ont été interviewés. Ils avaient un âge moyen de 30,4 ans. La majorité étaient mariées ou vivaient en concubinage (53 %). Pour 531 personnes qui avaient déjà connaissance de leur statut VIH et ont accepté de le partager avec les enquêtrices, 22,4 % étaient séropositifs et 1,3 % avaient un statut VIH indéterminé.

Limites du counseling en relation avec le partage des résultats, perspectives du client

Les résultats montrent que le sujet portant sur « le partage du résultat du test avec quelqu'un de l'entourage »est peu abordé lors du counseling post-test (29 % des clients ont déclaré en avoir discuté avec les conseillers), sans qu'il y ait une différence significative liée à la catégorie socioprofessionnelle, ou au type

Downloaded by [196.207.233.197] at 02:42 22 July 2013

Tableau 1. Caractéristiques des prestataires de CTV (conseil et test pour le VIH).

Caractéristique	Pourcentage	Nombre
Sexe		
Féminin	66,4	74
Masculin	33,3	37
Age		
20-29	15,3	17
30-39	50,5	56
40-44	14,4	16
≥ 45	19,8	22
Scolarisation		
Primaire	2,7	3
Secondaire	87,4	97
Supérieure	9,9	11
Type prestataire		
Conseiller	28,8	32
Agent santé	71,2	79
Expérience en matière de VIH		
0-1 an	16,2	18
2-4 ans	37,8	42
5-9 ans	37,8	42
≥ 10 ans	8,1	9
Formation sur le VIH		
Oui	95,5	106
Non	4,5	5

de service de CTV. Seul le statut VIH influence la discussion sur ce sujet, plus fréquente lorsque le statut est positif ($p = 0{,}02$).

Parmi l'ensemble des personnes testées séropositives (119), 15 % ont déclaré avoir bénéficié du soutien d'un prestataire du site où elles ont pris connaissance de leur sérologie pour partager le résultat VIH avec quelqu'un de leur entourage. Cette aide est essentiellement apportée aux personnes testées séropositives, indépendamment de leur sexe et de leur catégorie socioprofessionnelle. Parmi les personnes séropositives (le délai écoulé entre la prise de connaissance du statut positif et l'enquête est inférieur à 12 mois), 79 % ont déclaré avoir déjà partagé le résultat VIH avec quelqu'un de l'entourage et seulement 31 % ont déclaré avoir déjà partagé le résultat avec le partenaire.

Le soutien des prestataires a consisté essentiellement à donner des conseils afin que la PVVIH partage son statut avec d'autres personnes (dans 82 % des cas): « Ils m'ont conseillé de ne pas garder ma maladie pour moi seul, de dire ça à quelqu'un qui peut me soutenir moralement » (homme, 23 ans). Les autres situations ont consisté en:

- (1) l'annonce par le conseiller du statut VIH du « client » à son partenaire ou à un proche (quatre cas de figure): « C'était mon mari qui m'avait accompagnée ce jour là; quand l'infirmier a fini de s'entretenir avec moi il a fait appel à mon mari pour l'informer » (femme, 36 ans),
- (2) la sensibilisation des proches pour qu'ils acceptent la PVVIH (deux situations),
- (3) l'annonce du résultat en couple: « Le docteur nous a assis tous les deux (moi et ma femme) pour nous dire les résultats » (homme, 47 ans).

Perception du counseling pré- et post-test par les prestataires

Nous avons voulu connaître les perceptions des prestataires concernant le conseil pré- et post-test.

Environ 85 % des prestataires ont estimé être suffisamment compétents pour dispenser le counseling aux clients (92,5 % pour les sites autonomes et 80,3 % pour les centres de santé). Ils l'ont justifié surtout par:

- leurs qualités personnelles: « Je sais écouter, j'arrive à m'exprimer devant la personne, permettre à la femme de poser des questions » (prestataire femme, 28 ans, centre de santé, Dédougou),
- les formations dont ils ont bénéficié: « La formation que j'ai reçue me permet de faire le conseil sans difficulté » (prestataire femme, 38 ans, centre de santé, Dédougou),
- l'expérience acquise en counseling VIH: « J'ai été conseiller permanent ici pendant très longtemps je n'ai jamais eu de problème que ce soit un résultat positif ou négatif et personne n'est jamais revenu se plaindre ici » (prestataire homme, 41 ans, centre de dépistage autonome, Dédougou).

En ce qui concerne le contenu du counseling VIH tel que préconisé par les normes et pratiqué dans les sites de CTV, 77,5 % des prestataires l'ont jugé adéquat (80 % pour les sites CTV et 76,1 % pour les structures de santé) mais 16,2 % l'ont estimé trop fourni (17,5 % dans les sites autonomes et 15,5 % dans les structures de santé).

Le soutien aux clients pour le partage des résultats

La grande majorité des prestataires (80 %) ont reconnu que les personnes testées séropositives rencontrent des difficultés pour partager leur résultat de test VIH avec leur entourage. Ces difficultés concerneraient la manière d'annoncer:

> *Comment annoncer à quelqu'un qu'il est séropositif, quels termes même utiliser pour dire le statut. (Prestataire homme, 53 ans, centre de santé, Ouagadougou)*

Les clients craindraient surtout une réaction de rejet consécutive à l'annonce, notamment chez les femmes dans le contexte de la PTME:

> *Beaucoup de femmes sont sous ARV [antirétroviral] mais leurs maris ne savent pas, elles refusent de partager leur statut. Souvent elles ont peur de perdre leur foyer en informant, d'autres se cachent pour prendre le lait de l'enfant*

(aller au centre de santé chercher la dotation en lait artificiel à l'insu du conjoint)... (Prestataire femme, 39 ans, centre de santé Ouagadougou)

La crainte de la rupture de la confidentialité est également évoquée comme motif de non partage du statut sérologique positif:

Beaucoup ne veulent pas partager leur statut avec d'autres parents, même les plus proches par peur qu'on ne divulgue son statut d'infection. (Prestataire femme, 38 ans, centre de dépistage autonome, Ouagadougou)

Face à cette situation, les prestataires interrogés ont développé des stratégies d'aide aux clients pour le partage des résultats qui sont diverses, spécifiques à chaque situation, à la demande des personnes intéressées. Il s'est agi pour le prestataire:

- de faire l'annonce lui-même: « Il arrive que des femmes nous demandent d'informer leur mari » (prestataire femme, 36 ans, centre de santé, Dédougou),
- de rentrer en complicité avec le client, surtout les femmes, pour faire un nouveau dépistage du couple: « Surtout celles qui ont des résultats positifs. Elles se demandent si le mari est dans la même situation qu'elle ou pas. Dans de telles situations on demande à la femme de faire venir son mari pour qu'on leur propose le test ensemble » (prestataire femme, 39 ans, centre de santé, Ouagadougou),
- de référer le client vers les services de prise en charge psychosociale: « Il y a des clients qui reviennent nous voir parce qu'ils ne savent pas ce qu'ils vont faire pour annoncer le statut au partenaire; dans ce cas nous les référons en conseil psychosocial » (prestataire homme, 26 ans, centre de dépistage autonome, Ouagadougou).

Cependant, pour 34% des prestataires, le soutien apporté aux clients pour le partage du résultat VIH avec d'autres personnes n'est pas suffisant; ce taux est moins élevé dans les sites autonomes (20 %) que dans les centres de santé (42,3 %).

Les suggestions pour l'amélioration du partage des résultats

Pour améliorer le partage des résultats VIH avec l'entourage, les prestataires ont fait des suggestions de différents ordres, qui concernent des dimensions de contexte (lutter contre la stigmatisation), l'organisation du conseil, la formation des personnes qui le délivrent, et le cadre juridique.

Pour la population générale, les prestataires ont proposé une sensibilisation de la communauté afin de mieux l'informer sur le VIH et réduire les éventuelles réactions négatives à l'annonce des résultats:

C'est de lutter contre la discrimination en informant les gens, en les sensibilisant. Quand les gens comprennent que le VIH ne s'attrape pas seulement par le sexe ou en saluant une personne ils sont plus disposés à accepter ces personnes. (Prestataire homme, 37 ans, centre de santé, Ouagadougou)

En ce qui concerne les services de CTV, plusieurs propositions ont été faites. La première consiste à insister sur l'utilité du partage des résultats VIH que ce soit lors du counseling ou au cours du suivi dans les services de prise en charge:

La tâche revient aux conseillers, il faut qu'après le post-test les conseillers puissent mettre l'accent sur les conseils afin d'amener la personne à comprendre l'importance du partage des résultats. (Femme, 36 ans, centre de dépistage autonome, Dédougou)

Les prestataires en PTME ont fait des propositions spécifiques aux femmes et proposent un dépistage du couple, une meilleure implication du partenaire dans les services de santé maternelle et infantile:

Tout ce qu'on fait c'est de dire à la femme de tout faire pour dire à son mari mais comment, or c'est tout ça qu'on fait. Si les hommes pouvaient accompagner leurs femmes en CPN, peut-être que ça allait améliorer. (Prestataire femme, 40 ans, centre de santé, Ouagadougou)

Néanmoins quelques prestataires ont reconnu qu'ils ont des limites sur la question:

Je ne sais pas, si je rencontre des cas positifs, je ne sais pas comment les aider dans le partage, j'appelle le responsable. (Femme, 42 ans, centre de santé, Ouagadougou)

Dans ce sens, des demandes de renforcement de compétences sur le partage des résultats ont été exprimées:

Avant tout il faut se remettre en cause, peut être qu'on a des insuffisances en counseling mais je ne vois pas exactement ce qu'il faut faire, est-ce qu'il faut renforcer les compétences en counseling, en prise en charge psychosociale? (Homme, 29 ans, centre de santé, Dédougou)

Enfin quelques prestataires ont évoqué des lois visant à obliger les personnes testées séropositives à partager leur résultat:

Instaurer une loi que le partage des résultats au niveau du couple soit obligatoire. (Femme, 47 ans, centre de santé, Ouagadougou)

D'autres proposent de pénaliser les partenaires qui ont des réactions défavorables lorsqu'ils apprennent le résultat VIH de l'autre:

On fait de notre mieux en terme de conseils, ce qu'on peut faire c'est de voter une loi pour punir les partenaires qui rejettent leurs femmes parce qu'elles ont été les 1ères à annoncer leur résultat. (Femme, 28 ans, centre de santé, Dédougou)

Discussion

Les résultats montrent que le thème du partage du résultat est peu souvent discuté lors du counseling post-test VIH; d'autre part peu de personnes testées séropositives ont reçu un soutien de la part

Downloaded by [196.207.233.197] at 02:42 22 July 2013

des prestataires pour le partage du résultat avec un proche. Cependant, à la demande, les prestataires développent des stratégies adaptées pour aider au partage du résultat, en proposant notamment de faire (ou refaire) l'annonce du statut sérologique en la présence du tiers, c'est-à-dire en présence simultanément de la personne testée et de la personne avec laquelle elle souhaite partager le résultat. Ils reconnaissent que ce soutien est insuffisant et proposent diverses solutions pour améliorer la situation du partage du résultat avec l'entourage, dont le renforcement de leurs capacités et l'application de la loi portant « lutte contre le VIH/SIDA et protection des droits des personnes vivant avec le VIH ».

Le thème du partage du résultat VIH n'est pas systématiquement abordé lors du counseling post-test, alors que les normes nationales de CTV le demandent et les modules de formation au niveau national intègrent cette thématique. Dans l'étude MATCH réalisée dans une grande diversité de structures qui mettent en œuvre une diversité d'approches de dépistage, moins d'un tiers des clients du CTV ont déclaré en avoir discuté avec le prestataire lors du counseling post-test.

Ces résultats permettent également de discuter des aspects qui doivent être abordés pendant le conseil post-test pour favoriser le partage du résultat. Les normes et les pratiques conduisent à aborder essentiellement: l'acceptation du résultat s'il est également connu des proches, les comportements sexuels à moindre risque, meilleure application des recommandations PTME, bonne observance aux traitements ARVs, incitation des partenaires au test... La littérature montre que les principaux motifs de non partage du résultat demeurent la peur de la stigmatisation par l'entourage (Deribe, Woldemichael, Bernard & Yacob 2009; Ssali, Atuyambe, Tumwine, Segujja, Nekesa, Nannungi, *et al.* 2010). Au Burkina Faso, la stigmatisation attestée dès le début de l'épidémie s'est amendée au cours des années 2000, sans toutefois disparaître (étude ONUSIDA) (Winskell, Hill & Obyerodhyambo 2011). Un ensemble d'enquêtes récent montre que les femmes notamment mettent en place des stratégies complexes pour gérer le partage du statut VIH en évitant les effets de la stigmatisation (Desclaux, Msellati & Sow 2011).[1]

Elle montre par ailleurs que si la stigmatisation des PVVIH reste une réalité, la peur vécue par les personnes testées séropositives est souvent amplifiée car il y a peu de réactions négatives au partage du résultat (Maman, Mbambwo, Hogan, Weiss, Kilonzo & Weat 2003; Medley *et al.* 2010) et les attitudes et comportements de stigmatisation ou de discrimination manifestés immédiatement après le partage du résultat peuvent évoluer positivement dans le temps (Visser, Neufeld, De Villiers, Makin & Forsyth 2008). Ces informations doivent être portées à la connaissance des prestataires du CTV afin de mieux les outiller pour une discussion systématique sur le partage du résultat au cours du post-test (Do, Phiri, Bussman, Gaolathe, Marlink & Wester 2010; Duff, Kipp, Wild, Rubaale & Okech-Ojony 2010; Gebrektistos *et al.* 2009; Wong *et al.* 2009).

Des études d'approche psychologique ont discuté l'intérêt d'aborder le partage des résultats au cours du conseil. Kimberly et Serovich ont proposé de distinguer six étapes dans la gestion du résultat du test, qui sont (1) l'acceptation du résultat, (2) l'évaluation des capacités pour annoncer le résultat, (3) l'identification des personnes à qui annoncer le statut, (4) l'identification des circonstances qui pourraient empêcher le partage, (5) l'anticipation sur la réaction de la personne à qui le résultat est annoncé et (6) l'identification du motif de partage du résultat (Kimberly & Serovich 1995). Partant de cette théorie, Medley *et al.* (2010) estiment que l'introduction de la thématique du partage des résultats dans le counseling pré- ou post-test est inadaptée ou prématurée, l'accompagnement de la PVVIH pour le partage du résultat devant se faire sur le long terme. Cette proposition ne tient pas compte des normes universelles du CTV (OMS & ONUSIDA 2007), ni des insuffisances que rencontre la chaîne de prise en charge, particulièrement dans les contextes de ressources limitées: déperdition entre les services de CTV et de prise en charge, non utilisation des services de prise en charge communautaire par certaines PVVIH, faible prise en compte des aspects psychosociaux dans les services de prise en charge médicale. En outre, le partage du statut sérologique dans les couples est d'autant plus urgent qu'il conditionne l'adoption de mesures préventives de la transmission sexuelle (Vu, Andrinopoulos, Mathews, Chopra, Kendall & Eisele 2012; Wong *et al.* 2009).

Différer la discussion sur le partage du résultat à l'étape de la prise en charge du patient peut apparaître comme un moyen de mieux cibler l'appui, mais l'intervention serait partielle car excluant du bénéfice de l'information les personnes testées séronégatives (ce qui peut être dommageable notamment pour celles qui vivraient dans un couple sérodifférent) et celles testées séropositives qui n'accèdent jamais aux services de prise en charge médicale ou qui le font tardivement. En effet, la déperdition entre les services de CTV et de prise en charge pour les personnes séropositives au Burkina Faso est peu documentée mais l'on sait qu'elle est importante: chez les femmes enceintes testées dans le cadre de la PTME, le conseil national de lutte contre le sida et les infections sexuellement transmissibles du Burkina Faso estime qu'en 2009, sur 3 237 femmes enceintes dépistées VIH +, 53 % ont accouché dans une formation sanitaire (SP/CNLS-IST 2010). En outre le délai existant entre les dates de connaissance du résultat et de consultation pour la prise en charge peut être important. En exemple, le rapport d'activités 2010 du Programme d'Appui au Monde Associatif et Communautaire (PAMAC), qui concerne les sites communautaires de dépistage au niveau national, indique que 6 050 personnes y ont été testées séropositives, alors que 4 801 personnes ont été nouvellement inscrites dans les structures de prise en charge communautaire au cours de la même année (PAMAC 2010, 2011). À côté de ces personnes qui n'adhèrent pas au système de prise en charge pour une raison ou pour une autre (ou qui y adhèrent tardivement), se trouvent celles qui à cause de la mauvaise qualité des relations entre soignants et soignés n'osent pas rendre compte de leurs difficultés de communication avec l'entourage sur le partage des résultats afin de bénéficier d'un soutien quelconque.

Ceci conduit à considérer que la pratique d'aide aux personnes séropositives pour le partage des résultats devrait être plus active que passive, et réalisée le plus tôt possible lors du counseling pré- et post-test VIH, comme l'avait déjà avancé une équipe en Afrique de l'est (Maman *et al.* 2003). Or le soutien des prestataires

Downloaded by [196.207.233.197] at 02:42 22 July 2013

du CTV aux clients à ce propos n'est pas systématique et est fait à la demande. Cette pratique des prestataires rejoint la proposition de Medley *et al.* (2010) qui préconisent que la discussion sur le partage du résultat soit différée pour les femmes qui craignent une réaction négative jusqu'à ce que ces dernières estiment qu'elles peuvent le faire. Cette position est d'ailleurs partagée par la plupart des auteurs qui ont étudié la question. Les pratiques et les perceptions des prestataires sur la question étant peu documentées, peu connues et peu prises en compte dans les différentes analyses, l'approche éthique est mise en avant par rapport à l'approche de santé publique. D'un point de vue éthique les prestataires se sentent pris entre deux valeurs contradictoires, celles de la protection de la confidentialité des patients, et celle de la prévention par la révélation du statut à une tierce personne exposée au risque VIH (Obermeyer *et al.* 2011). Concilier les approches éthiques et de santé publique, en intégrant pleinement le sujet du partage du résultat VIH avec le partenaire dès le counseling post-test tout en assurant un suivi spécifique aux personnes qui ont des difficultés de partage du statut VIH pourrait accélérer la prise de décision de la part des personnes séropositives.

Enfin, ces données ont été collectées au moment de la tenue de discussions au niveau national sur la loi portant « lutte contre le VIH/SIDA et protection des droits des personnes vivant avec le VIH » du Burkina Faso qui stipule en son article 7 que « toute personne vivant avec le VIH est tenue d'annoncer sans délai son statut sérologique à son conjoint ou son partenairesexuel » (Burkina Faso/Assemblée Nationale 2008). Ceci a pu influencer les prestataires qui ont suggéré comme solution d'amélioration du partage des résultats l'application de cette loi. Or l'application de cette loi pourrait être contre-productive en termes d'accès universel à la prévention en décourageant certaines personnes à chercher à connaître leur statut VIH de peur d'être condamnées pour n'avoir pas partagé le résultat VIH dans des délais très brefs (Sanon, Kaboré, Wilen, Smith & Galvao 2009; UNDP & UNAIDS 2008).

Pour ce qui concerne le partage du statut sérologique par les femmes dépistées dans le cadre de la PTME, une étude réalisée à Abidjan a montré qu'il a lieu préférentiellement à des moments clé (fin de la grossesse, reprise des relations sexuelles, sevrage), ce qui souligne l'importance d'un conseil à ces périodes, et qu'il peut être une occasion très importante de parler de santé sexuelle, de planification familiale et de santé de la reproduction (Desgrées du Loû 2011). Ceci signifie que le partage du statut avec le partenaire pourrait être important pour les personnes séronégatives comme pour les personnes séropositives. De plus, alors que le déficit d'information et d'accès à la contraception pour les personnes vivant avec le VIH a été décrit comme un problème prioritaire dans divers pays d'Afrique francophones (Desclaux *et al.* 2011), la conversation avec le conseiller ou le professionnel de santé à propos du partage pourrait être une occasion pour la femme d'accéder à des informations sur ces sujets. Ceci impliquerait une meilleure articulation entre la thématique du VIH et celle de la santé de la reproduction.

Conclusion

Il est nécessaire de renforcer la formation des prestataires des services de CTV par une meilleure prise en compte de la thématique sur le partage des résultats dans les modules de formation pour qu'ils abordent plus systématiquement ce sujet au cours du conseil. L'évocation des avantages du partage du statut en matière de VIH devrait être de rigueur au cours du conseil post-test, qui pourrait constituer un cadre d'intégration d'autres thématiques de la santé reproductive. Néanmoins, le contexte familial est différent d'une personne à une autre et un accompagnement adapté devrait être apporté à toute personne qui en a besoin, d'où la nécessité de limiter les textes à valeur juridique qui définissent une durée précise pour le partage du statut sérologique.

Cette nécessité se justifie d'autant plus que des pays africains ont adopté au cours des dernières années des « lois VIH » qui rendent obligatoire le partage du statut sérologique avec son conjoint, et demandent aux agents de santé et aux personnels de centres de CTV de s'assurer que le partage a été realise dans une période déterminée suivant l'annonce du statut sérologique (Sanon *et al.* 2009). L'appui des professionnels au partage du statut est donc devenu une obligation, dans un contexte où le sens et le contenu de cet appui ne sont pas totalement définis.

Remerciements

Ce projet a bénéficié du soutien financier du National Institutes of Health (NIH) des Etats-Unis (Projet NIH 5R01 HD053268-05) dont Carla Makhlouf Obermeyer (CMO) était l'investigateur principal. Nous remercions le NIH pour ce soutien. Le NIH n'a joué aucun rôle dans le devis de l'étude, la collecte ou l'analyse de données, la décision de publier, ou la préparation du manuscrit. La collecte des données a été réalisée par Barro Saran, Bila Alice, Elisabeth Thio et Traoré Alimata. Nos remerciements à toute l'équipe du PAMAC et à l'ensemble des participants à cette étude.

Note

[1]Un article ultérieur analysera le vécu de la stigmatisation et ses effets en termes de partage du statut VIH.

Références

Burkina Faso/Assemblée Nationale (2008). Loi N° 030-2008/AN portant lutte contre le VIH/SIDA et protection des droits des personnes vivant avec le VIH. Ouagadougou, mai.

Deribe, K., Woldemichael, K., Bernard, N., & Yacob, B. (2009). Gender difference in HIV status disclosure among HIV positive service users. East African Journal of Public Health, 6(3), 248–255.

Desclaux, A., Msellati, P., & Sow, K. (2011). Les femmes à l'épreuve du VIH dans les pays du Sud. Genre et accès universel à la prise en charge. Paris, ANRS, http://amades.revues.org/index1247.html (consulté le 17 octobre 2012).

Desgrées du Loû, A. (2011). Conséquences conjugales du dépistage VIH à Abidjan. In A. Desclaux, P. Msellati, & K. Sow (dirs.), Les femmes à l'épreuve du VIH dans les pays du Sud : genre et accès universel à la prise en charge (pp. 73–88). Paris, ANRS, (Collection Sciences sociales et sida).

Do, N.T., Phiri, K., Bussman, H., Gaolathe, T., Marlink, R.G., & Wester, C.W. (2010). Psychosocial factors affecting medication adherence among HIV-1 infected adults receiving combination antiretroviral therapy (cART) in Botswana. AIDS Research and Human Retroviruses, 26(6), 685–691.

Duff, P., Kipp, W., Wild, T.C., Rubaale, T., & Okech-Ojony, J. (2010). Barriers to accessing highly active antiretroviral therapy by HIV-positive women attending an antenatal clinic in a regional hospital in western Uganda. Journal of the International AIDS Society, 23(13), 37.

Gebrekristos, H.T., Lurie, M.N., Mthewa, N., & Abdool, Karim, Q. (2009). Disclosure of HIV status: experiences of patients enrolled in an integrated TB and HAART pilot programme in South Africa. African Journal of AIDS Research, 8(1), 1–6.

Downloaded by [196.207.233.197] at 02:42 22 July 2013

Hardon, A., Vernooij, E., Bongololo-Mbera, G., Cherutich, P., Desclaux, A., & Kyaddondo, D., et al. (2012). Women's views on consent, counseling and confidentiality in PMTCT: a mixed-methods study in four African countries. BMC Public Health, 12(1), 26.

Institut national de la statistique et de la démographie (2010). Annuaire statistique 2009. Ouagadougou, octobre 2010.

Kimberly, J. & Serovich, J. (1995). Disclosure of HIV-positive status: five women's stories. Family Relations, 44, 316–323.

Ky-Zerbo, O., Somé, J.P., Simaga, P., Kéré, S., Conombo, G., & Obermeyer, C.M. (2008). Le conseil et le test du VIH (CTV) au Burkina Faso : évolution de la politique, des stratégies et des résultats, 1994-2006. Sciences et techniques. Sciences de la santé. Sida, santé publique et sciences sociale: 20 ans d'épidémie et de recherche au Burkina Faso, dirs. S. Kouanda, A. Desclaux & B. Bila, spécial hors-série no. 1, novembre, 33–41.

Loubière, S., Peretti-Wattel, P., Boyer, S., Blanche, J., Abega, S.C., & Spire, B. (2009). HIV disclosure and unsafe sex among HIV-infected women in Cameroon: results from the ANRS-EVAL study. Social Science & Medicine, 69(6), 885–891.

Maman, S., Mbambwo, J.K., Hogan, N.M., Weiss, E., Kilonzo, G.P., & Weat, M.D. (2003). High rates and positive outcomes of HIV-serostatus disclosure to sexual partners: reasons for cautious optimism from a voluntary counseling and testing clinic in Dar es Salaam, Tanzania. AIDS and Behavior, 7(4), 373–382.

Medley, A.M., Kennedy, C.E., Lunyolo, S., & Sweat, M.D. (2010). Disclosure outcomes, coping strategies, and life changes among women living with HIV in Uganda. Qualitative Health Research, 19(2), 1744–1754.

Obermeyer, C.M., Baijal, P., & Pegurri, E. (2011). Facilitating HIV disclosure across diverse settings: a review of the evidence. American Journal of Public Health, 101(6), 1011–1023.

Obermeyer, C.M., Sankara, A., Bastien, V., & Parsons, M. (2009). Gender and HIV testing in Burkina Faso: an exploratory study. Social Science and Medicine, 69(6), 877–884.

OMS & ONUSIDA (2007). Guide du conseil et du dépistage du VIH à l'initiative du soignant dans les établissements de santé. http://www.who.int/hiv/pub/guidelines /9789241595568_fr. (consulté en juin 2007).

ONUSIDA (2008). Recommandations de l'ONUSIDA concernant la modification de certains articles problématiques de la loi de N'Djamena sur le VIH (2004). http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/dataimport/pub/manual/2008/20080912_alternativelanguage_ndajema_legislation_fr.pdf. (consulté en février 2011).

OSI, WHO, & UNAIDS (2010). The role of human rights in ensuring universal access to HIV testing and counselling: report of a meeting sponsored by the World Health Organization, the Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, and the Open Society Institute., Geneva, 12–13 octobre 2009.

PAMAC (2010). Rapport annuel d'activités: Programme d'Appui au Monde Associatif et Communautaire. Ouagadougou, février 2010.

PAMAC (2011). Rapport annuel d'activités : Programme d'Appui au Monde Associatif et Communautaire. Ouagadougou, mars 2011.

Sanon, P., Kaboré, S., Wilen, J., Smith, S.J., & Galvao, J. (2009). Advocating prevention over punishment: the risks of HIV criminalization in Burkina Faso. Reproductive Health Matters, 17(34), 146–153.

Sombié, I., Cartoux, M., Ky-Zerbo, O., Tiendrebeogo, S., Meda, N., & Dabis, F., et al. (2001). Living with HIV: women's experience in Burkina Faso, West Africa. AIDS Care, 13, 123–128.

SP/CNLS-IST (2003). Normes et Directives nationales de conseil dépistage volontaire. Ouagadougou, avril 2003.

SP/CNLS-IST (2008). Normes et Directives nationales de conseil dépistage volontaire. Ouagadougou, octobre 2008.

SP/CNLS-IST (2010). Bilan général de la mise en œuvre du plan national multisectoriel de lutte contre le VIH/sida et les IST de l'année 2009: document de synthèse. Ouagadougou, janvier 2010.

Ssali, S.N., Atuyambe, L., Tumwine, C., Segujja, E., Nekesa, N., & Nannungi, A., et al. (2010). Reasons for disclosure of HIV status by people living with HIVAIDS and in HIV care in Uganda: an exploratory study. AIDS Patient Care and STDs, 24(10), 675–681.

UNAIDS & WHO (2004). UNAIDS/WHO policy statement on HIV testing. http://www.who.int/rpc/research_ethics/hivtestingpolicy_en_pdf.pdf (consulté en juin 2010).

UNDP & UNAIDS (2008). UNAIDS policy brief: criminalization of HIV transmission. http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/dataimport/pub/basedocument/2008/20080731_jc1513_policy_criminalization_en.pdf (consulté en mai 2011).

Visser, M.J., Neufeld, S., De Villiers, A., Makin, J.D., & Forsyth, B.W.C. (2008). To tell or not to tell: South African women's disclosure of HIV status during pregnancy, AIDS Care, 20(10), 1266–1275.

Vu, L., Andrinopoulos, K., Mathews, C., Chopra, M., Kendall, C., & Eisele, T.P. (2012). Disclosure of HIV status to sex partners among HIV-infected men and women in Cape Town, South Africa. AIDS Behavior, 16(1), 132–138.

Winskell, K., Hill, E., & Obyerodhyambo, O. (2011). Comparing HIV-related symbolic stigma in six African countries: social representations in young people's narratives. Social Science & Medicine, 73(8), 1257–1265.

Wong, L.H., Van Rooyen, H., Modiba, P., Richter, L., Gray, G., McIntyre, J.A., et al. (2009). Test and tell: correlates and consequences of testing and disclosure of HIV status in South Africa. Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes, 50(2), 215–222.

Downloaded by [196.207.233.197] at 02:42 22 July 2013

7.2.6.2. Article 6. Les services de conseil et de test du VIH face aux objectifs des Nations-Unies : perceptions, pratiques et défis des prestataires au Burkina Faso

Résumé. Dans un contexte de ressources de plus en plus limitées on demande des résultats de plus en plus performants en termes de volume et de qualité aux prestataires des services de conseil et de test du VIH (CTV). Pour éclairer les actions à prendre pour l'atteinte des objectifs de l'ONUSIDA, nous avons analysé leurs perceptions, pratiques et défis dans une enquête menée lorsque les financements étaient optimaux au Burkina Faso. Une étude transversale a été conduite dans le cadre du programme MATCH (Multi-country African Study on Testing and Counseling for HIV) auprès de 111 prestataires en 2008-2009.

Les résultats montrent que tous les prestataires n'avaient pas reçu une formation sur le CTV ou la jugeaient insuffisante. Les informations sur les services (conseils, consentements) sont initiées «à la convenance» car les outils de base n'existent pas ou sont jugés inappropriés. Il en découle des perceptions inexactes, influençant les pratiques de conseil, de consentement et de la confidentialité.

La révision des outils avec la participation active des prestataires, et des sessions de renforcement de compétences s'imposent. Un accompagnement psychologique de ces acteurs est nécessaire. Ce qui n'est possible qu'en mobilisant des ressources supplémentaires.

Abstract. The providers of HIV testing and counselling services (HTC) are key actors for UNAIDS new target 90-90-90. Unfortunately, many countries face to lack of HIV/AIDS resources for more results, with respect to the 5 Cs defined by WHO. To highlight actions to take in this way, we analysed the perceptions, practices and challenges from providers in Burkina Faso at 2008-2009 when resources were more available for HTC services.

During MATCH study (Multi-country African Study on Testing and Counselling for HIV), 111 providers (lays counselors and health providers) were interviewed with a quantitative questionnaire, including open-ended questions.

There are 95,5% of providers who are trained on HIV but all are not trained on HTC (18/111). 63, 4% health providers and 45% lay providers said that they are not confortable to do counseling. In some facilities, there is any tool about HTC and some providers judge the tools not appropriate. So, information given to clients/patients is not standardized sometimes, they faced difficulties for obtaining consent, doing HIV positive post-test or coping with confidentiality for some to whom they promise the secret of their result.

Training sessions must be organized, with new tools, revised with the participation of the providers. Since their life is influenced by the professional activities, they need a psychological support. How to do it without more financial resources is the main question.

Introduction

Divers facteurs tels que l'évolution des connaissances scientifiques et des techniques de dépistage ou de traitement de l'infection à VIH ont conduit à actualiser les stratégies et l'offre de services de conseil et de test du VIH (CTV) en les adaptant aux contextes et aux populations ciblées (1). Ainsi, quand les ARV ont prouvé leur efficacité à réduire la transmission du VH de la mère à l'enfant (PTME), on est passé de la proposition à une femme enceinte d'accepter le test (opt-in), à sa pratique à moins qu'elle le refuse (opt-out) (2). En 2007, du test à l'initiative du client (CDV), on est passé à une démarche plus incitative où le soignant doit proposer le test à l'utilisateur des services de santé dans le cadre du dépistage à l'initiative du soignant (DIS) (3). Les initiatives récentes des agences des Nations Unies pour accélérer la lutte contre le VIH et endiguer l'épidémie en 2030 impliquent aussi des changements dans les stratégies de CTV (3, 4). En effet, l'ONUSIDA encourage l'extension de l'offre de services afin que 90% des personnes vivant avec le VIH (PVVIH) connaissent leur statut en 2020, que 90% d'entre elles soient sous traitements ARV, et 90% d'entre elles aient une charge virale indétectable (Objectif intitulé « 90-90-90 ») (5). Parallèlement, l'OMS souhaite que le CTV continue à satisfaire des critères de qualité (respect des 5 principes de conseil, consentement, confidentialité, résultat correct, connexion avec les soins) tout en proposant de concentrer et simplifier les services (extension du dépistage à la tuberculose, remplacement du conseil pré-test et du conseil post-test pour les personnes VIH- par une information, etc).

Les nouveaux objectifs de l'ONUSIDA constituent un défi majeur en Afrique, où seulement 45% [39%-62%] des 15-49 ans infectées par le VIH sont informées de leur résultat (6). Ces objectifs ne pourront être atteints sans un engagement renouvelé des prestataires CTV (agents de santé en charge du TIS et intervenants communautaires appelés conseillers), qui jouent déjà un rôle clé dans la réalisation des tests et la mise en œuvre de stratégies de proximité. Dans le cadre du TIS, les agents de santé rencontrent des difficultés liées à la surcharge de travail, au manque de locaux pour le maintien de la confidentialité et à la gestion des cas positifs au VIH (7). Consciente de ces limites, l'OMS insiste dans ses dernières recommandations sur le rôle des conseillers dont elle encourage la mobilisation et la formation, appelant à leur reconnaissance en termes de compétences et de statut professionnel (3). Au Burkina Faso, les conseillers ont été les premiers acteurs à offrir les services de CTV (8). Leurs prestations sont de qualité: une analyse comparant quatre pays (Burkina Faso, Kenya, Malawi, Ouganda) a montré que le respect des principes édictés par l'OMS est comparable dans le cadre du DIS et du CDV (9), et que ces stratégies complémentaires doivent être renforcées pour un meilleur accès de la population au test. Cela est d'autant plus important pour le Burkina Faso où seulement 40% des personnes infectées par le VIH connaissent leur statut et où le DIS est peu fonctionnel (10).

Cependant, les moyens financiers mobilisés pour la lutte contre le VIH, notamment pour les services de CTV, ne sont pas en phase avec les ambitions des agences des Nations-Unies. Ainsi, ces financements ont diminué depuis 2008, contraignant les conseillers à réduire l'offre des services de proximité (11). Analyser les perceptions et les pratiques des prestataires, ainsi que les défis auxquels ils faisaient face dans le cadre de leurs activités, en lien avec le respect des principes de l'offre des services, dans une période où des financements étaient davantage disponibles est utile. Cela, permettra de décrire les besoins en termes de renforcement des capacités des prestataires, afin de discuter la faisabilité des nouvelles recommandations des agences des Nations-Unies en matière de CTV, ainsi que la plausibilité de l'atteinte des nouveaux objectifs affichés.

Méthodologie

Contexte de l'étude

Alors que la prévalence du VIH au Burkina Faso en 2012 est de 1% [0,8%-1,1] (12), les services de CTV sont offerts depuis 1994 dans un contexte de démarche «volontaire» dans des sites gérés par les associations. Le TIS a été intégré aux services de santé à partir de 2002 (8). Ce contexte historique a contribué à déterminer le profil des prestataires: des conseillers dans les centres de dépistage autonomes et des agents de santé dans les formations sanitaires. Le document référentiel national de 2008 sur les services de CTV précise que seulement les personnes formées sont autorisées à offrir les services y relatifs (13).

Cadre du projet MATCH au Burkina Faso

Le projet MATCH avait pour objectif d'identifier les motivations et les obstacles à la pratique du test VIH, ainsi que l'appréciation de la pratique du test et du conseil et des conditions de leur réalisation, dans quatre pays (Kenya, Malawi, Ouganda, Burkina Faso). Au Burkina Faso, l'enquête a eu lieu en 2008-2009 et a concerné deux districts sanitaires de Ouagadougou (Baskuy et Boulmiougou) et le district de Dédougou. A Ouagadougou sept centres de santé et de promotion sociale, un hôpital de district, six associations de lutte contre le VIH/sida, l'hôpital du jour et le centre national de lutte anti tuberculeux ont été concernés par l'étude. Dans le district sanitaire de Dédougou, le centre médical urbain, 6 CSPS ruraux, l'hôpital du jour et deux associations de lutte contre le sida ont été concernées. Ce district abrite un seul centre autonome de dépistage du VIH.

Population de l'étude et recrutement

Afin d'appréhender la problématique liée aux motivations et aux obstacles à la pratique du CTV, nous avons enquêté auprès des prestataires. Cette enquête faisait partie d'une étude plus vaste qui considérait aussi les personnes qui ont déjà fait un test soit à leur propre initiative, soit à l'initiative du soignant, et des personnes qui n'ont jamais fait un test VIH. Pour le présent article, seules les données collectées auprès des prestataires ont été exploitées. La méthodologie détaillée de l'étude est présentée ailleurs (9).

Des prestataires offrant les services de CTV ont été approchés par les enquêtrices qui leur ont présenté l'étude et ont planifié des rendez-vous pour l'administration du questionnaire semi structuré. Tous les prestataires relevant des sites de l'étude ont été inclus. La présente analyse est focalisée sur les 3Cs (conseil, consentement, confidentialité) qui relèvent entièrement de la responsabilité des prestataires CTV.

Considérations éthiques

Le protocole de l'étude et les outils de collecte de données ont été soumis au comité d'éthique de l'OMS et au comité d'éthique pour la recherche en santé du Burkina Faso qui ont donné un avis favorable. L'administration du questionnaire a été conditionnée par la signature d'un formulaire de consentement.

Traitement des données

Une double saisie des données a été faite sur SNAP 9, puis l'analyse a été réalisée sur SPSS. Les informations qualitatives rendues anonymes, ont fait l'objet d'une analyse thématique. Dans la section suivante, les résultats quantitatifs sont illustrés par une ou plusieurs citations issues de l'analyse qualitative.

Résultats

Description des prestataires

Au total 111 prestataires ont été interviewés (40 conseillers et 71 agents de santé). Ils assurent tous le conseil pré et post test du VIH (tableau I).

Tableau I. Caractéristiques des prestataires de CTV (Conseil et Test pour le VIH)

Les prestataires sont en majorité des femmes (66,7%), de niveau d'éducation secondaire (87,4%), d'âge compris entre 30 et 39 ans (50,4%). Bien que la quasi-totalité des prestataires aient été formée sur le VIH/sida (95,5%), certains n'ont pas reçu une formation spécifique sur l'offre des services CTV (18 dont 3 conseillers et 15 agents de santé). Néanmoins ils ont reçu d'autres types de formations susceptibles d'avoir intégré certains aspects de cette thématique (figure 1).

Figure 1. Types de formations reçues par les prestataires CTV

Ces formations concernaient notamment la prise en charge psychosociale, l'observance aux antirétroviraux (ARV), la prévention de la transmission mère enfant du VIH et le TIS. Les prestataires ont en moyenne 5 ans de pratique dans le domaine du VIH/sida. Les conseillers ont plus souvent un nombre d'années d'expérience supérieur à celui des agents de santé ($p=0,01$) et sont plus souvent des hommes ($p< 0,001$).

Pratiques et perceptions du conseil VIH

Il y a 18 prestataires (15,3%), majoritairement des agents de santé (14/18) qui estiment n'être pas bien préparés pour faire le conseil parce qu'ils n'ont pas reçu de formation, ou ils jugent la qualité de la formation insuffisante. Pour d'autres, la dernière formation date de plusieurs années et une mise à niveau de leurs connaissances est nécessaire d'autant plus que certains utilisateurs ont des questions auxquelles ils ne peuvent pas toujours répondre «… *mais parfois c'est difficile; ils posent des questions parfois on a l'impression qu'ils veulent évaluer nos connaissances*». Ainsi, pour plus de la moitié des prestataires, le conseil n'est pas une tâche aisée (63,4% DIS et 45% CDV). Ils estiment également que le contenu du conseil défini par le guide national n'est pas adapté (22,5%) le jugeant « peu fourni » ou « trop fourni ». « *Je pense que ce support est dépassé, souvent je ne le suis pas* ». De ce fait ils adaptent le guide à leur manière ou ne l'utilisent pas.

Dans les sites communautaires, des fiches de conseil individuel comprenant des rubriques détaillant les étapes du conseil doivent être remplies par les prestataires avec les réponses des clients. Les prestataires estiment que l'évaluation des connaissances sur les modes de transmission et de prévention du VIH n'est plus nécessaire car la population leur parait suffisamment informée. D'autres questions sont contestées car paraissent trop détaillées «*le volet qui porte sur les derniers partenaires du client, c'est long, il faut peut-être résumer la partie ou supprimer* », conseiller. L'évaluation des comportements sexuels fait l'objet de réserves de la part des prestataires, qui estiment que des questions sont inappropriées pour certaines catégories de personnes (demander à une personne mariée si elle a eu des rapports sexuels) et que les réponses des utilisateurs pourraient ne pas refléter la réalité.

Dans le contexte des soins, il n'y a pas de fiche de conseil individuel à remplir. Mais les prestataires disent avoir des indications à suivre, notamment auprès des femmes enceintes: «*A*

notre formation on a dit que le counseling ne doit pas être trop court (bref). Quand la femme rentre d'abord c'est les salutations, ensuite on lui donne les avantages du test et si le test devenait positif, les avantages de la prise en charge…», agent de santé. Cependant ils sont partagés entre l'application des recommandations de leur formation et l'affluence à laquelle ils font face, avec un nombre réduit de personnel dans les services. Certains déclarent limiter les informations qu'ils fournissent, et semble les sélectionner de manière subjective, ou bien les résumer «*Pour moi médecin, si je dois faire ce long discours c'est pas possible, donc je donne l'essentiel sur la maladie, le traitement, l'observance et un mot sur la prévention...*».

L'annonce du résultat positif reste une difficulté majeure pour certains prestataires (20% des prestataires l'ont évoquée). Elle est particulièrement redoutée dans le cadre du TIS «*C'est pour l'annonce du résultat positif qui n'est pas facile, puisque la PTME c'est comme si tu essayais de convaincre la personne à faire le test donc si le résultat est positif tu ne sais pas comment le lui annoncer*», agent de santé. Elle est redoutée également vécue quand il y une discordance de résultats VIH pour un couple. Et certains prestataires sont très émotionnellement engagés dans leur travail « *..., il y a des cas qu'on rencontre, des gens qui ne veulent pas accepter leur sérologie, dans ce cas ...ta journée est gâtée (*démoralisée toute la journée*)...* », agent de santé. Ils en souffrent en dehors du cadre professionnel.

Enfin la barrière linguistique a été évoquée par 6 prestataires du milieu rural qui, conscients de leur limite sont également confrontés au caractère confidentiel du test «*... souvent la femme ne comprend ni français ni dioula or on dit que le conseil est confidentiel donc c'est difficile de prendre un interprète*», agent de santé. Cette difficulté se vit surtout en milieu de soins où les affectations ne tiennent pas compte de la langue de la localité et de celle parlée par le prestataire.

Pratiques et perceptions liées au recueil du consentement

Au Burkina Faso, concernant le consentement, c'est la forme orale qui est requise pour que le test puisse être pratiqué (13). Tous les prestataires ont déclaré le recueillir, mais la majeure partie des prestataires (68%) disent ne pas disposer de guide à ce propos et ceux qui déclarent en disposer l'estiment inutile et ne l'utilisent pas tous. Les prestataires rapportent avoir rencontré des cas de refus de consentement. Dans le cadre du TIS où à priori le patient ou la femme enceinte ne s'attend pas à un test VIH en arrivant, 74% des prestataires ont rencontré au moins une fois des cas de refus du consentement et n'ont pu obtenir de la femme enceinte/patient la réalisation du test.

Pour certains prestataires, l'absence d'acceptation du test serait due à un déficit du conseil, et ils vivent tout refus comme un échec personnel. De ce fait ils tentent d'influencer les utilisateurs pour qu'ils fassent le test, ce qui pose particulièrement problème dans le cadre du TIS où a priori en arrivant au centre de santé, le patient ou la femme enceinte non avertis ne s'attendaient pas à une proposition de test du VIH.

Pratiques et perceptions en relation avec la confidentialité

La préservation de la confidentialité concernant la vie privée des utilisateurs est une préoccupation majeure des prestataires. Dans les sites communautaires, une organisation particulière est mise en œuvre: isolement des salles de conseil dans la mesure du possible, anonymat du test, archivage des résultats et registres dans des armoires fermées à clé. A cela, s'ajoute dans le cadre du TIS la sélection d'un nombre limité d'agents pour le conseil et la gestion du registre de suivi, et l'utilisation de codes pour le suivi des femmes enceintes ou patients testés séropositifs. Dans l'ensemble, les prestataires déclarent avoir reçu comme consigne que «chacun garde pour soi les résultats des personnes qu'il a reçues au conseil», agent de santé. Ce qui n'est pas aisé dans le cadre du TIS où les prestataires évitent tant bien

que mal d'en discuter, même entre eux. Leur préoccupation est telle que certains qualifient alors à tort de ruptures de confidentialité certains actes visant une meilleure prise en charge des patients, comme rechercher la sérologie dans le registre quand une femme arrive en salle de travail, ou faire l'annonce du résultat quand le prestataire qui a reçu l'utilisateur en pré test est absent. Lors du conseil, ils insistent sur le caractère confidentiel du résultat en définissant la confidentialité comme une limitation de la circulation de l'information entre eux et l'utilisateur, plutôt qu'entre personnels appartenant à la même catégorie professionnelle des prestataires. Cette déclaration les met par la suite dans une situation inconfortable vis-à-vis de la PVVIH. En effet l'organisation impose le partage du statut avec d'autres collègues: «*entre nous, c'est difficile que je reçoive un malade sans que ma collègue ne sache de quoi il souffre parce que quand je ne suis pas là, il faut qu'elle puisse faire le strict minimum…*», agent de santé. Enfin, le souci de la confidentialité influence leur vie sociale «*j'évite de fréquenter certains milieux et même de sortir (éviter les lieux publics), car certains dès qu'ils te croisent se gênent ou bien pensent que tu vas parler d'eux…* », conseiller. Dans ces milieux de soins, des prestataires (8) ont relaté avoir assisté à des situations de ruptures de confidentialité, il s'agit de mauvaises réactions à l'annonce d'un résultat VIH+ pendant que l'espace de conseil n'est pas très isolé. Quelques rares cas de rupture existent «*Une femme enceinte est venue faire son test ici et sa coépouse était la sœur de la conseillère qui est allée dire à sa sœur de venir faire son test puisque sa coépouse est positive.*», agent de santé. Ces situations arrivent quand un prestataire a des liens avec le/la partenaire d'une personne séropositive.

Discussion

L'étude dont les résultats sont rapportés ici reflète la situation à un moment où l'offre de services de CTV était soutenue en termes de moyens et de formation des prestataires; de plus, l'étude menée au sein d'un projet portant sur 4 pays a permis de disposer de données solides et d'analyses comparatives qui apportent des analyses précises sur la situation du Burkina Faso.

Notre analyse montre que les prestataires ont un bon niveau scolaire, ce qui est une bonne base pour le renforcement des capacités. Cependant, le conseil est perçu comme une tâche difficile par la majorité d'entre eux. Ceci peut s'expliquer par le fait qu'ils n'ont pas tous bénéficié d'une formation pour l'offre des services CTV, et pour certains cette formation est ancienne. Les insuffisances en formation pour l'offre des services de CTV restent un défi majeur, en particulier pour le TIS (14) (7). Les nouvelles recommandations de l'OMS, qui définissent un contenu de formation de base pour les prestataires, permettront au niveau national de programmer une «mise à niveau» des agents de santé et des conseillers tant sur le plan de leurs effectifs que sur celui de la qualité de la formation.

D'autre part, les outils de base, notamment les guides nationaux, ne sont pas suffisamment utilisés pour palier au déficit de formation. Le contenu du conseil préconisé dans les documents référentiels (13) n'est pas entièrement appliqué, du fait, selon les prestataires, de l'inadaptation du contenu du conseil tel que présenté dans les supports, et de leur caractère inapplicable compte tenu des contraintes de temps auxquelles les prestataires sont confrontés dans le cadre du TIS (15). Certains prestataires adaptent donc le contenu du conseil, ce que montraient également les résultats du projet MATCH concernant les perceptions des patients, rapportant que le conseil pré test et post test étaient respectivement dispensés dans 54,4% et 13,1% des cas (9). Les référentiels du Burkina Faso n'ont été revus qu'une seule fois de 2008. Les nouvelles recommandations de l'OMS (3) qui intègrent la revue des documents nationaux sont une opportunité pour discuter avec les prestataires sur la pertinence de chacun des items du conseil, en fonction de la stratégie de dépistage et de la population cible. Cela appelle des concertations au niveau national pour la définition d'un contenu minimal de conseil pré et post test suivant le statut VIH.

L'étude montre qu'indépendamment de la formation, il existe des lacunes dans la perception du sens du conseil pré test: de nombreux prestataires considèrent que tout conseil doit aboutir à l'acceptation du test VIH. Ceci pourrait donner lieu à une interprétation par le prestataire des informations délivrées en pré test destinées à favoriser le consentement (omission, fourniture d'informations inexactes aux utilisateurs), ou à l'exercice d'une certaine coercition sur les utilisateurs pour qu'ils acceptent le test. D'autre part dans le cadre du TIS, certains prestataires appréhendent l'annonce d'un résultat positif. On peut émettre les hypothèses suivantes: soit la formation ou la pratique du prestataire en conseil est insuffisante, soit l'annonce post-test est difficile parce que le conseil pré test a été mal fait ou le test n'était pas volontaire, soit l'information délivrée par le prestataire en pré-test est marquée de manière très négative –éventuellement parce qu'il n'est pas bien informé des possibilités thérapeutiques actuelles pour le VIH. Ces insuffisances pourraient également avoir des répercussions sur l'acceptation du test car une étude auprès des femmes enceintes en milieu rural au Burkina Faso a montré que la faible qualité du conseil pré test était à la base de 40% des refus du test VIH chez les femmes enceintes (16). L'objectif de l'ONUSIDA d'améliorer le niveau d'identification des personnes qui ont besoin de traitement, exigera un renforcement des connaissances ou des compétences en conseil, qui s'impose pour éviter que face à ces difficultés, des opportunités de test ne soient omises par les prestataires.

En ce qui concerne la confidentialité, sur les sites de dépistage et dans les structures de santé, des efforts sont déployés par les prestataires pour préserver la vie privée des utilisateurs. Ces derniers sont nombreux (74%) à estimer que la confidentialité de leurs résultats serait gardée par les prestataires (9). Cela reflète aussi bien le souci de protéger les clients, mais pourrait représenter leur propre peur du VIH. En effet, on estime que seulement 12,3% des prestataires au Burkina Faso ont déjà fait le test (17). Aussi, notre étude montre que les prestataires sont parfois partagés entre la déontologie de leur profession (18) et le devoir social, c'est-à-dire la protection d'un proche qui serait en relation avec une personne à qui ils ont annoncé un résultat VIH positif, pouvant les conduire à une rupture de la confidentialité. Enfin ils s'auto censurent dans la vie quotidienne. En l'absence de soutien psychologique spécifique et régulier, ces prestataires compatissant au vécu des utilisateurs et s'auto excluant de certains événements de la vie sociale afin de préserver la confidentialité pourraient se retrouver dans une situation de dépression, ce qui souligne la nécessité d'un encadrement d'ordre psychologique chez les prestataires. Leur définir un statut qui leur permette une reconnaissance officielle, comme préconisé par l'OMS, aiderait à la mise en place d'un cadre d'accompagnement psychologique de ces derniers (3).

Notre analyse a montré également que la majeure partie des prestataires (plus de 70%) a recueilli le consentement sans disposer de support, donc de manière susceptible de varier d'un prestataire à l'autre. Ce taux serait plus faible au Kenya et en Ouganda (respectivement 47% et 40%). Cela pourrait justifier le fait que 74% des prestataires ont déclaré avoir parfois rencontré des difficultés pour le recueil du consentement (18). Mettre à la disposition des prestataires des outils standards (Procédures Opérationnelles Normalisées) qui compléteraient les référentiels nationaux pouvant être consultées en cas de besoin pourrait les aider dans leurs tâches quotidiennes, et améliorer la qualité des services.

Conclusion

Pour une amélioration de l'offre des services de CTV au Burkina Faso nécessaires pour atteindre les objectifs annoncés par ONUSIDA, certaines insuffisances du dispositif doivent être corrigées concernant les perceptions et pratiques des prestataires. Les nouvelles recommandations de 2015 de l'OMS répondent à plusieurs des besoins identifiés par les prestataires et colligés dans cette étude: Cela passe par une formation recyclage des prestataires. Des activités de soutien psychologique sont également nécessaires. Enfin des

outils de base, conçus avec leur participation et régulièrement mis à jour et partagés avec les prestataires permettront à ces derniers de mieux assurer leurs missions. Réaliser cela appelle à la requalification des services de CTV, en y allouant des ressources supplémentaires. Ces interventions seront nécessaires–mais probablement insuffisantes sans moyens financiers conséquents-afin d'atteindre l'objectif 90-90-90 en 2020 annoncé par l'ONUSIDA.

Tableau I. Caractéristiques des prestataires de CTV (Conseil et Test pour le VIH)

	Conseillers	Agents de santé	Nombre	Pourcentage	
Sexe					
Féminin	15	59	74	66,4	< 0,001
Masculin	25	12	37	33,3	
Age					
20-29	10	7	17	15,3	
30-39	17	39	56	50,5	
40-44	7	9	16	14,4	0,124
≥ 45	6	16	22	19,8	
Scolarisation					
Primaire	1	2	3	2,7	
Secondaire	34	63	97	87,4	0,2
Supérieure	5	6	11	9,9	
Expérience en VIH					
0-4 ans	15	45	60	54	0,01
≥5 ans	25	26	51	46	
Formation sur le VIH					
Oui	38	68	106	95,5	0,5
Non	2	3	5	4,5	

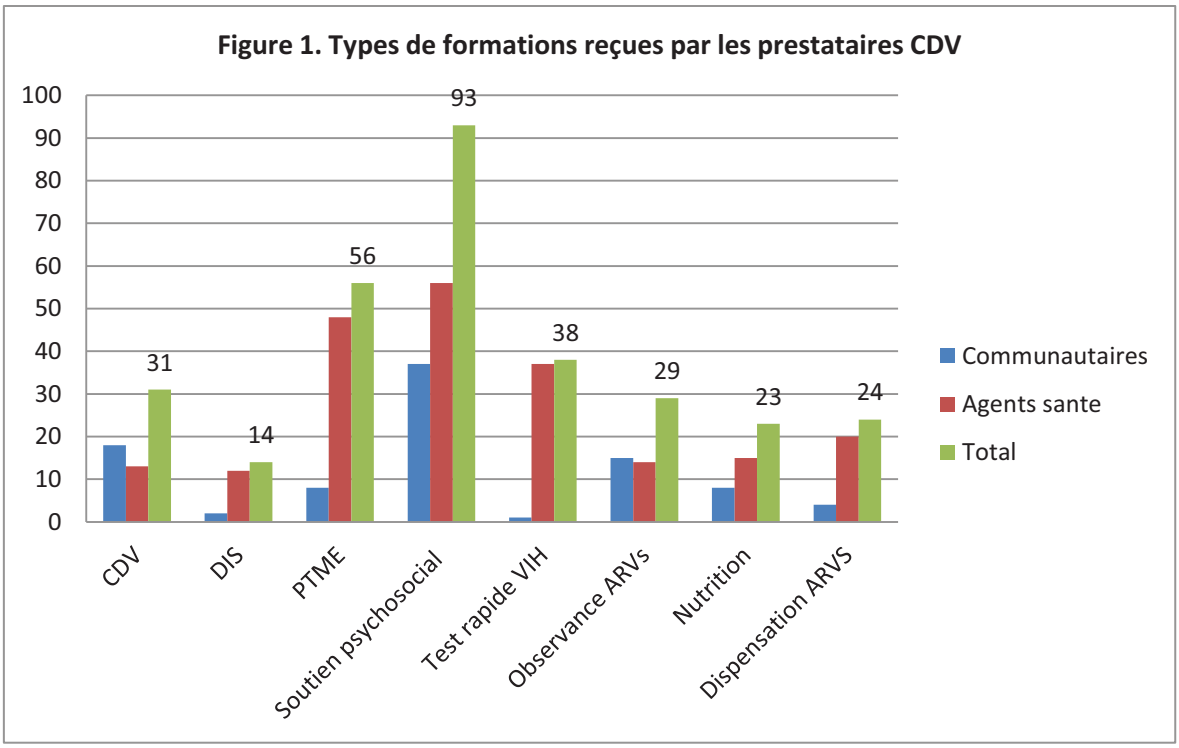


Figure 1. Types de formations reçues par les prestataires CDV
100
90
80
70
60
50
40
30
20
10
0
31
14
56
93
38
29
23
24
CDV
DIS
PTME
Soutien psychosocial
Test rapide VIH
Observance ARVs
Nutrition
Dispensation ARVS
Communautaires
Agents sante
Total

References

1.WHO (2012). Service delivery approaches to HIV testing and conselling (HTC): a strategic HTC programme framework. http://apps.who.int/iris/handle/10665/75206

2. WHO (2007) Guide du conseil et du dépistage du VIH à l'initiative du soignant dans les établissements de santé http://apps.who.int/iris/handle/10665/43692

3. WHO (2015) Consolidated guidelines on HIV testing services: 5Cs: consent, confidentiality, counselling, correct results and connexion http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/hiv-testing-services/en/

4. UNAIDS Fast tracking: ending the epidemic by 2030 http://www.unaids.org/en/resources/documents/2014/JC2686_WAD2014report 5. UNAIDS (2014) 90-90-90: An ambitious treatment target to help end the AIDS epidemic http://www.unaids.org/en/resources/documents/2014/90-90-90

6. UNAIDS (2014) the gap report http://search.unaids.org/search.asp?lg=en&search=gap%20report%202014

7. Medley AM, Kennedy CE (2010) Provider challenges in implementing antenatal provider-initiated HIV testing and counseling programs in Uganda. AIDS Educ Prev. 22(2):87–99.

8. Ky-Zerbo O, Somé JF, Simaga F et al. (2008). Le conseil et le test du VIH (CTV) au Burkina Faso: évolution de la politique, des stratégies et des résultats, 1994-2006. In Sciences et techniques, Série Santé. Numéro spécial Seni Kouanda, Alice Desclaux and Blandine Bila (Ed.), Sida, santé publique et sciences sociale: 20 ans d'épidémie et de recherche au Burkina Faso, 2008 (pp). Ouagadougou: centre national de recherche scientifique et technologique.

9. Obermeyer CM, Neuman M, Desclaux A et al. (2012) Associations between Mode of HIV Testing and Consent, Confidentiality, and Referral: A Comparative Analysis in Four African Countries. PLoS Med. 2012 Oct 23;9(10):e1001329.

10. Burkina Faso, ONUSIDA. Rapport d'activités sur la riposte au sida au Burkina Faso (2014): global AIDS response progress reporting 2014. Rapport mars 2014

11. Ky-Zerbo O, Compaoré C. Etat des lieux de l'offre et de la demande du conseil dépistage en milieu communautaire au Burkina Faso : Rapport

12. UNAIDS. Global report: UNAIDS report on the global AIDS epidemic 2013. http://www.unaids.org/en/resources/campaigns/globalreport2013/globalreport

13. SP/CNLS-IST (2008). Normes et Directives nationales de conseil dépistage volontaire. Ouagadougou.

14. Leon N, Naidoo P, Mathews C et al. (2010). The impact of provider-initiated (opt-out) HIV testing and counseling of patients with sexually transmitted infection in Cape Town, South Africa: a controlled trial. Implement Sci 5(8). http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1748-5908-5-8.pdf

15. Obermeyer CM, Osborn M (2007). The Utilization of Testing and Counseling for HIV: A Review of the Social and Behavioral Evidence. Am J Public Health. 97(10):1762–74.

16. Sarker M, Sanou A, Snow R et al. (2007) Determinants of HIV counselling and testing participation in a Prevention of Mother-to-Child Transmission programme in rural Burkina Faso: Determinants of HIV counselling. Trop Med Int Health. 12(12):1475–83.

17. Kirakoya-Samadoulougou F, Yaro S, Deccache A et al. (2013)Voluntary HIV testing and risky sexual behaviours among health care workers: a survey in rural and urban Burkina Faso. BMC Public Health. 13(1):540.

18. Bott S, Neuman M, Helleringer S et al. (2014). Rewards and challenges of providing HIV testing and counselling services: health worker perspectives from Burkina Faso, Kenya and Uganda. Health Policy Plan.

7.2.7. Discussion – Partie 2

Les résultats de ces articles sont discutés ci-dessous. Ils montrent que les stratégies mises en place jusque-là ont permis une offre diversifiée du CTV à différentes catégories de la population. Cependant des défis liés à la logistique et à la qualité des services de CTV demeurent.

7.2.7.1. Les stratégies nationales de CTV

L'analyse des données de la stratégie communautaire a montré que les personnes qui avaient au moins le niveau secondaire et ceux qui avaient un niveau de vie élevé faisaient surtout leur test pendant les campagnes de dépistage du VIH. Les sites fixes de dépistage étaient surtout utilisés par les femmes, les personnes les moins scolarisés et celles qui avaient un faible niveau socioéconomique. Aussi les motivations au test pendant les campagnes de dépistage semblaient relever d'une demande précoce, tandis que la présence de signes ou de symptômes liés au VIH motivaient le test en dehors des campagnes. Les approches communautaires (sites fixes et mobiles) d'offre du CTV semblent être complémentaires et les avoir toutes en place est un acquis qui mérite d'être renforcé.

La littérature montre que le choix d'une stratégie (TIS ou TIC) se fait en fonction de plusieurs facteurs. En Afrique du Sud, le choix du lieu du test serait déterminé par l'accessibilité, la qualité de la relation avec les prestataires et la perception de la qualité des services offerts. Dans ce pays, les utilisateurs des sites communautaires justifiaient leur choix par le bref temps d'attente et la qualité de la relation avec les prestataires [129]. Les autres analyses de l'étude MATCH ont montré que le TIS et le TIC touchaient des populations qui étaient différentes sur le plan socioéconomique [130]. Les études ont montré que les personnes testées à travers le TIS avaient des caractéristiques comparables à celles des personnes qui n'avaient jamais fait de test. Aussi les personnes qui avaient un statut économique élevé avaient plus tendance à utiliser le TIC, tandis que ceux qui avait un faible statut économique avaient plus tendance à utiliser le TIS. Ils ont conclu qu'il y avait un accès équitable aux services pour les pays de cette étude, dont le Burkina Faso, ce qui est une force à maintenir.

7.2.7.2. Les approches communautaires

Les différentes études ont montré que les PVVIH qui ignoraient leur statut se trouvaient le plus souvent dans le groupe des personnes qui faisaient le test pour la première fois [73]. Elles ont également montré que les approches de proximité (stratégies mobiles et campagnes) étaient indiquées pour l'identification précoce des personnes séropositives [74]. Or nos résultats ont montré que seulement 26% des personnes qui ont réalisé leur test à travers la stratégie communautaire étaient des premiers utilisateurs des services de CTV, ce qui semble être une limite pour l'accroissement du niveau de connaissance du statut chez les PVVIH.

Cela pourrait être une conséquence de la non application de la recommandation de l'OMS invitant les pays à ne pas offrir systématiquement le test à toutes les personnes séronégatives trois mois après, ou dénoter de l'inadaptation des approches communautaires actuelles au profil épidémiologique. Une révision des documents référentiels pour prendre en compte les recommandations de l'OMS, notamment celle de 2010 définissant les conditions sous lesquelles il faut refaire un test dans les trois mois [33] pourrait contribuer à réduire cette pratique.

L'un des défis serait de mettre en place des stratégies pour capter les nouveaux utilisateurs des services de CTV. Dans un contexte de basse prévalence VIH comme celui du Burkina Faso, le dépistage porte-à-porte pourrait ne pas être coût-efficace. Cependant d'autres innovations comme le test à partir d'une PVVIH index, pourraient contribuer à rendre le test plus accessible et permettre à des personnes ignorant leur statut VIH positif de le savoir. Les résultats annuels des femmes enceintes consultant dans les formations sanitaires ont montré un niveau d'adhésion au test très élevé et qui évolue continuellement à la hausse, ce qui pourrait être une opportunité pour atteindre les hommes à travers le dépistage du couple, ou les partenaires des femmes testées séropositives à travers la stratégie de la PVVIH indexe. La notification passive des partenaires dans le cadre de la PTME ayant montré ses limites au Burkina Faso (23% des partenaires des femmes enceintes séropositives en 2015) [127], l'implication des prestataires pourrait aider à identifier les PVVIH qui ignorent leur statut (notification assistée par un prestataire). Cette approche a montré son efficacité au Kenya [131] et au Malawi [132]. Sa mise en œuvre devrait faire l'objet d'une étude préalable car les PVVIH rencontrent plus de stigmatisation dans les pays ayant un faible niveau de prévalence du VIH.

7.2.7.3. L'équité dans l'accès au CTV

Nos résultats ont montré que les hommes et les personnes qui avaient un statut socioéconomique élevé utilisaient plus les campagnes et semblaient avoir recours au CTV de manière précoce, tandis que les femmes et les personnes qui avaient des conditions de vie modeste utilisaient plus souvent les sites fixes et ne recherchaient les services de CTV qu'en présence de signes et de symptômes liés au VIH [130, 133]. L'accès au CTV qui semble être plus favorable aux femmes qu'aux hommes mérite d'être nuancé car si en chiffres ces dernières sont les plus nombreuses à bénéficier du CTV, en dehors de la PTME, elles semblent avoir tardivement accès aux services. Bien qu'elles soient les plus nombreuses dans les structures de prise en charge [127], Kouanda et al. avaient montré que leurs taux de CD4 étaient comparables à ceux des hommes. Les services de santé relevant du privé n'ont pas été pris en compte dans notre étude. Ceux-ci pourraient être les structures utilisées par les personnes ayant un niveau socio-économique élevé dont les hommes. Une investigation auprès des agents de santé au Burkina Faso a montré que 63% de ceux qui avaient déjà fait leur test l'avaient réalisé dans un laboratoire privé, et que les agents de santé de sexe masculin avaient plus souvent connaissance de leur statut que les sujets de sexe féminin (42,6% versus 34,6%) [134]. Afin de permettre aux personnes de faible niveau socio-économique et aux femmes de connaître de manière précoce leur statut VIH, les services de proximité devraient les prendre en compte dans l'élaboration de leurs stratégies d'offre du CTV. Cela passe par une meilleure identification des sites lors des stratégies avancées et mobiles, et surtout au développement d'une stratégie de communication adaptée pour ces groupes.

7.2.7.4. La qualité des services de CTV

Nos résultats ont montré que le conseil post test n'a pas été dispensé de manière exhaustive aux utilisateurs des services de CTV. En effet, il a été conseillé à 29% des utilisateurs de partager le statut VIH avec quelqu'un de leur entourage. En comparant la qualité des services de CTV des pays qui ont participé à l'étude MATCH, Obermeyer et al. ont trouvé que le contenu du post test tel que défini dans les normes internationales (expliquer la signification du résultat, donner des conseils sur la prévention du VIH, conseiller de discuter du résultat avec quelqu'un de l'entourage, conseiller que le partenaire fasse le test, donner du temps pour

poser des questions) avait été dispensé à seulement 13% des utilisateurs du Burkina Faso, ce qui représentait l'indice le plus faible des quatre pays [135].

Ce niveau était de 54% pour le conseil pré test, moins souvent dispensé aux utilisateurs du TIS. L'analyse des données qualitatives de l'étude MATCH a effectivement montré qu'au cours de la campagne de dépistage de 2008, le conseil pré test était bref et que les prestataires réalisaient un post test sélectif (ils passaient plus de temps avec les PVVIH) [136]. L'hypothèse est que bien avant les directives de l'OMS [36], certains prestataires de CTV donnaient déjà des informations pré test en lieu et place du conseil pré test, et insistaient peu sur la réalisation du conseil post test pour les personnes séronégatives. Ce qui pourrait avoir des effets sur l'adhésion au processus du CTV car il a été trouvé en milieu rural du Burkina Faso que 42% des refus du test chez les femmes enceintes étaient imputables à la faible qualité du pré test [93]. D'autres études ont également montré qu'au Burkina Faso il y avait un gap entre le contenu des documents référentiels et la pratique sur le terrain [92]. En vue de l'adoption des dernières directives de l'OMS, il serait nécessaire de définir le minimum standard à dispenser obligatoirement aux utilisateurs en conseil pré et en post test suivant le statut VIH. Cela éviterait que des tests soient réalisés, sans une communication sur le VIH et les implications sociales et sanitaires des résultats du test.

En ce qui concerne le consentement, 77% des participants à l'étude MATCH ont déclaré que les prestataires ont demandé leur consentement avant le prélèvement sanguin (83% en PTME versus 77% pour le TIS et 74% pour le TIC) [135]. Ce niveau de recueil de consentement auprès des femmes enceintes en PTME était comparable à celui trouvé récemment par Some et al (86%) [114].

En comparant les pays de l'étude MATCH sur la qualité des services CTV dispensées aux femmes enceintes, Hardon avait également trouvé un niveau de moindre qualité (counseling pré test, recueil consentement et conseil post test) au Burkina Faso par rapport aux trois autres pays [137]. Par conséquent, les femmes enceintes au Burkina Faso étaient également les moins satisfaites des services de CTV (77% versus 83% pour le Malawi, 94% pour l'Ouganda et 95% pour le Kenya).

7.2.7.5. Le cadre physique

Au Burkina Faso, l'ouverture d'un centre de dépistage autonome devrait se faire avec l'autorisation du ministère de la santé, après avis du SP/CNLS-IST. De ce fait, la configuration des locaux pour l'offre communautaire du CTV en stratégie fixe pourrait être proche des standards nationaux définis dans les normes et directives du conseil et du dépistage du VIH au Burkina Faso.

Cependant dans les services de santé, les activités de CTV et de soins sont intégrées et le plus souvent ce sont les mêmes salles de consultation qui servent au CTV. L'étude MATCH a montré que là où existaient des salles réservées au CTV, les prestataires rencontraient d'autres types de difficultés pour le respect de la confidentialité. En exemple, les portes ne pouvaient être fermées à cause de la défaillance des serrures ou pour d'autres raisons, si bien que les sessions de counseling étaient perturbées par des va-et-vient de la part d'autres prestataires [138].

La plupart des analyses sur les principes éthiques du CTV au Burkina Faso ont concerné l'offre du test aux femmes enceintes. Et dans leur évaluation, Some et al ont trouvé que le quart des formations sanitaires ne disposaient pas d'un espace dédié au CTV [114]. De même, en utilisant les critères de gestion sécurisée des déchets et de la sécurité incendiaire, Coulibaly et al. avaient jugé que les locaux des services PTME, dans leur ensemble, n'étaient pas

adaptés [139]. Les préoccupations liées à la gestion de la confidentialité semblent être générales en Afrique subsaharienne [140, 141]. Ce qui pourrait être une source de démotivation dans la mise en œuvre du CTV, ou un argument pour ne pas offrir systématiquement le test quand cela doit se faire.

Et certains prestataires utiliseraient des stratégies diverses pour l'annonce du résultat positif. Les dernières directives de l'OMS recommandent de supprimer le conseil post test chez les personnes testées séronégatives, et se focaliser sur le post test pour les personnes séropositives. Cette recommandation pourrait être pertinente dans les formations sanitaires, et les campagnes de dépistage ou il y a une grande affluence avec un risque de surcharge de travail pour les prestataires. Mais si cette recommandation pourrait contribuer à alléger la tâche des prestataires, sa pratique pourrait contribuer à dévoiler le statut des personnes testées séropositives, et nécessiter d'autres efforts de la part des prestataires pour minimiser ce risque. Durant les campagnes de dépistage, les prestataires donneraient des rendez-vous ailleurs et à d'autres moments aux personnes testées séropositives pour un post test plus approfondi [136]. Cette pratique pourrait être mise en œuvre dans les formations sanitaires où les prestataires pourraient mettre en place une organisation pour recevoir discrètement les personnes testées séropositives. Cela pourrait se faire les après-midi, ou à d'autres moments de faible fréquentation des services.

7.2.7.6. Des ruptures en intrants de dépistage

Au cours de l'étude MATCH, les prestataires du Burkina Faso ont souvent évoqué la rupture en réactifs et autres consommables de dépistage (respectivement 19% et 14%) comme difficultés de mise en œuvre du CTV [138]. Par manque de réactifs, de consommables ou d'autres équipements de base, les prestataires ne seraient pas à mesure d'offrir le CTV [140, 141, 142]. En trois mois d'observation des sites offrant la PTME, Some et al. ont noté que la moitié de ces sites (15/31) avait connu au moins une fois une rupture en consommables [114]. Ces ruptures de stocks sont communes aux milieux urbain et rural au Burkina Faso [92, 93, 139]. En 2011-2012, par manque de réactifs et de consommables, le CTV n'a pu être correctement fourni au niveau national [128].

Sans ces dotations de base, les prestataires ne peuvent que donner des informations sans pouvoir offrir le test, élément essentiel pour l'identification des personnes séropositives. Ces ruptures sont également des facteurs de démotivation et de démobilisation pour la pratique du test, aussi bien pour les prestataires que les utilisateurs. Afin de résoudre ce problème, le Burkina Faso a mis en place une commission nationale de suivi des intrants pour les maladies prioritaires. Malgré cela, le pays vit toujours des ruptures de stocks. Les rapports de rencontres de cette commission montrent que le problème est dû à une situation de dépendance du pays vis-à-vis de financement et de procédures extérieurs. Dans un tel cas de figure, disposer de ressources au niveau national et sécuriser les intrants du dépistage permettrait d'éviter les situations de ruptures et favoriser une offre continue du CTV.

7.2.7.7. Les ressources humaines

Les agents de santé

Nos analyses ont montré que l'ensemble des prestataires qui ont participé à notre étude n'avait pas reçu de formation pour la mise en œuvre du CTV et que certains prestataires avaient des difficultés, en l'occurrence pour annoncer un résultat VIH positif (18,5%) [143]. Le manque de formation des prestataires CTV en milieu urbain et rural du Burkina Faso a été documenté ailleurs [92, 114]. De l'ensemble des pays de l'étude MATCH, c'était les agents

de santé du Burkina Faso qui déclaraient le plus souvent avoir des difficultés pour recueillir le consentement des femmes enceintes en PTME (63% versus 14% pour le Kenya et 2% pour l'Ouganda) [138]. Et une analyse plus récente a montré que les dernières sessions de formation en CTV organisées par le ministère de la santé pour les agents de santé dataient de 2008, et qu'en 2015 seulement 54% des prestataires communautaires qui étaient en poste avaient bénéficié d'une formation en counseling VIH [119]. Le manque de formation des prestataires pourrait être une source de démotivation ou un argument pour ne pas offrir le CTV, et affecter ainsi la qualité des services [144, 145, 146]. En Tanzanie, une étude a montré que les prestataires qui avaient reçu une formation en CTV offraient six fois plus souvent le test que les autres [145].

Dans les formations sanitaires, le nombre d'agents de santé est insuffisant pour d'une part offrir le CTV et d'autre part gérer la grande affluence des patients et/ou des femmes enceintes [91, 92, 113, 138]. La formation des prestataires qui requiert des ressources financières semble être un défi majeur et les participants à l'enquête sur l'acceptabilité et la faisabilité des dernières directives de l'OMS l'ont parfois relevé. Mais sans une formation adéquate, les insuffisances constatées dans l'offre du CTV pourraient s'accentuer si le pays décidait de mettre en œuvre, ne serait-ce que quelques orientations des dernières directives de l'OMS. En effet, comment changer les pratiques et innover sans former? Si après avoir eu un entretien avec les consultants pour les préparer au test, les prestataires ont du mal à recueillir le consentement et à annoncer un résultat VIH positif, cela serait plus compliqué quand ils n'auront plus l'opportunité de discuter suffisamment avec les clients avant de faire le test. La suppression du conseil pré test nécessite une formation plus approfondie des prestataires sur le conseil post test du résultat VIH positif. Si cela n'est pas fait, les faibles taux de partage du statut avec les partenaires chez les PVVIH qui persistent au Burkina Faso (moins de 40%) [89, 137, 147] seraient un réel obstacle au dépistage du couple et à la mise en œuvre des stratégies innovantes, telle le dépistage des partenaires à partir d'une PVVIH index. Afin de minimiser les coûts, des formations sur site pourraient être organisées. Les manuels de formation en un jour, conçus par l'OMS pourraient également être d'une grande utilité si ceux-ci sont mis à jour.

Some et al. ont également observé que par manque de motivations, un grand nombre d'agents de santé formés en PTME n'étaient plus à leur poste [114]. La même situation a été observée ailleurs [140, 148]. Des formes de motivation pour les agents de l'Etat devraient également être définies. L'expérience du Rwanda qui a mis en œuvre un financement basé sur les résultats dans le cadre du CTV pourrait être répliquée dans des districts pilotes. Il pourrait également s'agir de la création ou de la dynamisation de cadres de rencontres de prestataires au niveau des districts, où les personnes impliquées dans le CTV pourraient s'exprimer et se sentir valoriser dans leurs tâches quotidiennes.

Les prestataires communautaires

La situation actuelle des prestataires communautaires semble être critique au niveau international. Pendant que l'OMS tente de convaincre les pays de les responsabiliser davantage pour l'offre du CTV, ceux-ci ont du mal à les impliquer comme il faut. Une analyse conduite en 2015 a montré qu'il y a eu une désertion de nombreux prestataires communautaires formés pour d'autres emplois, faute de ne plus bénéficier d'une rémunération quelconque pour les activités de CTV qu'ils ont mis en œuvre. C'est le cas également au Lesotho où entre 2011 et 2012 le nombre des prestataires communautaires est passé de 487 à 165, avec des conséquences sur l'offre du CTV (baisse de 15% dans la même période) [149]. La désertion des prestataires communautaires par manque de motivation est comparable à la mobilité des agents de santé.

Or l'existence de la stratégie communautaire qui est l'une des plus dynamiques après la PTME était un avantage pour aller vers la délégation complète des tâches (test de laboratoire par les conseillers), comme recommandé par les dernières directives de l'OMS. Mais cela passe par la définition d'un statut pour les prestataires communautaires et la conduite d'un processus de mobilisation de ressources pour leur rémunération. Au Burkina Faso, des tentatives de rattachement de ceux-ci au ministère de la santé auraient déjà été entreprises, mais sans succès [150]. Et jusque-là l'opinion des décideurs et acteurs du Burkina Faso reste mitigée sur la question, certains d'entre eux évoquant surtout des contraintes budgétaires. Les 16 000 ASBC que le Burkina Faso a entrepris de recruter pour «contribuer à la résolution des problèmes de santé des populations» auraient pu être responsabilisés pour le CTV mais le niveau de base requis pour leur recrutement est la classe de CM2. Les normes et directives du dépistage ne définissent pas le niveau minimum requis pour être prestataire CTV, mais la majeure partie des prestataires CTV au Burkina Faso ont au moins le niveau secondaire (97% dans notre analyse) [143]. L'ensemble des ASBC ne pourront peut-être pas mettre en œuvre le CTV mais ceux qui répondront au profil requis pourront être formés pour l'offre des services aux populations. Cependant une revalorisation des paiements prévus pour les ASBC qui s'élèvent à 20 000 FCFA (30 euros) par mois serait nécessaire. En effet, dans le cadre du financement du Fonds Mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, la somme de 50 000FCFA (76 euros) est actuellement rétribuée aux prestataires communautaires qui offrent le CTV. Pour une délégation complète des taches du CTV aux ASBC, il serait nécessaire de renforcer leurs capacités. Cependant une étude pilote sera nécessaire avant toute prise de décision dans ce sens.

7.2.7.8. La stigmatisation des PVVIH

Nos analyses ont montré que la stigmatisation reste élevée et affecte toutes les catégories d'âge indépendamment du sexe et du milieu de résidence. Une analyse comparative a montré que de l'ensemble des pays de l'étude MATCH, le Burkina Faso avait le niveau d'auto stigmatisation le plus élevé [151]. Le niveau d'auto stigmatisation appelle à une intégration d'un soutien psychologique plus adapté que celui qui est actuellement offert aux PVVIH dans les services de prise en charge.

7.3. Partie 3. Les défis liés à la mise en œuvre du CTV, conformément aux dernières directives de l'OMS

7.3.1. Article 7. Les politiques et stratégies de dépistage pays à l'épreuve des directives de l'OMS : analyse de l'applicabilité et de l'acceptabilité de différentes recommandations sur les services de test VIH au Burkina Faso.

Voir page suivante

Les politiques et stratégies de dépistage des pays à l'épreuve des directives de l'OMS: analyse de l'applicabilité et de l'acceptabilité de différentes recommandations sur les services de test VIH au Burkina Faso.

Ky-Zerbo O, Desclaux A, Msellati P

Résumé.

Introduction. Les politiques et stratégies de conseil et de test du VIH (CTV) des pays sont guidées par celles définies par les agences des nations unies, notamment l'Organisation mondiale de la Santé (OMS). Elles sont souvent établies à partir d'études réalisées dans des pays à prévalence élevée du VIH et pourraient ne pas convenir aux pays à basse prévalence. Cet article analyse les perceptions des décideurs et acteurs du CTV du Burkina Faso sur les directives 2015 de l'OMS sur le CTV.

Méthodes. Une étude qualitative a été réalisée auprès des principaux acteurs et décideurs du CTV au Burkina Faso en 2015. Elle a consisté en une revue documentaire, complétée d'un recueil de données à distance en 2015 sur les appréciations des répondants sur les changements que le Burkina Faso devrait entreprendre afin de disposer de disposer de normes et de directives de CTV conformes aux directives de l'OMS.

Résultats. La plupart des recommandations sont favorablement appréciées par les répondants qui émettent toutefois des réserves sur leur faisabilité. Les recommandations les moins acceptées sont relatives à la confirmation des résultats négatifs, trois mois suivant le résultat et l'utilisation des auto-tests. Les approches innovantes (auto-test, test à partir d'un patient index (PVVIH) le test de triage) seraient les plus difficiles à mettre à œuvre.

Conclusion. Ces résultats montrent que la définition des politiques et stratégies universelles de CTV doivent intégrer les aspects liées à leur faisabilité dans les différents contextes épidémiologiques. Des études pilotes pourraient contribuer à orienter les directives en la matière.

Introduction

Le conseil et le test du VIH (CTV) est une stratégie clé dans la lutte contre le VIH [1]. En effet la connaissance du statut VIH est incontournable dans la prévention et la prise en charge du VIH. En 2004 le dépistage du VIH a été déclaré comme étant un droit pour tous par l'OMS [2] et toute réalisation de test devrait se faire dans un cadre réglementaire universel défini sous l'égide de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et de l'organisation des Nations Unies pour le sida (ONUSIDA). Les règles les plus connues sont les principes éthiques définis depuis 1992 [3], et mis à jour en 2012 [4]. Les principes éthiques définis en 1992 étaient (1) le counseling pour mieux informer les utilisateurs des services de CTV et les aider à se décider à faire le test ou pas, (2) la confidentialité pour les protéger d'éventuelles conséquences négatives liées à leur statut VIH, et (3) le consentement qui est une expression manifeste de leur accord pour le test. Il s'agit du principe des 3C. En effet au début de l'épidémie, il n'y avait pas de traitements efficaces et les PVVIH étaient très stigmatisées, d'où le souci de protéger l'individu en lui donnant la liberté de choisir explicitement de faire le test [3]. En 2012, une déclaration de l'OMS indiquait aux acteurs qu'ils devraient s'assurer que le résultat VIH qui était annoncé aux consultants soit correct, et que les PVVIH aient été mises en lien avec les services de prise en charge. Quelle que soit la stratégie de dépistage (dépistage à l'initiative du client ou à l'initiative du soignant autre que le don de sang), ces principes devraient être respectés [4].

En 2007, l'offre passive du test (test à l'initiative du client) a évolué en une offre active de la part des soignants sur instruction de l'OMS [5]. Les orientations données par l'OMS aux pays couvrent l'offre du test aux femmes enceintes et aux patients et autres utilisateurs des services de santé. Ces évolutions politiques ont été influencées par les résultats scientifiques qui ont démontré l'efficacité des ARV dans la transmission et l'acquisition du VIH [6, 7, 8]. D'autres recommandations sur le CTV ont également été formulées par l'OMS. Elles visent à améliorer aussi bien l'accès des populations prioritaires au test que la qualité des services.

En juillet 2015, l'OMS a édité un guide consolidé des directives du dépistage du VIH [9]. Tout en rappelant les différentes recommandations formulées jusque-là, ce guide a introduit des innovations parmi lesquelles (1) le changement du concept «services de conseil et de test VIH», en «services de test VIH»; (2) l'instruction pour une meilleure délégation de taches aux prestataires communautaires ; (3) l'introduction d'une nouvelle approche qu'est le test de triage, (4) l'intégration des services, notamment la détection des cas suspects de tuberculose lors du counseling pré-test et (5) la promotion de l'utilisation des auto-tests.

Les diverses études et analyses sur lesquelles sont basées ces recommandations ont souvent été conduites dans des pays anglophones ayant une prévalence élevée la plupart du temps (Ouganda, Malawi, Kenya, Tanzanie, Zambie, Afrique du Sud…). Les directives de 2015 ont été validées sur la base de 293 références, parmi lesquelles il y en a seulement deux qui concernent les pays de l'Afrique de l'Ouest et portent sur les aspects biologiques des tests [10, 11]. Cela pourrait s'expliquer par le fait qu'il y a peu d'études sur le CTV dans les pays à basse prévalence, notamment les pays francophones de l'Afrique de l'Ouest. Egalement cette zone est souvent exclue de la plupart des-méta analyses et des revues d'études sur le CTV en Afrique Subsaharienne ou dans les pays à ressources limitées. Or une fois que les directives ont été définies par l'OMS, elles s'appliquent à tous les pays. Les pays francophones comme le Burkina Faso qui sont rarement les terrains des études pilotes se retrouvent confrontés à des recommandations à mettre en œuvre sans études préalables, et sans qu'elles ne soient toujours dans une langue compréhensible par l'ensemble des décideurs et des acteurs. Or leur mise en œuvre nécessite leur appropriation par les principaux acteurs et décideurs nationaux. Cette appropriation ne peut se faire que si ces derniers ont une appréciation positive de ces

recommandations. Connaître leurs points de vue et travailler à dissiper leurs appréhensions pourraient favoriser cela.

Le but de cet article est de contribuer à la connaissance des perceptions des décideurs et acteurs du CTV d'un pays francophone à basse prévalence du VIH, le Burkina Faso, sur les directives 2015 de l'OMS sur le CTV.

Méthodes

Le cadre de l'étude

Le Burkina Faso a une prévalence VIH de 0,9% [12]. En 2010 on estimait qu'environ 40% des PVVIH au Burkina Faso connaissaient leur statut VIH [13]. Deux principales stratégies sont utilisées pour l'offre des STV (le test à l'initiative du client et le test à l'initiative du soignant). Le test à l'initiative du client se fait en sites fixes et en stratégie mobile. Tous les ans, il y a au moins une campagne de dépistage organisée au niveau national [14]. Cette campagne contribue pour le dépistage d'environ 50% des personnes testées à travers la stratégie communautaire et détecte 25% des PVVIH que cette stratégie identifie [15]. En 2015, les campagnes ont permis à 189 011 personnes de connaître leur statut VIH (38% des tests réalisés au niveau national) et 1 147 résultats positifs ont été annoncés, soit une séropositivité de 0,06% (14% de l'ensemble des tests positifs en 2015) [16]. Quant au test à l'initiative du soignant, cette stratégie est très active en ce qui concerne le test des femmes enceintes. Cependant peu de partenaires sont testés (moins de 2%). Le test offert aux autres patients et utilisateurs des services de santé reste peu opérationnel au niveau national. Les enfants nés de mère séropositive ont peu accès au dépistage précoce [16]. La dernière révision des normes et directives du conseil et du dépistage du VIH du Burkina Faso a eu lieu en 2008 [14]. Depuis cette date, de nombreuses orientations et recommandations ont été éditées par l'OMS et sont omises dans ce document référentiel [9].

Approches méthodologiques

Une revue documentaire, complétée par un recueil de données à distance ont été conduits.

La revue documentaire

Deux documents ont été essentiellement exploités: les normes et directives du conseil et dépistage du VIH au Burkina Faso [14], et les directives de l'OMS sur le CTV, édition de juillet 2015 [9]. A l'aide d'une grille de lecture, les recommandations éditées par l'OMS depuis 2008 ont été identifiées. Une lecture des normes et directives du dépistage au Burkina Faso a permis de relever les recommandations et les orientations de l'OMS qui n'y figuraient pas ou qui n'étaient sont pas en concordance avec ce qui est préconisé au niveau national. Puis un tableau comparatif entre ce qui est préconisé dans les normes et directives du VIH du Burkina Faso, et ce qui est recommandé par l'OMS a été établi. Ce tableau comportait également trois colonnes supplémentaires permettant au répondant d'apporter une appréciation sur l'acceptabilité de chaque recommandation de l'OMS dans le contexte burkinabé, sa faisabilité et aussi de faire des commentaires pour mieux expliciter ou justifier ses opinions.

Le recueil des données à distance

Une liste des organisations et institutions influentes en CTV au Burkina Faso a été établie. Au sein de chacune de ces structures/institutions, une personne répondante (en général le responsable ou le point focal pour le CTV) a été ciblée (20 décideurs, acteurs et chercheurs du CTV de Ouagadougou, Bobo-Dioulasso et Dédougou). L'outil de collecte des données, élaboré par nos soins, leur a été envoyé par voie électronique pour une auto administration en septembre 2015, avec une fiche d'informations expliquant l'objet de l'étude. Des relances

téléphoniques ont été faites en octobre et novembre 2015. L'outil de collecte des données abordait des thématiques relatives à leurs attitudes sur les approches innovantes pour l'offre du CTV (test de triage, auto-test, client index), les populations prioritaires qui devraient bénéficier de ces services (populations clés, adolescents, couples, enfants…), l'évolution des principes éthiques et les changements dans le suivi de la mise en œuvre du CTV.

Gestion et analyse des données

Pour évaluer l'acceptabilité des recommandations, une grille de notation en trois points a été définie (très favorable, favorable, pas favorable). Il en est de même de l'évaluation de la faisabilité (facile à réaliser, difficile à réaliser, non réalisable).

Les réponses des répondants ont été dépouillées et analysées avec le logiciel Excel. Les réponses sur l'acceptabilité ont été regroupées en deux catégories pour l'analyse: la recommandation est «acceptable» si la réponse est «très favorable ou favorable», et il y a «opposition» si la réponse est «pas favorable». Les réponses sur la faisabilité ont également été regroupées en deux catégories pour l'analyse. La recommandation est «facile à réaliser» si la réponse est «facile à réaliser». Elle a été qualifiée de «difficile à réaliser» si la réponse est «difficile à réaliser» ou «non réalisable».

Résultats

Au total 16 participants ont complété la grille de recueil des données. Il s'agissait de deux responsables des services de coordination de la lutte contre le VIH du ministère de la santé (Programme sectoriel santé et lutte contre le sida et Direction de la Santé de la Famille), de quatre chefs de projets ou de départements du secrétariat permanent du conseil national de lutte contre le sida et les IST (SP/CNLS-IST), de six responsables d'ONG et d'associations impliqués dans l'offre des STV, de trois personnels des agences du système des Nations Unies (PNUD, OMS, ONUSIDA) et d'un chercheur. Quatre d'entre eux étaient des femmes. Les participants qui ont rempli la grille étaient tous de Ouagadougou et de Bobo-Dioulasso.

Leurs attitudes sur les approches innovantes pour l'offre du CTV, les populations prioritaires qui devraient bénéficier de ces services et les changements dans le suivi de la mise en œuvre du CTV ont été analysées.

Les approches innovantes

L'auto test

L'auto test était la stratégie innovante la moins acceptée par les répondants. Seulement 2/3 des répondants étaient favorables à ce que cette approche soit adoptée parmi les stratégies d'offre des STV au Burkina Faso. Les personnes qui s'y opposaient ont développé essentiellement trois arguments.

Le premier se rapportait à l'importance du conseil pré et post test dans l'offre des STV.

«*Le conseil dépistage est surtout un acte de prévention primaire et secondaire qui ne doit pas se limiter seulement à l'acte de testing* » (formateur en conseil et dépistage du VIH, Ouagadougou).

«*L'absence d'une tierce personne (conseiller), au vu d'un résultat positif est une limite car impossible de prévoir la réaction que l'individu peut avoir en ce moment. La présence d'un conseiller aide à atténuer les réactions psychologiques de l'individu*» (président d'un réseau d'associations, Ouagadougou).

En outre ils estimaient qu'il y avait actuellement une sous information sur le VIH et le sida au Burkina Faso si bien que ce n'était pas indiqué de les autoriser à s'auto administrer le test

VIH «*Actuellement la prévention est en souffrance [*peu existante*], la population montante [*jeunes et adolescents*] n'a pas d'informations appropriées pour se prendre en charge. Elle a toujours besoin d'un accompagnement (conseil pré et post test)» (*coordonnateur d'un centre de dépistage, Bobo-Dioulasso).

Enfin, dans un pays qui a un très faible niveau de scolarisation, on ne devrait pas permettre que les autotests soient utilisés «*La majeure partie de la population est analphabète, non préparée pour cette stratégie*» (responsable, ministère de la santé).

En ce qui concerne la faisabilité, les répondants dans leur majorité (3/4) étaient persuadés que cette approche ne serait pas facile à mettre en œuvre au Burkina Faso, sans qu'un certain nombre de conditions préalables soient remplies. Celles-ci incluaient:

- des informations suffisantes sur le VIH (modes de transmission et de prévention, conséquences d'un résultat positif, conduite à tenir dans une telle situation, informations sur le système de prise en charge existant…) avant l'utilisation des autotests d'où la nécessité de développer des activités parallèles d'informations de la population sur le VIH avant la mise en circulation des auto-tests;
- l'amélioration de la qualité de l'accueil dans les services pour favoriser leur recours en cas d'un résultat positif «*Nécessité d'avoir des services conviviaux bien accessibles et connus de la population auxquels toute personne pourra se référer pour plus de conseils après son test*», (représentant agence des nations unies).
- Une politique sélective de l'utilisation des autotests qui devraient être réservés (1) soit aux personnes qui ont un niveau de scolarisation élevé ou qui vivent en milieu urbain (2) soit à celles qui ont déjà fait le test VIH au moins une fois et qui connaissent les différentes étapes du CTV «*Besoin d'un certain niveau de connaissance du client au préalable. Avoir déjà réalisé précédemment un test VIH », (*président d'un réseau d'associations, Ouagadougou), ou (3) aux populations les plus exposées au VIH «*Cette stratégie peut être appliquée aux personnes les plus averties (HSH, TS, clients de TS)», (*représentant ministère de la santé, Ouagadougou).

Le test de triage

Le test de triage consiste à permettre aux prestataires communautaires de réaliser le premier test rapide de laboratoire et référer toutes les personnes positives dans une structure adaptée pour le test de confirmation.

La quasi-totalité des répondants était favorable à l'introduction du test de triage. Seulement deux personnes s'y opposaient et la jugeaient irréalisable dans le contexte du Burkina Faso. Pour ces dernières, les populations ne seraient pas suffisamment informées sur les procédures du test de laboratoire[7]. Et ces répondants craignaient que cela n'entraîne des doutes sur la qualité des services communautaires «*Crainte par rapport à un premier résultat positif (test réalisé par le conseiller) et un deuxième test négatif (test réalisé par un centre de santé). Quel regard du client par rapport au conseiller qui a réalisé le 1er test ? Ne craignons nous pas une diffusion dans la communauté, le fait que les tests VIH réalisés dans les associations ne sont pas crédibles?», (*Président de réseaux d'associations, Ouagadougou).

Quant à la faisabilité, deux personnes estimaient que la stratégie serait difficile à mettre en œuvre au Burkina Faso, à cause d'une probable attitude défavorable de la part du personnel de santé. Ces derniers pourraient ne pas accepter qu'un personnel non médical manipule des produits de laboratoire « *la réalisation du test est médicale* [le testing relève des compétences du personnel médical]», (président réseaux d'associations, Ouagadougou).

[7] Les populations ne comprendraient pas qu'un résultat positif se révèle négatif dans la structure de référence

L'approche du client index

L'approche du client index consiste à offrir le test à l'entourage d'une PVVIH (partenaires, enfants des femmes séropositives).

La quasi-totalité des participants (plus de 3/4) serait favorable à l'application de cette approche. Les arguments des répondants en faveur de cette approche se rapportaient à la proximité dans l'offre des services, le renforcement de la prévention et l'avantage d'une prise en charge précoce des personnes séropositives «*cette stratégie permet d'éviter de nouvelles infections lorsque les membres n'ont pas suffisamment d'informations sur les voies de transmission et les méthodes de prévention mais aussi de les informer des services disponibles en cas de résultats positifs*», responsable d'association, Ouagadougou.

L'opposition au développement de cette approche manifestée par trois répondants était liée au risque de stigmatisation des PVVIH «*Crainte liée à la stigmatisation des familles des personnes séropositives*», (Président de réseaux d'associations, Ouagadougou).

Attitudes sur les changements à apporter aux approches actuelles

Suivant les dernières directives de l'OMS qui définissent les stratégies et les approches en fonction du contexte épidémiologique, certaines approches des STV au Burkina Faso devraient être revues ou supprimées. Dans le cadre de cette enquête, nous avons analysé les attitudes des décideurs sur trois changements majeurs à effectuer. Il s'agissait (1) de la suppression des campagnes de dépistage car la prévalence VIH est concentrée au sein de certains groupes cibles, (2) de l'arrêt de l'invitation systématique de toutes les personnes testées séronégatives à revenir trois mois plus tard pour réaliser un autre test VIH afin de confirmer qu'elles sont effectivement séronégatives au VIH et (3) de la détection des cas suspects de la tuberculose lors des sessions de pré test.

La suppression des campagnes de dépistage

Les trois quarts des participants seraient favorables à la suppression des campagnes. Leur argumentation était basée sur les contraintes financières «*... le contexte de rareté de ressources nous amène à réfléchir et à développer des stratégies plus efficientes*», (représentant agence des Nations Unies). Aussi selon eux, l'offre des services pendant les campagnes serait de faible qualité «*Pour les campagnes de masse, il faudra veiller à ce que la qualité soit assurée dans la prestation (temps de pré test avec l'individu). Mettre en place un système de suivi post test pour réduire au maximum les perdus de vue*», (coordonnateur de réseau d'association, Ouagadougou).

Cependant, les quelques personnes qui n'étaient pas favorables à la suppression des campagnes au Burkina Faso ont développé trois arguments. Le premier argument est que les campagnes constitueraient une opportunité de levée de barrière géographique à l'accès au test grâce à sa stratégie de proximité «*Il existe toujours des zones où il n'existe pas de [d'autre] possibilité de dépistage*», (coordonnateur centre de dépistage Bobo-Dioulasso). Aussi ce serait l'une des approches spécifiques adaptée aux populations clés «*Les populations clés sont victimes de stigma [stigmatisation], donc s'affichent difficilement. Nécessité d'utiliser des approches spécifiques*», (coordonnateur, structure ministère de la santé, Ouagadougou). Enfin, les répondants ont suggéré que les campagnes soient maintenues quelques années encore au Burkina Faso (2-3 ans) car elles contribueraient à une plus grande couverture populationnelle en tests.

Mettre fin à la demande systématique de test de confirmation du résultat VIH négatif

Depuis 2010, l'OMS recommande que les personnes testées séronégatives ne soient pas systématiquement convoquées trois mois plus tard pour réaliser un test de confirmation de

leur précédent statut. Elle préconise de conseiller aux personnes testées séronégatives et qui seraient «*sans incident ponctuel d'exposition au VIH connu au cours des trois derniers mois ni comportements actuels à risque d'être infectées par le VIH, de ne faire un autre test que si elles ont été dans une situation à risque d'exposition à VIH*».

Il y a environ un tiers des répondants (cinq) qui sont opposés à cette recommandation «*Il faut laisser les gens faire le test comme ils veulent*», (Chef de service SP/CNLS-IST). Ceux-ci estimaient qu'arrêter de demander systématiquement le test de confirmation pourrait amener les acteurs à passer à côté d'éventuels cas positifs, et de ne pas identifier suffisamment tôt les personnes infectées «*La fenêtre sérologique est scientifiquement prouvée. Même si c'est très simple de ne pas demander la vérification, je ne le conseille pas. Il faut toujours traquer l'infection à VIH en cas d'exposition pour permettre un suivi précoce», (Chef de service SP/CNLS-IST).* Enfin, du point de vue de ces répondants, les déclarations des clients sur leurs pratiques sexuelles pourraient être fausses. Ceci ne permettrait pas une évaluation juste de leur niveau d'exposition au VIH par les prestataires, pour les orienter vers une invitation à un test de contrôle de la sérologie dans les trois mois qui suivent «*La difficulté réside dans la « déclaration » des individus. Est-ce que les gens dans leur majorité déclarent toujours leur exposition récente ou une situation de risque*?» (Responsable de réseau d'associations, Ouagadougou).

Quant à la faisabilité, elle pourrait connaître des difficultés si les prestataires n'ont pas les connaissances adéquates pour pouvoir évaluer les différentes situations et décider de la nécessité d'un test dans les délais requis.

L'intégration du diagnostic de la tuberculose au pré test

L'offre du CTV est intégrée à la prise en charge de la tuberculose. Cependant le dépistage du VIH au Burkina Faso n'inclut pas l'identification des cas suspects de tuberculose. Les dernières directives de l'OMS recommandent l'intégration d'une grille de détection des cas suspects de la tuberculose lors du pré test.

La quasi-totalité des répondants estimaient que cette intégration était «*très importante pour réduire le fardeau de la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH*», (représentant, agences des Nations Unies). Cependant de leurs avis, l'opérationnalisation pourrait connaître deux obstacles. Le premier concernerait les agents de santé qui pourraient s'opposer à l'implication des communautaires à la mise en œuvre des activités de détection des cas suspects de tuberculose. Enfin, pour eux l'intégration d'une grille pour l'identification des cas suspects de tuberculose lors du conseil pré test nécessiterait des ressources pour l'organisation de sessions de renforcement de connaissances des acteurs communautaires. Pour l'un des répondants qui y est opposé, l'introduction d'une grille de remplissage pour l'identification des cas suspects de tuberculose pourrait requérir plus de ressources en temps.

Les attitudes sur l'évolution des principes éthiques du CTV

Les principes éthiques qui ont fait l'objet d'analyse avec les répondants étaient au nombre de trois. Il s'agissait (1) du pré test dont le concept de « conseil pré-test » a évolué en « information pré test » et consiste à fournir des informations en lieu et place d'un counseling avant le test, (2) de l'allègement du conseil post test chez les personnes séronégatives et (3) de la référence active des personnes testées séropositives vers les structures de prise en charge.

Le pré-test

Les répondants ont apprécié positivement l'évolution du « counseling pré test » en « informations pré test ». De leurs opinions, les utilisateurs ne souhaiteraient pas passer beaucoup de temps dans les centres à écouter les prestataires. Et cela ferait également gagner

du temps aux prestataires «*On gagne du temps pour offrir à plus du monde le test*», (coordonnatrice de service, SP/CNLS-IST). De leurs points de vue, donner seulement des informations et ne pas passer du temps en counseling faciliterait l'intégration des services «*Cela favorisera également l'intégration des services*», (représentant des agences du système des nations unies). Enfin selon eux, cela contribuerait à la banalisation du test VIH «*Aussi, en n'entourant pas le dépistage de tout ce bataclan de mesures, on arriverait certainement à banaliser le test de dépistage et l'infection à VIH*», (responsable de service, SP/CNLS-IST). Cependant ils ont souligné qu'une attention particulière devrait être accordée à certains utilisateurs qui pourraient avoir des besoins spécifiques «*Bien vrai qu'il faut alléger le pré test, mais il ne faudra pas occulter qu'il y a des individus qui ont besoin d'échanger de manière personnelle avec un conseiller*», (président de réseau d'associations, Ouagadougou).

Allègement du post test pour les personnes séronégatives

Plus de ¾ des répondants appréciaient positivement l'allègement du post test pour les personnes testées séronégatives au VIH.

Cependant trois répondants étaient opposés à l'allègement du conseil post test pour les personnes testées séronégatives au VIH. Pour ces derniers, cela contribuerait à rompre la confidentialité des résultats «*C'est justement le piège à éviter surtout dans des services fixes de dépistage car cette procédure introduit en elle-même une discrimination qui risque d'être dommageable pour les personnes séropositives; les gens se rendront compte très rapidement que les personnes qui prennent plus de temps que les autres ont des problèmes* », (formateur CDV, Ouagadougou).

La référence active des personnes testées séropositives

La mise en œuvre de la référence active[8] a été bien appréciée par les répondants pour qui «*Cela est très important et constitue actuellement l'un des maillons peu performants en vue d'assurer le continuum de services*», (représentant des agences du système des nations unies). Plus de ¾ des répondants (14/16) étaient très favorables à une telle organisation qui favoriserait l'accès des PVVIH à la prise en charge.

Les deux autres répondants estimaient que c'était plutôt l'organisation du continuum de soins qu'il faillait revoir, et ne pas exiger des acteurs du CTV des efforts supplémentaires pour assurer que toutes les PVVIH aient accès à la prise en charge. Pour eux, c'est aux services de prise en charge de s'adapter au dépistage et non le contraire. Et cela implique la décentralisation des services de prise en charge et la délégation des taches. Pour ces derniers, la prise en charge devrait pouvoir s'organiser dans l'ensemble des formations sanitaires, et ne pas nécessiter d'effort particulier de la part des personnes testées séropositives ou des prestataires CTV «*Je suis absolument contre la spécialisation des soins VIH car nous sommes à une période où la délégation des tâches doit jouer son rôle partout. C'est quand même marrant d'aller se faire anesthésier ou opérer par un infirmier ou une sage-femme et après*

1. Selon les directives de l'OMS, une référence active est une référence où le prestataire prend un rendez-vous (date et heure précises) pour la personne, ou l'accompagne au rendez-vous. Cela inclut l'accès aux différents services dont l'enrôlement dans les files actives. Le prestataire discute des obstacles à l'accès à la prise en charge, de la réalisation des examens biologiques et de l'inclusion le même jour. Il doit assurer le suivi des personnes qui ne peuvent être inclus le jour même du dépistage.

dire que pour le VIH une sage-femme ou un infirmier ne peut pas prescrire des ARVs», (chercheur, Bobo-Dioulasso).

Selon les répondants, la mise en œuvre de la référence active pourrait connaître des difficultés d'ordre financier et logistique «*Il est souhaitable de penser aux mesures d'accompagnement (frais de téléphone, carburant, moto etc.) afin de rendre opérationnelle cette activité*», (responsable d'association, Ouagadougou). La suggestion de signature de convention de collaboration entre structures de dépistage et de prise en charge a également été faite.

Analyse comparative de l'acceptabilité et de la faisabilité des différentes recommandations

Les figures 1 et 2 font respectivement une comparaison des recommandations suivant le niveau d'acceptabilité et de faisabilité du point de vue des répondants.

Les recommandations les plus acceptées sont par ordre (1) celles se rapportant à l'intégration de la détection des cas suspects de tuberculose lors du pré test, (2) le changement du counseling pré test en informations pré test et (3) la référence active des PVVIIH vers les structures de prise en charge. Et les recommandations les moins acceptées sont (1) le contrôle systématique du résultat VIH négatif trois mois après, (2) l'introduction des autotests et (3) la suppression des campagnes de dépistage.

Quant à la faisabilité, les recommandations qui risquent de rencontrer des difficultés dans leur opérationnalisation au Burkina Faso se rapportent aux approches innovantes que sont les autotests, au test de triage et à l'approche du client index.

Discussion

Ces directives 2015 de l'OMS sont dans l'ensemble bien perçues par les décideurs et acteurs du CTV. Cependant il y a des réticences qui ont été formulées par rapport à certaines d'entre elles. Et les trois recommandations les moins acceptées sont le contrôle systématique du résultat VIH négatif trois mois après, l'introduction des auto-tests et la suppression des campagnes de dépistage. Les approches innovantes de dépistage (auto-tests, test de triage et l'approche d'une PVVIH index) semblent être les recommandations qui seraient les plus difficiles à mettre en œuvre au Burkina Faso.

Les approches de CTV

L'auto-test

Pendant que des pays comme le Kenya et le Malawi ont conclu à la faisabilité de l'auto test en population générale [17, 18], les répondants doutent de sa faisabilité dans un contexte où le taux d'alphabétisation est faible et la population sous informée sur le VIH, et les services de santé de santé peu accueillants. Les pays de l'Afrique Subsaharienne dans lesquels les évaluations ont montré des attitudes favorables à l'auto test (Kenya, Afrique du Sud, Malawi) ont un niveau de développement et une prévalence VIH beaucoup plus élevés que le Burkina Faso, et nous formulons l'hypothèse que leurs populations sont mieux informées sur le VIH. La conduite d'une étude pilote sur la capacité des différentes couches sociales à interpréter les résultats du test biologique serait utile.

La crainte de la survenue d'événements malheureux tels les suicides à la suite d'un auto-test trouvée dans notre étude n'ont pas encore été documentés. En ce qui concerne les expériences pilotes conduites en Afrique Subsaharienne, les utilisateurs ont souvent été assistés soit d'un agent de santé, soit d'un prestataire communautaire pour la réalisation du test. Il y a peu de situation (une expérience en population générale au Kenya) [17] où les utilisateurs se sont administrés eux-mêmes le test, puis ont eu recours aux services de santé pour la confirmation du résultat. On manque alors d'informations sur les conséquences d'un résultat VIH positif qu'un individu découvre tout seul, que ce soit dans les pays à prévalence VIH élevée ou de faible prévalence pour communiquer avec les décideurs. Une offre de l'auto-test à petite échelle, en recherche opérationnelle multi pays, qui prendrait en compte les suggestions des participants pourrait se faire afin de tirer les leçons y relatives avant sa promotion à grande échelle. Ces résultats renforceront les recommandations universelles à formuler dans le futur.

Le test de triage et le dépistage à partir d'une PVVIH index

Les réticences vis-à-vis du test de triage sont liées à la crainte que des résultats contradictoires entre le premier et le second test ne sapent la confiance des populations aux activités communautaires. Communiquer avec les acteurs et décideurs sur l'existence de faux positifs en dehors de cette approche [19, 20] et de la réalisation de test de confirmation qui est faite de manière systématique avant la mise sous traitements ARV formulée par l'OMS [9] pourrait permettre de changer cette perception sur le test de triage. Cependant d'autres actions seraient nécessaires pour limiter la déperdition entre le premier test et celui de la confirmation. Il s'agit de la mise en place de services capables de réaliser les tests de confirmation à proximité des communautés et le renforcement de la lutte contre la stigmatisation des PVVIH. Les taux élevés de stigmatisation des PVVIH [21, 22] pourrait expliquer les réticences vis-à-vis du dépistage à partir d'une PVVIH index. En effet, le partage du statut VIH peut donner lieu à des réactions négatives de la part du partenaire, surtout en cas de statuts sérodifférents [23, 24, 25, 26]. Cependant des réactions positives de la part du partenaire ou de l'entourage ont été notées, surtout à long terme [27, 28, 29]. Afin de favoriser le partage du statut et le dépistage du couple, la notification du partenaire (active ou passive) mérite d'être renforcée, avec une assistance aux PVVIH depuis le post test.

La suppression des campagnes de dépistage du VIH

L'historique et l'organisation des campagnes de dépistage au Burkina Faso sont particuliers en ce sens qu'elles sont régulièrement organisées depuis quinze ans et sont à l'initiative des ONG/associations et du ministère de la santé [15]. Par rapport à leur efficacité [15, 16], et leurs capacités à cibler les populations clés et spécifiques [30], des répondants plaident pour leur maintien pour quelques années encore.

Il y a alors une certaine divergence de vue par rapport à cette recommandation de l'OMS, qui pourrait s'expliquer par la pauvreté de la littérature sur l'organisation des campagnes dans des contextes de basse prévalence. En effet, des analyses sur les campagnes de dépistage ont surtout été faites dans les pays qui avaient des prévalences élevées (Lesotho [31], Afrique du Sud [32], Kenya [33, 34, 35] et ces résultats ont pu guider la formulation de cette recommandation. En effet, en dehors des études faites au Burkina Faso [15, 36, 37] il y a peu d'analyses sur les expériences d'autres pays de basse prévalence. Les contextes des pays étant différents, une étude spécifique sur les campagnes dans les pays de basse prévalence intégrant aussi bien l'analyse de la qualité des services, de l'efficacité et des coûts y relatifs pourraient aider à une prise de décision, et orienter les décideurs. Cela permettrait de tenir compte des expériences de ces pays dans la formulation des recommandations internationales.

Les principes éthiques

Donner seulement des informations pré test semble convenir aux participants. Cependant cela est une limite pour le tri des personnes en situation d'exposition au VIH, qui devraient être invitées à réaliser un test dans les trois mois qui suivent. D'ailleurs les répondants n'y sont pas favorables car ils doutent des compétences des prestataires à identifier les personnes à risque pour les convier à un test dans les trois mois suivants. De ce fait, ils souhaiteraient que le statut VIH des utilisateurs testés séronégatifs soit toujours vérifié dans les trois mois suivant l'annonce du résultat. L'opinion des répondants pourrait traduire un manque d'appropriation de cette recommandation de leur part. L'OMS devrait définir un circuit de communication et de suivi de mise en œuvre des différentes recommandations qui sont régulièrement mises à jour sur les politiques et stratégies de CTV.

Intérêts et limites

Cette étude a permis de connaître les opinions des acteurs et principaux décideurs sur les changements probables à effectuer au niveau national pour accroître l'accès au test, suivant les directives 2015 de l'OMS. Elle n'a concerné que seize personnes des deux plus grandes villes (Ouagadougou et de Bobo-Dioulasso). D'autre part, les opinions des bénéficiaires n'ont pas été analysées. Cependant la qualité des répondants et leurs rôles prépondérants dans les politiques de CTV dans le pays permettent de dire que leurs opinions méritent d'être prises en considération pour l'orientation des politiques et stratégies de CTV au Burkina Faso.

Conclusion

La majeure partie des répondants est favorable à la mise en œuvre des recommandations de l'OMS. Cependant l'application des approches innovantes de CTV (test de triage, test à partir d'un patient index et l'auto-test), apparaît difficilement réalisable. La définition des politiques et stratégies de CTV doit aller au-delà de leur pertinence pour intégrer les aspects de faisabilité dans les différents contextes épidémiologiques. Il y a la nécessité de la prise en compte du contexte des pays à faible prévalence, qui ont des réalités spécifiques, dans la formulation des politiques universelles de CTV. Les opinions exprimées sur certaines recommandations méritent d'être pris en compte pour établir une bonne communication sur ces dernières directives et favoriser leur appropriation au niveau national.

1. UNAIDS. TREATMENT 2015 [Internet]. 2013 [cité 6 juill 2015]. Disponible à: http://eprints.kmu.ac.ir/7875/1/JC2484_treatment-2015_en.pdf
2. WHO. The right to know. Disponible sur http://www.who.int/entity/hiv/pub/vct/en/Right_know_a4E.pdf.
3. Bayer R, Edington C. HIV testing, human rights, and global AIDS policy: exceptionalism and its discontents. J Health Polit Policy Law. 2009;34(3):301-23.
4. UNAIDS, WHO. UNAIDS/WHO Policy Statement on HIV Testing [Internet]. 2004. Disponible à: http://www.who.int/hiv/pub/vct/statement/en/n/
5. OMS & ONUSIDA. Guide du conseil et du dépistage du VIH à l'initiative du soignant dans les établissements de santé [Internet]. 2007 [cité 7 juill 2015]. Disponible à: http://apps.who.int/iris/handle/10665/436922
6. Granich R, Crowley S, Vitoria M, Smyth C, Kahn JG, Bennett R, et al. Highly active antiretroviral treatment as prevention of HIV transmission: review of scientific evidence and update: Curr Opin HIV AIDS. juill 2010;5(4):298-304.
7. Cohen MS, McCauley M, Gamble TR. HIV treatment as prevention and HPTN 052: Curr Opin HIV AIDS. mars 2012;7(2):99-105.
8. Hallett TB, Baeten JM, Heffron R, Barnabas R, de Bruyn G, Cremin Í, et al. Optimal Uses of Antiretrovirals for Prevention in HIV-1 Serodiscordant Heterosexual Couples in South Africa: A Modelling Study. Salomon JA, éditeur. PLoS Med. 15 nov 2011;8(11):e10011233.
9. WHO (2015). Consolidated guidelines on HIV testing services. 5Cs: Consent, Confidentiality, Counselling, Correct results and Connection. Geneva, 2015 july.
10. Brattegaard K, Kouadio J, Adom M, Doorly R, George J, De Cock K. Rapid and simple screening and supplemental testing for HIV-1 and HIV-2 infections in West Africa. AIDS. 1993;7(6):883-5.
11. Tchounga BK, Inwoley A, Coffie PA, Minta D, Messou E, Bado G, et al. Re-testing and misclassification of HIV-2 and HIV-1&2 dually reactive patients among the HIV-2 cohort of The West African Database to evaluate AIDS collaboration. J Int AIDS Soc [Internet]. 12 août 2014 [cité 25 juill 2016];17(1). Disponible à: http://www.jiasociety.org/index.php/jias/article/view/190644
12. UNAIDS. Country facts sheet Burkina Faso [Internet]. UNAIDS. 2013. Disponible à: http://www.unaids.org/en/regionscountries/countries/burkinafaso/
13. Staveteig S, Wang S, Head SK, Bradley SE, Nybro E. DHS comparative reports 30 [Internet]. 2013 [cité 7 juill 2015]. Disponible à: http://www.measuredhs.com/pubs/pdf/CR30/CR30.pdf
14. SP/CNLS-IST (2008). Normes et Directives nationales de conseil dépistage volontaire. Ouagadougou, Burkina Faso.
15. Somé J-F, Desclaux A, Ky-Zerbo O, Kéré S, Lougué M, Obermeyer C, et al. Les campagnes de dépistage du VIH, une stratégie efficace pour l'accès universel à la prévention et au traitement? L'expérience du Burkina Faso. Médecine Santé Trop. 2014;24:73_9.
16. SP/CNLS-IST. Document synthèse-session 2015. Ouagadougou, avril 2016. Burkina Faso. .
17. Thirumurthy H, Masters SH, Mavedzenge SN, Maman S, Omanga E, Agot K. Promoting male partner HIV testing and safer sexual decision making through secondary

distribution of self-tests by HIV-negative female sex workers and women receiving antenatal and post-partum care in Kenya: a cohort study. Lancet HIV. 2016 Jun;3(6):e266-74. doi: 10.1016/S2352-3018(16)00041-2f.

18. Choko AT, Desmond N, Webb EL, Chavula K, Napierala-Mavedzenge S, Gaydos CA, et al. The Uptake and Accuracy of Oral Kits for HIV Self-Testing in High HIV Prevalence Setting: A Cross-Sectional Feasibility Study in Blantyre, Malawi. PLoS Med [Internet]. oct 2011;8(10). Disponible à: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3186813/
19. Shanks L, Klarkowski D, O'Brien DP. False Positive HIV Diagnoses in Resource Limited Settings: Operational Lessons Learned for HIV Programmes. PLoS ONE. 20 mars 2013;8(3):e59906.
20. Ndase P, Celum C, Kidoguchi L, Ronald A, Fife KH, Bukusi E, et al. Frequency of False Positive Rapid HIV Serologic Tests in African Men and Women Receiving PrEP for HIV Prevention: Implications for Programmatic Roll-Out of Biomedical Interventions. PLOS ONE. 2015;10(4):e0123005.
21. Ky-Zerbo O, Desclaux A, Somé J-F, El Asmar K, Msellati P, Obermeyer CM. La stigmatisation des PVVIH en Afrique: analyse de ses formes et manifestations au Burkina Faso. Sante Publique (Bucur). 2014;26(3):375-84..
22. Neuman M, Obermeyer CM, MATCH Study Group. Experiences of stigma, discrimination, care and support among people living with HIV: a four country study. AIDS Behav. 2013;17(5):1796-808.
23. Colombini M, James C, Ndwiga C, team I ?, Mayhew SH. The risks of partner violence following HIV status disclosure, and health service responses: narratives of women attending reproductive health services in Kenya. J Int AIDS Soc [Internet]. 31 mars 2016 [cité 28 juin 2016];19(1). Disponible à: http://www.jiasociety.org/index.php/jias/article/view/207666
24. Shamu S, Zarowsky C, Shefer T, Temmerman M, Abrahams N. Intimate Partner Violence after Disclosure of HIV Test Results among Pregnant Women in Harare, Zimbabwe. PLoS ONE. 28 oct 2014;9(10):e109447.
25. Osinde MO, Kaye DK, Kakaire O. Intimate partner violence among women with HIV infection in rural Uganda: critical implications for policy and practice. BMC Womens Health. 2011;11(1):50..
26. Durevall D, Lindskog A. Intimate partner violence and HIV in ten sub-Saharan African countries: what do the Demographic and Health Surveys tell us? Lancet Glob Health. 2015;3(1):e34-43..
27. Ogoina D, Ikuabe P, Ebuenyi I, Harry T, Inatimi O, Chukwueke O. Types and predictors of partner reactions to HIV status disclosure among HIVinfected adult Nigerians in a tertiary hospital in the Niger Delta. Afr Health Sci. 9 mars 2015;15(1):10..
28. Atuyambe LM, Ssegujja E, Ssali S, Tumwine C, Nekesa N, Nannungi A, et al. HIV/AIDS status disclosure increases support, behavioural change and, HIV prevention in the long term: a case for an Urban Clinic, Kampala, Uganda. BMC Health Serv Res. 2014;14(1):1..
29. Tiendrebeogo G, Hejoaka F, Belem EM, Compaoré PLG, Wolmarans L, Soubeiga A, et al. Parental HIV disclosure in Burkina Faso: Experiences and challenges in the era of HAART. SAHARA-J J Soc Asp HIVAIDS. 2013;10(sup1):S46-59..
30. SP/CNLS-IST/PAMAC, CICDoc. Campagne nationale de dépistage du VIH: journée mondiale de lutte contre le sida 2015, Burkina Faso.

31. Human Rights Watch. A Testing Challenge: the Experience of Lesotho's Universal HIV Counseling and Testing Campaign [Internet]. 2008. Disponible à: http://www.refworld.org/docid/4922c5492.html
32. Onoya D, Mohlabane N, Maduna V, van Zyl J, Sewpaul R, Naidoo Y. Testing in the HIV Counselling and Testing (HCT) campaign, HIV risk behaviours and ART enrolment in South Africa. Public Health [Internet]. mai 2016 [cité 14 juin 2016]; Disponible à: http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S003335061630016 66
33. Lugada E, Millar D, Haskew J, Grabowsky M, Garg N, Vestergaard M, et al. Rapid Implementation of an Integrated Large-Scale HIV Counseling and Testing, Malaria, and Diarrhea Prevention Campaign in Rural Kenya. PLoS ONE. 26 août 2010;5(8).
34. Haskew J, Turner K, Rø G, Ho A, Kimanga D, Sharif S. Stage of HIV presentation at initial clinic visit following a community-based HIV testing campaign in rural Kenya. BMC Public Health. 2015;15(1):16.
35. Marum E, Morgan G, Hightower A, Ngare C, Taegtmeyer M. Using mass media campaigns to promote voluntary counseling and HIV-testing services in Kenya. AIDS. oct 2008;22(15):2019-24.
36. Desclaux A, Ky-Zerbo O, Somé J-F, Obermeyer CM. Ethical considerations of providers and clients on HIV testing campaigns in Burkina Faso. BMC Int Health Hum Rights. 2014;14(1):1.
37. Desclaux A, Ky-Zerbo O, Some J-F, Makhlouf-Obermeyer C. Les campagnes communautaires de promotion du depistage VIH en Afrique de l'Ouest : perceptions des usagers au Burkina Faso. Glob Health Promot. 1 déc 2014;21(4):57-65.

Figure 1. Tendances de l'acceptatbilité des recommandations 2015 de l'OMS sur le test du VIH au Burkina Faso, 2015

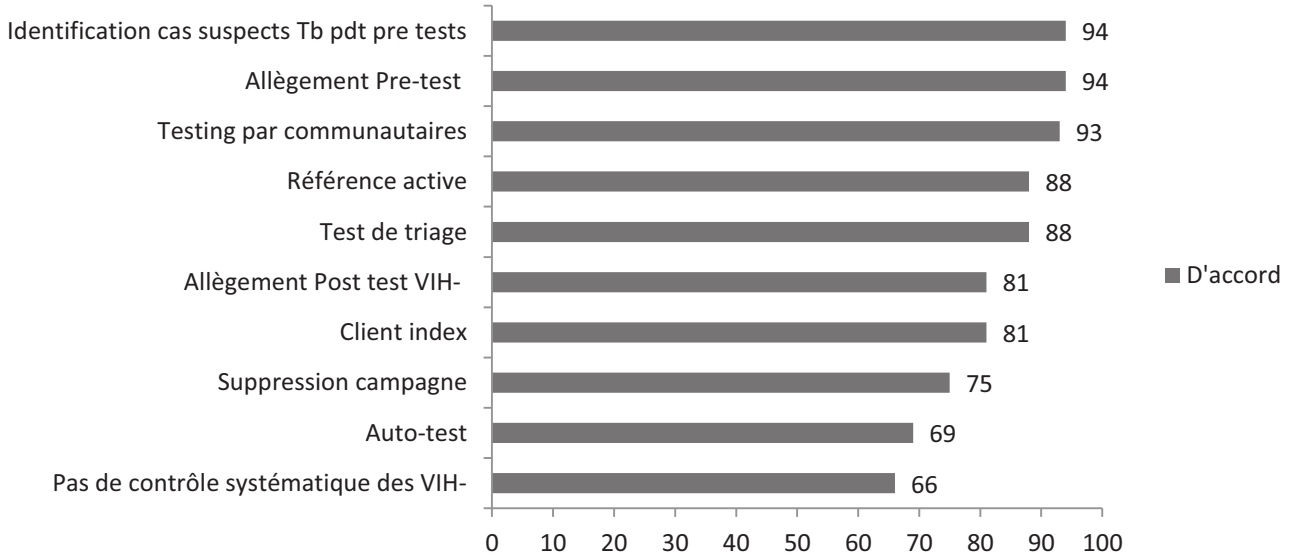
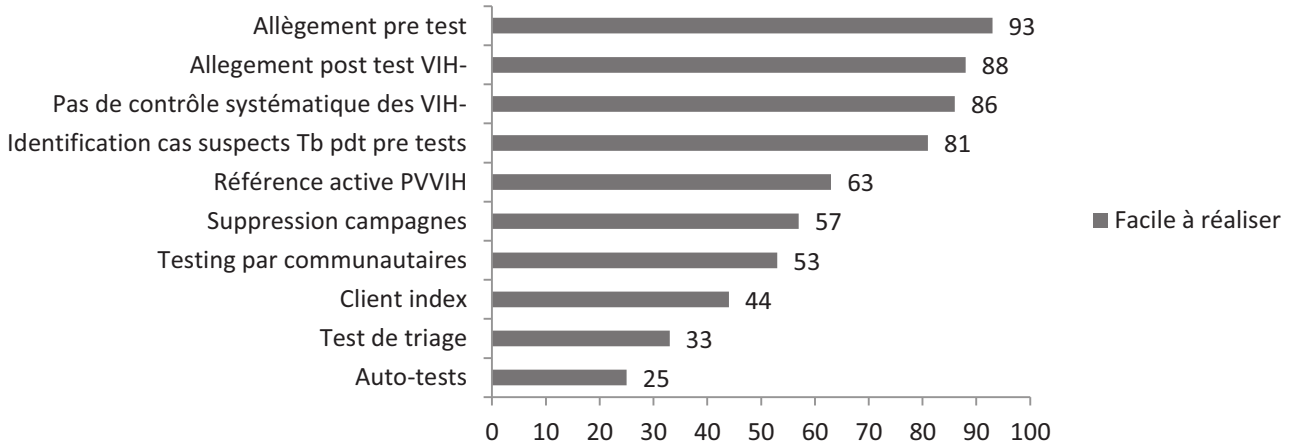


Figure 2. tendances de faisabilité des recommandations 2015 de l'OMS sur le test du VIH au Burkina Faso, 2015



8. Discussion générale

Avant de discuter les enjeux et limites du CTV, il est nécessaire de situer la question en contexte de basse prévalence où les efforts à développer pour identifier une PVVIH sont plus importants que dans les pays à forte prévalence. En effet, pour une prévalence VIH à 0,9% comme celle du Burkina Faso [13], le nombre moyen de personnes à tester pour identifier une PVVIH est de 111. Des 110 000 PVVIH qui vivraient au Burkina Faso, 70,6% (77 648 PVVIH) seraient inscrites dans les files actives en 2015 [127]. En formulant l'hypothèse que les 32 352 PVVIH qui ne sont pas inscrites dans les files actives sont des personnes qui ignorent leur statut, il faudrait offrir le test à 3 591 072 personnes pour leur permettre de se savoir infectées. Atteindre ce nombre d'ici 2020 (2017-2020) nécessite une offre annuelle minimale du CTV à 808 080 personnes. Ce nombre devrait sensiblement augmenter si on tient compte de la proportion de personnes qui refont le test (38% pour les PVVIH et 64% chez les personnes séronégatives) [152].

Pour certains pays de basse prévalence VIH de l'Afrique de l'Ouest ayant des prévalences plus faibles que le Burkina Faso, le niveau d'efforts à développer devrait être le même ou même plus important si l'on part de l'hypothèse que le niveau de connaissance du statut VIH par les PVVIH des pays de l'Afrique de l'Ouest est comparable. Notre travail a permis d'identifier des limites sur lesquelles les pays pourraient travailler en faveur de l'atteinte de cet objectif. Il s'agit de celles qui se rapportent à l'offre, à la demande du CTV, aux aspects organisationnels et politiques des services de CTV et sont ci-dessous discutées.

8.1. Les enjeux et les limites liés à l'offre du CTV

Une offre longtemps performante développée en particulier par le secteur communautaire

L'étude de l'état du CTV au Burkina Faso, complétée par les analyses issues de nos deux études, ont montré que le Burkina Faso a été l'un des premiers pays à proposer le CTV à large échelle grâce à ses initiatives communautaires, et à développer une offre adaptée et évaluée, notamment au travers du PAMAC. De plus des compétences pour l'offre des services de CTV en stratégie mobile/avancée et aux populations clés ont été développées par les prestataires communautaires. Cette expertise a permis la conduite d'analyses sur le CTV au Burkina Faso, notamment l'étude MATCH qui a permis de disposer d'informations scientifiques sur le CTV. Cependant cette performance communautaire connait un déclin depuis le début les années 2010.

Des référentiels nationaux autrefois performants mais non actualisés

Notre travail montre qu'il existe une volonté politique d'offrir le CTV au niveau national car des documents référentiels existent et le bilan de l'offre des services est établi annuellement [106, 127]. Les stratégies qui ont été adoptées depuis 2003 dans les documents référentiels ont permis l'offre du CTV à travers des stratégies et des approches communautaires qui sont complémentaires. Egalement il y a eu plus de six millions de personnes qui ont pris connaissance de leur statut VIH, dont 113 510 résultats VIH positifs qui ont été annoncés [128].

Cependant ces documents référentiels ne sont plus adaptés au contexte épidémiologique et politique actuel de la lutte contre le VIH. En effet, entre 2010 et 2015, deux documents d'orientations nationales pour la riposte au VIH ont été rédigés [125, 153] . Mais le plan quinquennal 2011-2015 de la lutte contre le VIH a été exécuté sans document référentiel révisé et adapté pour le CTV. Le cadre stratégique national (CSN) 2016-2020 est en cours

d'exécution avec les normes et directives de conseil et de dépistage du VIH de 2008. Cela donne lieu à des activités non adaptées au contexte épidémiologique, qui pourraient s'avérer inefficaces. Cette situation pourrait ne pas être spécifique au Burkina Faso, mais commune aux pays qui ont une basse prévalence. Dans les divers pays, les documents référentiels nationaux ont été rédigés à l'époque où la prévalence était plus élevée et où les pays étaient très soutenus par les partenaires, notamment l'OMS pour définir des stratégies de mise en œuvre des diverses activités de riposte au VIH dont le CTV. Ces partenaires contribuaient également avec des ressources pour le CTV. Cela semble ne plus être le cas, ce qui justifie en partie le retard du Burkina Faso à intégrer les 12 directives internationales dans les documents référentiels nationaux. Cela semble être la situation générale des pays à faible prévalence du VIH.

Des études scientifiques trop rares en Afrique de l'Ouest

La pauvreté de la littérature scientifique sous régionale sur le CTV reflète-t-elle un manque d'intérêt pour le CTV des scientifiques ou des institutions qui financent des recherches? Cette défaillance empêche que les orientations internationales soient basées sur des preuves ou sur des expériences spécifiques à ces contextes de faible prévalence du VIH. En l'absence d'études opérationnelles, d'implémentation et évaluatives, l'OMS semble éditer les directives et recommandations, sans mettre en place un mécanisme de suivi qui permette aux pays de s'approprier les recommandations afin d'assurer une offre optimale des services de CTV. Les recommandations actuelles basées essentiellement sur des publications issues de pays à prévalence élevée pourraient ne pas être adaptées pour tous les pays.

Des insuffisances majeures en matière de CCC

La connaissance du VIH est un préalable pour une demande du test. Des études ont montré que les personnes qui avaient un bon niveau d'informations sur les modes de transmission et les moyens de prévention du VIH acceptaient plus souvent le test [41, 50]. Ces données laissent penser qu'il manque un autre « 90 » dans l'objectif 90-90-90 de l'ONUSIDA [40], qui serait relatif à l'amélioration du niveau de connaissance du VIH par la population (par exemple: objectif que 90% de la population adulte ait un très bon niveau de connaissances en matière de VIH) pour inciter les pays à développer des stratégies de communication dans ce sens. En 2010, l'EDS avait indiqué que seulement 30% des femmes et 39% des hommes avaient une connaissance approfondie sur le VIH au Burkina Faso [14]. En Afrique de l'Ouest et du Centre, respectivement 24% et 31% des jeunes filles et garçons de 15-24 ans auraient une connaissance approfondie sur le VIH [37]. La communication sur le VIH et le test devrait être mise en œuvre afin d'accroître l'utilisation précoce des services par de nouvelles personnes. Or, ces activités sont de moins en moins assurées. En effet alors que l'objectif affiché est de « 100% de la population générale burkinabé à toucher avec les activités de communication pour le changement de comportements » en 2015, seulement 12,6% l'ont été [127].

Pour une pratique optimale du CTV, il faudrait une bonne mobilisation de la population en amont, et un bon accès à la prise en charge en aval, ce qui semble ne pas être le cas.

Un diagnostic et une prise en charge trop tardifs

L'insuffisance en matière de CCC tient en premier lieu au fait que les structures et acteurs responsables des activités de communication pour le changement de comportements n'ont pas

toujours intégré la finalité du test VIH dans les messages de prévention. Outre le faible nombre de PVVIH qui ont pu avoir connaissance de leur statut dans les pays à faible prévalence, ces dernières sont détectées tardivement. Plus de 57% des patients nouvellement testés au Centre hospitalier universitaire de Yalgado Ouédraogo, entre 2009 et 2010 étaient symptomatiques [154], et 48% des PVVIH suivies à l'hôpital du jour de Bobo-Dioulasso seraient détectées au stade 3 du sida [155]. En 2009, le taux moyen de lymphocytes T CD4+ des patients à l'initiation du traitement ARV était estimé à 134 lymphocytes T CD4+/mm^3 [156]. Dans une association au Sénégal, le taux de lymphocytes T CD4+ à l'initiation était ≥ 200/mm^3 dans 66,6 % des cas [157]. Même si ces chiffres doivent être interprétés avec précaution et ne peuvent être généralisés car ils reflètent les filières de soins, ils montrent que le diagnostic d'infection à VIH est encore souvent établi trop tardivement.

Au niveau des services de CTV, les structures et prestataires n'ont pas toujours intégré qu'il est de leur responsabilité d'assurer que toutes les personnes testées séropositives aient accès à la prise en charge. Il en résulte de forts taux de non référence vers ces structures de prise en charge, des déperditions ou des difficultés d'accès à ces services de test et de prise en charge [128, 135]. Les difficultés d'accès géographique que nous n'avons pas analysées dans notre étude pourraient expliquer en partie cette situation. En effet au Burkina Faso, il y a 1820 structures de santé et 38 structures communautaires qui offrent le CTV contre 100 structures au total pour assurer la prise en charge des PVVIH (environ 5,4%) [127]. L'une des motivations au test est l'accès à la prise en charge médicale. La faiblesse du nombre de structures autorisées à le faire par rapport au nombre de structures de dépistage indique qu'il y a des structures qui offrent le CTV et qui sont éloignées des services de prise en charge, ce qui pourrait constituer un obstacle géographique à leur accès et ne pas motiver la demande ou l'offre du test. La déperdition des PVVIH entre les sites de dépistage et de prise en charge pourrait faire l'objet d'une étude prospective, afin de mieux la quantifier et connaître les raisons pour des actions correctrices.

Des stratégies et approches de CTV à renouveler et à adapter

En 2012, au moins 79% des pays africains mettaient en œuvre le TIS [158]. Cette stratégie a été décrite comme une stratégie permettant à un plus grand nombre de personnes d'avoir accès au test dans les pays à ressources limitées [159, 160]. Cependant, dans le cadre de notre étude, les résultats ont montré qu'en dehors de la PTME, elle n'était pas pleinement mise en œuvre. Les diverses difficultés et contraintes des prestataires pourraient expliquer cela.

Bien que le nombre de tests réalisés par an soit continuellement en hausse, l'EDS estimait en 2010 que plus de 70% de la population n'avait jamais fait de test VIH [14]. Notre étude qui a été réalisée à la même période a montré que les services de CTV communautaires touchaient seulement 39% de premiers testeurs (62% chez les PVVIH et 26% chez les personnes séronégatives) [152] et cela pourrait expliquer en partie le faible niveau de connaissance du statut VIH. Les services de CTV tel qu'ils sont offerts actuellement profiteraient plus à certaines catégories de la population, qui peuvent les utiliser de manière inappropriée. Nous pouvons formuler deux hypothèses: soit l'offre n'est pas suffisamment décentralisée (les mêmes lieux étant souvent utilisés, même en stratégie mobile), soit les stratégies et approches de CTV définies dans les documents référentiels cumulent des limites et attirent peu de nouvelles personnes. Les sites fixes autonomes mis en place depuis de longues dates pourraient ne plus être efficaces pour toucher de nouveaux utilisateurs. Or en dehors des campagnes, les stratégies de proximité (stratégies mobiles) touchent un nombre infime d'utilisateurs (3% en 2015) [127]. Afin de pouvoir atteindre des personnes qui n'ont jamais fait de test VIH, de nouvelles stratégies pourraient être adoptées. Il pourrait s'agir du

dépistage dans les lieux de travail, efficaces pour atteindre les hommes, le test à partir d'une PVVIH ou l'auto test pour certaines catégories de la population tel les populations clés. De même une analyse de la géolocalisation des sites (sites fixes et ceux utilisés lors des stratégies mobiles) pourrait être effectuée. Ceci permettrait d'évaluer l'équité dans l'accès physique au CTV au niveau national.

Cette situation de faible accès du test par les nouveaux utilisateurs pourrait s'aggraver si rien n'est fait pour renforcer le CTV communautaire dont les résultats évoluent continuellement à la baisse [128]. En effet les services de santé ont des cibles précises (femmes enceintes et patients) et n'utilisent pas des stratégies de proximité pour l'offre du CTV (stratégies mobile ou avancée) [106]. Ils ne peuvent alors pas combler les insuffisances de la stratégie communautaire.

Une offre à redéfinir pour les populations clés

Enfin, l'offre au CTV aux populations clés n'a pas été spécifiquement prise en considération par l'étude MATCH, qui s'est déroulée au moment où les HSH n'étaient pas reconnues comme population prioritaire pour l'offre des services de lutte contre le VIH au Burkina Faso. Leur prise en compte a commencé dans le CSLS-IST 2011-2015 [153]. Les normes et directives du dépistage n'ayant pas été revues depuis 2008, les documents référentiels n'apportent pas d'informations sur des approches ou des outils spécifiques à cette population si bien que les services qui leur sont offerts pourraient ne pas être adaptés à leurs besoins [15, 161]. Pour l'ensemble des populations clés, il manque des orientations nationales en termes d'approches, d'outils de base pour le conseil et la référence pour la prise en charge. Cette situation pourrait concerner également les pays de la sous-région qui ont intégré les HSH comme population cible dans la riposte au VIH autour de 2010 pour la plupart d'entre eux, et qui ne disposent pas de documents normatifs actualisés sur le CTV.

Une qualité des services hétérogène face à des directives partiellement contradictoires

Nous avons analysé la qualité des services de CTV au moment où les normes et directives de dépistage venaient juste d'être révisées. Cela n'aurait pu être possible aujourd'hui, car il n'y aurait pas eu de références nationales adaptées et valides pour cette étude.

Les résultats ont montré que contrairement à ce qui est préconisé dans les documents référentiels, le partage du statut VIH avec l'entourage était peu discuté avec les utilisateurs lors du conseil post test [162]. Innover avec le test d'une PVVIH index, ou le dépistage du couple ne pourrait être efficace si les prestataires n'encouragent pas les utilisateurs, notamment les PVVIH à partager leur statut VIH avec leurs partenaires. Le niveau élevé de la stigmatisation pourrait expliquer cette attitude [163], le souci des prestataires étant de protéger les PVVIH d'éventuelles réactions négatives de la part de leur entourage. En effet, un contexte de faible prévalence du VIH est généralement associé à un niveau de stigmatisation élevé. Et nous l'avons montré dans l'étude MATCH où l'auto stigmatisation et la stigmatisation interpersonnelle étaient plus élevées au Burkina Faso que dans les autres pays [151]. Avec l'efficacité des ARV dans la prise en charge et la prévention, on pourrait dire que les avantages du partage du résultat dépassent largement les craintes des prestataires, qui peuvent parfois être exagérées. Communiquer correctement avec les prestataires sur ces avantages pourrait contribuer à les faire changer d'attitude vis-à-vis du partage du résultat avec le partenaire.

Les résultats ont globalement montré que les services du CTV sont de moindre qualité, comparativement aux pays de l'Afrique australe et de l'Est, et que les utilisateurs étaient moins satisfaits que ceux des autres pays [135, 137]. Des différents indices de qualité, le faible niveau de référence des PVVIH est celui sur lequel il faudrait entreprendre des actions au risque de dénaturer l'objectif principal du CTV, qui est l'accès aux soins et aux traitements et décourager les personnes qui souhaitent connaître leur statut VIH d'avoir recours aux différents services.

8.2. Les enjeux et les limites liés à la demande du CTV

Le profil des utilisateurs

Nos résultats ont montré que les femmes qui sont plus touchées par l'épidémie étaient plus nombreuses que les hommes dans les services communautaires de CTV [133]. Seulement elles utilisaient plus les sites fixes qui semblaient détecter plus tardivement les PVVIH que les approches de proximité. Leurs motivations au test étaient liées à des raisons de santé tandis que les hommes sollicitaient plus le CTV quand ils avaient été confrontés à un risque de transmission sexuelle du VIH. Les comportements des autres utilisateurs vulnérables (les moins scolarisées et autres personnes peu aisées) sont similaires à ceux des femmes. Obermeyer a également montré que ces catégories de populations (femmes et personnes avec des caractéristiques socioéconomiques faibles) utilisaient plus souvent le TIS que le TIC [130].

La peur de se savoir PVVIH et de subir une quelconque stigmatisation ou discrimination de la part de l'entourage pourrait freiner leur volonté de connaître le statut VIH. Cela pourrait expliquer en partie le recours tardif des femmes et des plus vulnérables économiquement au CTV. Les études ont montré qu'en cas de séropositivité, les femmes subissaient des violences de la part de leur partenaire [64, 164]. La stigmatisation des PVVIH mérite d'être toujours considérée dans la lutte contre le VIH dans les pays de basse prévalence.

Utilisation répétée des services de CTV

Nos analyses ont également montré que certaines catégories de la population utilisaient de manière répétée les services de CTV (61% des utilisateurs à leur initiative étaient à un test de rang deux et plus) [152]. Chez les personnes séronégatives, cette pratique était associée à un âge compris entre 18-34 ans et le niveau des classes du secondaire et plus, tandis que chez les PVVIH elle était associée à la résidence en milieu urbain. L'utilisation répétée des services de CTV est alors liée aux caractéristiques de la population mais également à la disponibilité des services de CTV. Cette pratique est généralement encouragée car elle permettrait de détecter de manière précoce les PVVIH.

Dans les pays à prévalence élevée, entre deux tests, une incidence VIH de 1.49 cas/100 personnes-année a été trouvée en Tanzanie [165] et de 1.4/100 personnes-année en Ouganda [81]. Au Lesotho, en l'espace de 4,5 ans, le taux de nouvelles infections était de 3,8% [166]. Pour les pays de basse prévalence, on ne dispose pas d'informations sur l'incidence du VIH entre deux tests réalisés à des périodes précises pour les différentes catégories de la population. Cependant les risques de contact avec le virus sont probablement différents entre les deux contextes épidémiologiques et on pourrait se poser un certain nombre de questions. Les tests répétés, devraient-ils être encouragés pour la population générale dans les pays de basse prévalence du VIH, qui font face à des contraintes de ressources pour la mise en œuvre des actions de riposte au VIH? Si oui, est-ce les mêmes périodicités de test qui devraient s'appliquer aux différents contextes épidémiologiques? Tout comme la recommandation de

l'OMS pour refaire le test diffère suivant la catégorie de la population (population générale ou populations clés), nous estimons qu'elle devrait être également spécifique aux différents contextes épidémiologiques.

D'autre part, les motivations des utilisateurs pour refaire le test ne sont pas toujours justifiées. Chez les PVVIH, près de la moitié a refait le test à leur initiative (42%) parce qu'elles n'avaient pas confiance au résultat qui leur avait été annoncée, confirmant en partie la faible qualité du counseling post test pour les personnes séropositives. Chez les personnes séronégatives, leur démarche est parfois influencée par la politique nationale de confirmation du statut VIH négatif, trois mois après le premier test. Si l'attitude des hommes séronégatifs qui consiste à refaire le test quand ils ont été confrontés à un risque sexuel est à encourager, celle consistant à le réaliser périodiquement (tous les trimestres ou tous les semestres) est à décourager dans la population générale. La revue des documents référentiels et une bonne communication sur le sujet pourraient aider à réduire cette pratique. Par contre, chez les femmes séronégatives, la pratique répétée du test se rapportait plus aux comportements du partenaire. Leur vulnérabilité dans le couple pourrait expliquer cela. Cela montre que la définition les politiques et stratégies de lutte contre le VIH devrait prendre en compte les données contextuelles, dont la situation de la femme.

Le partage du résultat VIH

Dans les pays de l'Afrique Subsaharienne, la grande majorité des contaminations se fait par voie sexuelle. Tester les couples contribuerait à améliorer l'accès des PVVIH aux soins. Cependant la littérature montre que le niveau de partage du statut VIH avec l'entourage est généralement élevé, tandis qu'en ce qui concerne le partenaire, elle reste faible. Dans notre étude, le partage du résultat VIH avec l'entourage était de 79%. Kouanda et al avaient également trouvé que 81,4 % des PVVIH suivies dans les services de prise en charge au Burkina Faso avaient partagé leur résultat avec au moins une personne de leur entourage [167]. Cependant dans notre étude, seulement 31% des PVVIH avaient partagé le résultat avec le partenaire [162]. Ce niveau était le même que celui trouvé en 2001 par Issiaka et al. [89]. En 2011, une autre étude avait donné un résultat de partage du résultat avec le partenaire qui était de 22% dans le Nord du Burkina Faso [168]. Ces niveaux de partage du statut avec le partenaire sont relativement faibles par rapport aux données des autres pays (83,7% au Nigeria [169], 61% au Togo chez les PVVIH sous traitements en 2015 [170], 56% après dix de traitements ARV au Sénégal [171] et 68,2% au Mali [172]). Notre hypothèse est que la prévalence de la stigmatisation serait plus élevée au Burkina Faso que dans ces pays.

Communiquer avec les PVVIH sur l'intérêt du partage du statut VIH pourrait accroitre le taux de partage du statut VIH et favoriser l'intégration du dépistage du couple à travers les PVVIH index, comme approche de CTV pour mieux identifier les PVVIH, et favoriser leur accès à la prise en charge. Cela devrait s'accompagner d'une stratégie globale de lutte contre la stigmatisation et la discrimination des PVVIH, surtout pour les femmes qui seraient plus victimes des réactions négatives de l'entourage. Les différences de pratique de partage du statut VIH avec le partenaire, observées entre les différents pays de la sous-région, surtout ceux ayant des prévalences VIH comparables méritent une investigation.

8.3. Les enjeux et les limites liés au système de santé

Des difficultés de divers ordres ne permettent pas aux prestataires d'offrir le CTV suivant les normes requises au niveau international. Elles ont été largement décrites dans les pays à haute prévalence du VIH en Afrique subsaharienne. Les expériences de ruptures en stocks de réactifs et autres consommables pour le dépistage ont été décrites au Zimbabwe [173] au

Malawi [141] et en Ouganda [174]. Quant aux difficultés qui se rapportent aux ressources humaines (nombre et compétences en conseil et test du VIH, motivation), elles ont été décrites au Rwanda [175], au Zimbabwe [173], au Malawi [141] au Botswana [148] en Namibie [176] en Ouganda [174]. Les difficultés de gestion de la confidentialité liées à la configuration des locaux ont également été décrites au Zimbabwe [173] au Malawi [141] en Namibie [176] en Ouganda. Enfin les difficultés relatives à l'existence de sites adéquats de prise charge pour la référence des PVVIH ont également été relevées en Ouganda [174].

Et ces difficultés semblent être communes à tous les pays de l'Afrique Subsaharienne [71], et d'une plus grande ampleur dans les pays de l'Afrique de l'Ouest et du Centre où l'ONG Médecins Sans Frontière a analysé les services de VIH en 2016 et a décrit « une situation très critique » [177] qui serait due à la négligence de la plupart des pays de l'Afrique de l'Ouest et du Centre. Et selon cette ONG, le financement international dirigé vers le VIH et le traitement antirétroviral (TAR) et les politiques associées auraient tendance à se concentrer sur les pays les plus durement touchés par l'épidémie et sur les « points névralgiques » du VIH en Afrique Sub-Saharienne. Dans certains pays, les seuls services de CTV seraient les structures sanitaires, qui connaitraient des ruptures en stocks de réactifs pour le test VIH. Le personnel de santé, peu outillé aurait tendance à n'offrir le test qu'aux malades, limitant ainsi les opportunités de dépistage précoce pour les utilisateurs des services de santé.

En Afrique de l'Ouest, les analyses se rapportant aux limites et enjeux liés à l'offre du CTV ont surtout concerné les services de la PTME. Et celles réalisées au Burkina Faso ont confirmé nos résultats [92, 114, 139, 178]. Au Togo, un faible niveau de connaissance des prestataires sur le VIH a été décrit [179]. En côte d'Ivoire, Oga et al. ont montré en 2011 que bien que le personnel de santé des services du nourrisson sain soit disposé à offrir le CTV aux enfants, plusieurs d'entre eux n'avaient pas les compétences pour le faire [144]. Au Bénin, l'état des lieux de la PTME a montré qu'il y avait des ruptures de stocks en matériel de dépistage [96].

Ces difficultés pourraient en partie être résolues avec une délégation de tâches aux acteurs communautaires, même au sein des services de santé.

8.4. Les enjeux et les limites liés aux changements des politiques et stratégies de CTV

Depuis le mois de juillet 2015, l'OMS a publié un guide consolidé pour l'offre du CTV qui a fait le point des différentes recommandations, a mis à jour certaines d'entre elles et en a formulé de nouvelles autres [36]. L'objectif de cette édition est d'accroître l'accès au test VIH dans les pays. Leur application devrait induire beaucoup de changements dans les politiques et stratégies d'offre du CTV. Du point de vue des décideurs et des acteurs au Burkina Faso, la majorité de ces recommandations est acceptable, mais serait difficilement réalisable, pour des raisons éthiques, (auto-test, test de triage, test à partir d'une PVVIH), socioculturelles et financières. Les perceptions des utilisateurs n'ont pas été analysées dans le cadre de cette étude. Or elles pourraient être différentes de celles des décideurs et acteurs. En effet une précédente étude d'acceptabilité et de faisabilité du CTV auprès des femmes enceintes à Bobo-Dioulasso en 1993 avait montré que celles-ci exprimaient plus d'enthousiasme que les soignants à l'offre de ces services [84].

Quelques-unes de ces opinions recueillies pourraient être spécifiques au contexte du Burkina Faso. En effet, en dehors de la PTME, la stratégie communautaire qui est mise en œuvre par des prestataires communautaires offre la majorité des tests, et des associations/ONG locales sont organisées à cette fin au niveau national. Dans un tel contexte, la délégation complète des taches aux communautaires serait plus facile à réaliser, ainsi que l'implication de ces derniers

dans les services de santé pour soutenir l'offre du TIS. Les campagnes de dépistage semblent également être une spécificité pour le Burkina Faso qui a une longue expérience dans leur mise en œuvre, et qui les organise de manière assidue depuis une quinzaine d'années. Ces campagnes contribueraient à l'identification de 25% des PVVIH testées à travers la stratégie communautaire [118] et toucheraient les populations clés. Les opinions y relatives, ne sauraient s'appliquer aux autres pays de basse prévalence en Afrique Subsaharienne, qui ne les mettent pas en œuvre.

Cependant les difficultés liées à des raisons budgétaires, à la revue du statut des prestataires communautaires pour les intégrer dans le corps des agents de santé pourraient être communes à ces pays de basse prévalence du VIH de l'Afrique de l'Ouest.

9. Conclusion

Notre travail de recherche a été réalisé en milieu urbain et rural du Burkina Faso à travers deux études. La première en 2008-2009, à une période où le pays connaissait une épidémie généralisée, avec des ressources plus conséquentes pour la riposte au VIH dont l'offre du CTV a concerné trois catégories de participants : des utilisateurs des principales stratégies de CTV (TIC, TIS et PTME), des prestataires de CTV (agents de santé et communautaires) et des décideurs. Elle visait à analyser les motivations et les obstacles au CTV. La deuxième étude qui a été réalisée en 2015, dans un contexte d'épidémie concentrée et peu de ressources disponibles pour l'offre du CTV a analysé les opinions des décideurs sur les changements à effectuer pour s'adapter au contexte épidémiologique et à celui de la réduction des ressources financières.

Ce travail de recherche a apporté des connaissances sur les politiques et les stratégies de CTV au Burkina Faso, les pratiques des utilisateurs et des prestataires de CTV, les acquis et les limites du CTV, la stigmatisation des PVVIH et les perceptions des décideurs sur les stratégies à développer pour l'atteinte de l'objectif 90-90-90. Il contribue de ce fait à combler un déficit de connaissances car en dehors de la PTME, peu d'études embrassant différents aspects qui se rapportent au CTV ont été réalisées dans les pays de basse prévalence, notamment dans les pays francophones de l'Afrique de l'Ouest.

Plus spécifiquement, à travers les analyses comparatives, notre étude contribue à améliorer les connaissances sur les enjeux liés aux différentes stratégies et approches de CTV développées dans les pays de basse prévalence du VIH. Et ce, contrairement à la plupart des études conduites dans les pays à basse prévalence du VIH qui se sont souvent focalisées sur une seule des stratégies de CTV, généralement la PTME. En comparant les approches communautaires en sites fixes et de proximité, notre étude a apporté des connaissances spécifiques sur les pratiques et les motivations des utilisateurs de cette stratégie, ce qui est rare dans les pays de basse prévalence du VIH. L'exploitation de ces résultats pourrait permettre d'accroître l'offre des services à travers ces différentes stratégies et approches du CTV.

Notre étude a également identifié des obstacles potentiels au CTV. A travers la quantification de la stigmatisation, elle a montré l'ampleur de ce phénomène au niveau individuel, communautaire et dans les services de santé. C'est l'une des rares études quantitatives portant sur la stigmatisation dans les pays à basse prévalence du VIH.

Elle a également montré qu'il y a d'importants défis liés aux ressources humaines, à la logistique du test et à la configuration des locaux pour une offre optimale du CTV. Les conséquences de cette situation sont des services de faible qualité, surtout en ce qui concerne le conseil post test.

Enfin, les mesures d'amélioration que sont les directives 2015 de l'OMS ont fait l'objet d'analyses et les résultats disponibles peuvent servir à la formulation de nouvelles stratégies de CTV. Certaines opinions, telles celles relatives à l'auto-test ou au manque de ressources pour former les acteurs pour l'intégration d'approches innovantes pourraient être communes aux pays de basse prévalence des pays de l'Afrique de l'Ouest. Cependant d'autres sont spécifiques au contexte du Burkina Faso. Il s'agit notamment de celles qui se rapportent à la délégation complète des taches aux prestataires communautaires qui ont un important leadership dans l'offre du CTV au Burkina Faso. Les contextes des pays étant différents, l'ensemble des perceptions des acteurs et décideurs du Burkina Faso ne sauraient être extrapolées aux autres pays de basse prévalence, sans des analyses plus spécifiques qui

seraient adaptées au contexte de chaque pays. Des études spécifiques à chaque pays seraient nécessaires.

Nos analyses ouvrent d'autres perspectives de recherche sur le CTV et pourraient concerner:

- les pratiques du CTV par les populations clés dans les pays de basse prévalence du VIH, non prises en compte dans notre étude alors qu'elles sont généralement stigmatisées ;
- les stratégies innovantes de CTV: des recherches opérationnelles sur l'auto-test et le test du partenaire à partir d'une PVVIH dans différents contextes géographiques et populationnelles des pays de basse prévalence ;
- le lien entre les deux premiers 90 de l'objectif international : la mesure de l'ampleur de la déperdition entre le CTV et la prise en charge à partir d'une étude prospective (les itinéraires thérapeutiques des PVVIH, les causes de la déperdition …) ;
- l'effet d'un 90 initial, qui portera sur les connaissances du VIH et l'utilisation des différentes stratégies et approches innovantes du CTV ;
- l'accès physique au test à travers la réalisation d'une cartographie précise des sites fixes et mobiles du CTV dans les différents pays ;
- une analyse participative avec l'OMS et les autres agences des Nations Unies sur les mécanismes de formulation des directives et recommandations universelles, le suivi de leur mise en œuvre dans les différents pays et leurs révisions périodiques.

10. Recommandations

A la fin de ce travail, les recommandations suivantes peuvent être formulées :

- Le SP/CNLS-IST devrait entreprendre de discuter avec les autres partenaires du CTV au niveau national et international pour identifier des stratégies et des moyens de renforcement du CTV (TIS et TIC) ;
- En collaboration avec le SP/CNLS-IST et le ministère de la santé, les structures qui coordonnent la mise en œuvre du CTV à travers les approches communautaires devraient revoir cette stratégie pour la rendre plus efficace en termes d'introduction de stratégies innovantes pour une meilleure détection de PVVIH qui n'ont jamais eu accès au test, de définition de cahiers de charges (notamment la réalisation de test de laboratoire, appui aux agents de santé dans les formations sanitaires, motivation) et de meilleure couverture géographique et populationnelle ;
- La haute autorité de lutte contre le VIH (le SP/CNLS-IST) devrait procéder au plus tôt à la révision des normes et directives de conseil et de dépistage du VIH au Burkina Faso. Celles-ci devraient intégrer les nouvelles problématiques, stratégies et populations prioritaires pour l'offre du CTV et la référence effective des PVVIH vers les structures de prise en charge. Les perceptions des décideurs et acteurs analysées dans la présente thèse pourrait fournir les informations de base pour cette révision ;
- Cette révision impliquera des sessions de formation/recyclage des prestataires de CTV. Dans un contexte de rareté des ressources, le ministère de la santé devrait définir des stratégies à moindre coût pour la formation des prestataires. Le module de formation d'un jour, produit par l'OMS pourrait être utile à cette fin. Et afin d'accroître l'offre du CTV dans les services de santé, le test à l'initiative du soignant devrait être intégré dans le paquet de services qui sont financés sur la base des résultats.
- Les activités de communication sur le VIH et le CTV devraient être renforcées afin d'accroître l'utilisation des services de CTV et favoriser l'acceptation des PVVIH dans leur milieu ;
- La mise en œuvre de l'auto-test qui n'a pas accueilli une appréciation favorable de la part des décideurs et des acteurs mériterait de faire l'objet d'une étude pilote ;
- Les chercheurs des pays de basse prévalence du VIH devraient s'investir sur le CTV, afin que la spécificité de ces pays soit prise en compte dans la formulation des politiques internationales.

Références bibliographiques

1. UNAIDS. Global AIDS update 2016. [Internet]. [cité 1 juin 2016]. Disponible à: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/global-AIDS-update-2016_en.pdf
2. ONUSIDA. Diapositives clés sur les données épidémiologiques. Juillet 2015.
3. OMS, ONUSIDA & UNICEF. Le VIH en Afrique Subsaharienne: le point sur l'épidémie et les progrès du secteur de la santé vers l'accès universel. Rapport de situation 2011. Organisation mondiale de la Santé, 2012.
4. UNAIDS. Global report: UNAIDS report on the global AIDS epidemic 2013. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS), 2013.
5. UNAIDS. Fact Sheet 2016.
6. UNAIDS. The gap report. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. (UNAIDS) 2014.
7. UNAIDS. Guide de terminologie de l'ONUSIDA . ONUSIDA, 2015.
8. WHO. Policy brief: HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations: consolidated guidelines. Juillet 2014. Disponible à: http://apps.who.int/iris/handle/10665/128049.
9. Papworth E, Ceesay N, An L, Thiam-Niangoin M, Ky-Zerbo O, Holland C, et al. Epidemiology of HIV among female sex workers, their clients, men who have sex with men and people who inject drugs in West and Central Africa. J Int AIDS Soc. 2013;4(Suppl 3). Disponible à: http://www.jiasociety.org/index.php/jias/article/view/18751
10. Ministère de l'économie et des finances/INSD. Recensement général de la population et de l'habitation de 2006: résultats définitifs. Juillet 2008.
11. Ministère de l'éducation nationale et de l'alphabétisation. Programme de développement stratégique de l'éducation de base au Burkina Faso. Février 2013.
12. UNAIDS_Global_Report_2013_en.pdf.
13. UNAIDS. Country facts sheet Burkina Faso [Internet]. UNAIDS. 2013. Disponible à: http://www.unaids.org/en/regionscountries/countries/burkinafaso/.
14. Institut national de la stistique et de la démographie, ICF International. Burkina Faso: Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples (EDSBF-MICS IV) [Internet]. 2012. Disponible à: http://dial.academielouvain.be/downloader/downloader.php?pid=boreal:157456&datastream=PDF_01.
15. PAMAC, IRSS & AIDSETI. Etude comportementale et de séroprévalence du VIH et de la syphilis auprès des hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes (HSH) au Burkina Faso. Mars 2015.
16. Conseil National de Lutte contre le sida et les IST/Secrétariat permanent, ONUSIDA & UNICEF. Rapport d'activité sur la riposte au VIH. Mars 2016.
17. UNAIDS, WHO. UNAIDS/WHO Policy Statement on HIV Testing [Internet]. 2004. Disponible à: http://www.who.int/hiv/pub/vct/statement/en/.

18. WHO. Statement on HIV testing and counseling: WHO, UNAIDS re-affirm opposition to mandatory HIV testing Statement on HIV testing and counseling.pdf.

19. WHO. LE DROIT DE SAVOIR. 2003. Disponible à: http://wwwlive.who.int/entity/hiv/pub/vct/en/Droit_de_savoir.pdf.

20. Arthur G, Nduba V, Forsythe S, Mutemi R, Odhiambo J, Gilks C. Behaviour change in clients of health centre-based voluntary HIV counselling and testing services in Kenya. Sex Transm Infect. 1 déc 2007;83(7):541-6.

21. Allen S, Tice J, Van de Perre P, Serufilira A, Hudes E, Nsengumuremyi F, et al. Effect of serotesting with counselling on condom use and seroconversion among HIV discordant couples in Africa. Bmj. 1992;304(6842):1605–1609.

22. Roth DL, Stewart KE, Clay OJ, van Der Straten A, Karita E, Allen S. Sexual practices of HIV discordant and concordant couples in Rwanda: effects of a testing and counselling programme for men. Int J STD AIDS. 2001 Mar;12(3):181-8.

23. Kabiru CW, Luke N, Izugbara CO, Zulu EM. The correlates of HIV testing and impacts on sexual behavior: evidence from a life history study of young people in Kisumu, Kenya. BMC Public Health. 2010;10(1):1.

24. Weinhardt LS, Carey MP, Johnson BT, Kickham NL. Effects of HIV Counseling and Testing on Sexual Risk Behavior: A Meta-Analytic Review of Published Research, 1985-1997 A Meta-Analytic Review of Published Research, 1985-1997. Am J Public Health. 1999;89(9: 1397-05.

25. Cremin I, Nyamukapa C, Sherr L, Hallett TB, Chawira G, Cauchemez S, et al. Patterns of Self-reported Behaviour Change Associated with Receiving Voluntary Counselling and Testing in a Longitudinal Study from Manicaland, Zimbabwe. AIDS Behav. juin 2010;14(3):708-15.

26. Bunnell R, Ekwaru JP, Solberg P, Wamai N, Bikaako-Kajura W, Were W et al. Changes in sexual behavior and risk of HIV transmission after antiretroviral therapy and prevention interventions in rural Uganda. AIDS. 2006 Jan 2;20(1):85-92.

27. Desgrées-Du-Loû A, Brou H, Djohan G, Becquet R, Ekouevi DK, Zanou B, Viho I et al. Beneficial effects of offering prenatal HIV counselling and testing on developing a HIV preventive attitude among couples. Abidjan, 2002-2005. AIDS Behav. 2009 Apr;13(2):348-55.

28. Bayer R, Edington C. HIV testing, human rights, and global AIDS policy: exceptionalism and its discontents. J Health Polit Policy Law. 2009;34(3):301-23.

29. WHO. WHO series : guidelines for counselling about HIV infection and disease.. Geneva, 1990

30. WHO. Statement from the consultation on testing and counselling for HIV infection. Geneva, 1992.

31. The right to know [Internet]. 2003 [cité 6 juill 2015]. Disponible à: http://www.who.int/entity/hiv/pub/vct/en/Right_know_a4E.pdf

32. WHO, UNAIDS. Guide du conseil et du dépistage du VIH à l'initiative du soignant dans les établissements de santé [Internet]. 2007. Disponible à: http://apps.who.int/iris/handle/10665/43692.

33. WHO. Rendre les résultats d'un test VIH, communiquer les messages pour refaire le test et fournir un conseil à l'adulte [Internet]. 2010. Disponible à: http://apps.who.int/iris/handle/10665/44427.

34. WHO. Guidance on couples HIV testing and counselling, including antiretroviral therapy for treatment and prevention in serodiscordant couples [Internet]. WHO. 2012. Disponible à: http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/9789241501972/en/index.html.

35. WHO. HIV and adolescents: Guidance for HIV testing and counselling and care for adolescents living with HIV [Internet]. Geneva: WHO; 2013 nov p. 100. Disponible à: http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/adolescents/en/.

36. WHO. consolidated guidelines on HIV testing services: 5cs: consent, confidentiality, counselling, correct results and connection. Juillet 2015.

37. UNAIDS. 90_90_90_Progress_ReportFINAL.pdf [Internet]. [cité 17 juill 2016]. Disponible à: http://www.cfenet.ubc.ca/sites/default/files/uploads/IAS2016/90_90_90_Progress_ReportFINAL.pdf

38. Staveteig, Sarah, Shanxiao Wang, Sara K. Head, Sarah E.K. Bradley, and Erica Nybro. 2013. Demographic Patterns of HIV Testing Uptake in Sub-Saharan Africa. DHS Comparative Reports No. 30.Calverton, Maryland, USA: ICF International.

39. WHO. Projets de stratégies mondiales du secteur de la santé: VIH 2016-2021. Rapport du Secretariat. Avril 2016.

40. UNAIDS. 90-90-90: An ambitious treatment target to help end the AIDS epidemic. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. (UNAIDS) 2014.

41. Peltzer K, Matseke G, Mzolo T, Majaja M. Determinants of knowledge of HIV status in South Africa: results from a population-based HIV survey. BMC Public Health. 2009;9(1):174.

42. Mitchell S, Cockcroft A, Lamothe G, Andersson N. Equity in HIV testing: evidence from a cross-sectional study in ten Southern African countries. BMC Int Health Hum Rights. 2010;10(1):1.

43. Mitchell S, Cockcroft A, Lamothe G, Andersson N. Equity in HIV testing: evidence from a crosssectional study in ten Southern African countries. BMC International Health and Human Rights 2010; 10-23 http://www.biomedcentral.com/1472-698X/10/23

44. Obermeyer CM, Sankara A, Bastien V, Parsons M. Gender and HIV testing in Burkina Faso: An exploratory study. Soc Sci Med. sept 2009;69(6):877-84.

45. Snow RC, Madalane M, Poulsen M. Are men testing? Sex differentials in HIV testing in Mpumalanga Province, South Africa. AIDS Care. 2010 Sep;22(9):1060-5. doi: 10.1080/09540120903193641.

46. Johnston L, O'Bra H, Chopra M, Mathews C, Townsend L, Sabin K, et al. The Associations of Voluntary Counseling and Testing Acceptance and the Perceived Likelihood of Being HIV-Infected Among Men with Multiple Sex Partners in a South African Township. AIDS Behav. août 2010;14(4):922-31.

47. Bwambale FM, Ssali SN, Byaruhanga S, Kalyango JN, Karamagi CA. Voluntary HIV counselling and testing among men in rural western Uganda: implications for HIV prevention. BMC Public Health. 2008;8(1):263.

48. Killewo JZ1, Kwesigabo G, Comoro C, Lugalla J, Mhalu FS, Biberfeld G. Acceptability of voluntary HIV testing with counselling in a rural village in Kagera, Tanzania. AIDS Care. 1998 Aug;10(4):431-9.

49. Hutchinson PL, Mahlalela X. Utilization of voluntary counseling and testing services in the Eastern Cape, South Africa. AIDS Care. 2006 Jul;18(5):446-55.

50. Fylkesnes K, Siziya S. A randomized trial on acceptability of voluntary HIV counselling and testing. Trop Med Int Health. 2004;9(5):566–572.

51. DeGraft-Johnson J, Paz-Soldan V, Kasote A, Tsui A. HIV voluntary counseling and testing service preferences in a rural Malawi population. AIDS Behav. 2005 Dec;9(4):475-84.

52. Kamoto K, Makombe SD, Nkhata A, Jahn A, Moses P, Schouten EJ, et al. HIV testing and antiretroviral therapy in government and mission hospitals in Malawi: 2002–2007. Malawi Med J. 2008;20(1):4–6.

53. Fako TT. Social and psychological factors associated with willingness to test for HIV infection among young people in Botswana. AIDS Care. 2006 Apr;18(3):201-7.

54. Maman S, Abler L, Parker L, Lane T, Chirowodza A, Ntogwisangu J, et al. A comparison of HIV stigma and discrimination in five international sites: The influence of care and treatment resources in high prevalence settings. Soc Sci Med. juin 2009;68(12):2271-8.

55. Meiberg AE, Bos AE, Onya HE, Schaalma HP. Fear of stigmatization as barrier to voluntary HIV counselling and testing in South Africa. East Afr J Public Health. 2008 Aug;5(2):49-54.

56. Medley A, Garcia-Moreno C, McGill S, Maman S. Rates, barriers and outcomes of HIV serostatus disclosure among women in developing countries: implications for prevention of mother-to-child transmission programmes. Bull World Health Organ. avr 2004;82(4):299-307.

57. Semrau K, Kuhn L, Vwalika C, Kasonde P, Sinkala M, Kankasa C, et al. Women in couples antenatal HIV counseling and testing are not more likely to report adverse social events. AIDS Lond Engl. 2005;19(6):603.

58. Mutalemwa P, Kisoka W, Nyigo V, Barongo V, Malecela MN, Kisinza WN. Manifestations and reduction strategies of stigma and discrimination on people living with HIV/AIDS in Tanzania. Tanzan J Health Res. 2008 Oct;10(4):220-5.

59. Tarwireyi F. Stigma and discrimination: coping behaviours of people living with HIV and AIDS in an urban community of Mabvuku and Tafara, Harare, Zimbabwe. Cent Afr J Med. 2005 Jul-Aug;51(7-8):71-6.

60. Deribe K, Woldemichael K, Wondafrash M, Haile A, Amberbir A. Disclosure experience and associated factors among HIV positive men and women clinical service users in southwest Ethiopia. BMC Public Health. 2008;8(1):81.

61. Kranzer K, McGrath N, Saul J, Crampin AC, Jahn A, Malema S et al. Individual, household and community factors associated with HIV test refusal in rural Malawi. Trop Med Int Health. 2008 Nov;13(11):1341-50. doi: 10.1111/j.1365-3156.2008.02148.x. Epub 2008 Oct 6.

62. Laver SM. Voluntary testing and counselling for HIV. "Are adults in rural communities ready to test?" A descriptive survey. Cent Afr J Med. 2001 Apr;47(4):92-7.

63. Osinde MO, Kaye DK, Kakaire O. Intimate partner violence among women with HIV infection in rural Uganda: critical implications for policy and practice. BMC Womens Health. 2011;11(1):50.

64. Karamagi CA, Tumwine JK, Tylleskar T, Heggenhougen K. Intimate partner violence against women in eastern Uganda: implications for HIV prevention. BMC Public Health [Internet]. déc 2006 [cité 11 juill 2016];6(1). Disponible à: http://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-6-284.

65. Larsson EC, Thorson A, Nsabagasani X, Namusoko S, Popenoe R, Ekström AM. Mistrust in marriage-Reasons why men do not accept couple HIV testing during antenatal care-a qualitative study in eastern Uganda. BMC Public Health. 2010;10(1):1.

66. Cartoux M, Meda N, Van de Perre P, Newell ML, de Vincenzi I, Dabis F. Acceptability of voluntary HIV testing by pregnant women in developing countries: an international survey. Ghent International Working Group on Mother-to-Child Transmission of HIV. AIDS. 1998 Dec 24;12(18):2489-93.

67. Chandisarewa W, Stranix-Chibanda L, Chirapa E, Miller A, Simoyi M, Mahomva A, et al. Routine offer of antenatal HIV testing (« opt-out » approach) to prevent mother-to-child transmission of HIV in urban Zimbabwe. Bull World Health Organ. nov 2007;85(11):843-50.

68. Byamugisha R, Tylleskär T, Kagawa MN, Onyango S, Karamagi CA, Tumwine JK. Dramatic and sustained increase in HIV-testing rates among antenatal attendees in Eastern Uganda after a policy change from voluntary counselling and testing to routine counselling and testing for HIV: a retrospective analysis of hospital records, 2002-2009. BMC Health Serv Res. 2010;10(1):1.

69. Leon N, Naidoo P, Mathews C, Lewin S, Lombard C. The impact of provider-initiated (opt-out) HIV testing and counseling of patients with sexually transmitted infection in Cape Town, South Africa: a controlled trial. Implement Sci [Internet]. 2010 [cité 7 juill 2015];5(8). Disponible à: http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1748-5908-5-8.pdf.

70. Bassett IV, Giddy J, Nkera J, Wang B, Losina E, Lu Z, et al. Routine voluntary HIV testing in Durban, South Africa: the experience from an outpatient department. J Acquir Immune Defic Syndr 1999. 2007;46(2):181.

71. Evans C, Ndirangu E. The nursing implications of routine provider-initiated HIV testing and counselling in sub-Saharan Africa: A critical review of new policy guidance from WHO/UNAIDS. Int J Nurs Stud. mai 2009;46(5):723-31.

72. Khumalo-Sakutukwa G, Morin SF, Fritz K, Charlebois ED, Rooyen H van, Chingono A, et al. Project Accept (HPTN 043): A Community-Based Intervention to Reduce HIV Incidence in Populations at Risk for HIV in Sub-Saharan Africa and Thailand: JAIDS J Acquir Immune Defic Syndr. déc 2008;49(4):422-31.

73. Grabbe KL, Menzies N, Taegtmeyer M, Emukule G, Angala P, Mwega I, et al. Increasing Access to HIV Counseling and Testing Through Mobile Services in Kenya: Strategies, Utilization, and Cost-Effectiveness: JAIDS J Acquir Immune Defic Syndr. juill 2010;54(3):317-23.

74. Van Schaik N, Kranzer K, Wood R, Bekker LG. Earlier HIV diagnosis--are mobile services the answer? S Afr Med J. 2010 Oct 1;100(10):671-4.

75. Wolff B, Nyanzi B, Katongole G, Ssesanga D, Ruberantwari A, Whitworth J. Evaluation of a home-based voluntary counselling and testing intervention in rural Uganda. Health Policy Plan. 2005 Mar;20(2):109-16.

76. Mutale W, Michelo C, Jürgensen M, Fylkesnes K. Home-based voluntary HIV counselling and testing found highly acceptable and to reduce inequalities. BMC Public Health. 2010;10(1):1.

77. Tumwesigye E, Wana G, Kasasa S, Muganzi E, Nuwaha F. High uptake of home-based, district-wide, HIV counseling and testing in Uganda. AIDS Patient Care STDS. 2010;24(11):735-41.

78. Molesworth AM, Ndhlovu R, Banda E, Saul J, Ngwira B, Glynn JR, et al. High Accuracy of Home-Based Community Rapid HIV Testing in Rural Malawi: JAIDS J Acquir Immune Defic Syndr. déc 2010;55(5):625-30.

79. Menzies N, Abang B, Wanyenze R, Nuwaha F, Mugisha B, Coutinho A et al. The costs and effectiveness of four HIV counseling and testing strategies in Uganda. AIDS. 2009 Jan 28;23(3):395-401. doi: 10.1097/QAD.0b013e328321e40b.

80. Matovu JKB, Makumbi FE. Expanding access to voluntary HIV counselling and testing in sub-Saharan Africa: alternative approaches for improving uptake, 2001-2007: Voluntary HIV counselling and testing in sub-Saharan Africa. Trop Med Int Health. 22 oct 2007;12(11):1315-22.

81. Matovu JK, Gray RH, Kiwanuka N, Kigozi G, Wabwire-Mangen F, Nalugoda F et al. Repeat voluntary HIV counseling and testing (VCT), sexual risk behavior and HIV incidence in Rakai, Uganda. AIDS Behav. 2007 Jan;11(1):71-8.

82. Kipp W, Kabagambe G, Konde-Lule J. Low impact of a community-wide HIV testing and counseling program on sexual behavior in rural Uganda. AIDS Educ Prev. 2001;13(3):279.

83. Sherr L1, Lopman B, Kakowa M, Dube S, Chawira G, Nyamukapa C et al. Voluntary counselling and testing: uptake, impact on sexual behaviour, and HIV incidence in a rural Zimbabwean cohort. AIDS. 2007 Apr 23;21(7):851-60.

84. Cartoux M, Rouamba O, Meda N, Dabis F, Durand G, Salamon R. Le point sur le conseil lié au dépistage de l'infection par le VIH à Bobo-Dioulasso, Burkina Faso. Santé, 1996;6:7-10.

85. Msellati P, Hingst G, Kaba F, Viho I, Welffens-Ekra C, Dabis F. Operational issues in preventing mother-to-child transmission of HIV-1 in Abidjan, Cote d'Ivoire, 1998-99. Bull World Health Organ. 2001;79(7):641–647.

86. Ekanem EE, Gbadegesin A. Voluntary counselling and testing (VCT) for Human Immunodeficiency Virus: a study on acceptability by Nigerian women attending antenatal clinics. Afr J Reprod Health. 2004 Aug;8(2):91-100.

87. Cartoux M, Msellati P, Meda N, Welffens-Ekra C, Mandelbrot L, Leroy V, et al. Attitude of pregnant women towards HIV testing in Abidjan, Côte d'Ivoire and Bobo-Dioulasso, Burkina Faso. AIDs. 1998;12(17):2337–2344.

88. Oladokun RE, Awolude O, Brown BJ, Adesina O, Oladokun A, Roberts A. Service uptake and performance of the prevention of mother-to-child transmission (PMTCT) programme in Ibadan, Nigeria. Afr J Med Med Sci. 2010 Jun;39(2):81-7.

89. Issiaka S, Cartoux M, Ky-Zerbo O, Tiendrebéogo S, Meda N, Dabis F, et al. Living with HIV: Women's experience in Burkina Faso, West Africa. AIDS Care. févr 2001;13(1):123-8.

90. Traoré AT. Pourquoi et comment en parler ? Dialogue conjugal autour de l'annonce de la séropositivité dans des couples sérodiscordants à Abidjan (Côte d'Ivoire). Sci Soc Santé. 2006;24(2):43.

91. La Ruche G, Agonnoude M, Houangni C, Assani A, Catraye J, Zannou M. La prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant : état des lieux au Bénin. Santé Publique. 2008;20(6):575.

92. Sarker M, Papy J, Traore S, Neuhann F. Insights on hiv pre-test counseling following scaling-up of PMTCT program in rural health posts, Burkina Faso. East Afr J Public Health. 2009;6(3):280–286.

93. Sarker M, Sanou A, Snow R, Ganame J, Gondos A. Determinants of HIV counselling and testing participation in a Prevention of Mother-to-Child Transmission programme in rural Burkina Faso: Determinants of HIV counselling. Trop Med Int Health. 7 déc 2007;12(12):1475-83.

94. Coulibaly D, Msellati P, Dedy S, Welffens-Ekra C, Dabis F. Attitudes et comportements des femmes enceintes face au dépistage du VIH à Abidjan (Côte d'Ivoire), en 1995 et 1996. Sante. 1998 May-Jun;8(3):234-8.

95. Desgrées du Loû A, Brou H, Djohan G, Tijou-Traoré A; Groupe Ditrame Plus. Le refus du dépistage VIH prénatal : étude de cas à Abidjan (Côte d'Ivoire). Sante. 2007 Jul-Sep;17(3):133-41. doi: 10.1684/san.2007.0081.

96. Brattegaard K, Kouadio J, Adom ML, Doorly R, George JR, De Cock KM. Rapid and simple screening and supplemental testing for HIV-1 and HIV-2 infections in west Africa. AIDS. 1993 Jun;7(6):883-5.

97. Castle S. Doubting the existence of AIDS: a barrier to voluntary HIV testing and counselling in urban Mali. Health Policy Plan. 2003 Jun;18(2):146-55.

98. Sarker M, Milkowski A, Slanger T, Gondos A, Sanou A, Kouyate B, et al. The Role of HIV-Related Knowledge and Ethnicity in Determining HIV Risk Perception and Willingness to Undergo HIV Testing Among Rural Women in Burkina Faso. AIDS Behav. 2005;9(2):243-9.

99. Baiden F, Akanlu G, Hodgson A, Akweongo P, Debpuur C, Binka F. Using lay counsellors to promote community-based voluntary counselling and HIV testing in rural northern Ghana: a baseline survey on community acceptance and stigma. J Biosoc Sci. 2007 Sep;39(5):721-33.

100. Ndiaye P, Diedhiou A, Ly D, Fall C2, Tal-Dia A. Prévalence du VIH/Sida chez les clients du centre de dépistage volontaire anonyme et d'accompagnement de Pikine/Guédiawaye, au Sénégal. Médecine Trop. 2008;68(3):277.

101. Granich R, Crowley S, Vitoria M, Smyth C, Kahn JG, Bennett R, et al. Highly active antiretroviral treatment as prevention of HIV transmission: review of scientific evidence and update: Curr Opin HIV AIDS. juill 2010;5(4):298-304.

102. Cohen MS, McCauley M, Gamble TR. HIV treatment as prevention and HPTN 052: Curr Opin HIV AIDS. mars 2012;7(2):99-105.

103. UNAIDS. Treatment 2015. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS), 2015

104. UNAIDS. Global report: UNAIDS report on the global AIDS epidemic 2010. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS), 2010.

105. Ministère de la santé, Secretariat permanent du Conseil National de Lutte contre le sida et les IST. Normes & Directives nationales de conseil dépistage volontaire. Ouagadougou, avril 2003.

106. Conseil National de Lutte contre le sida et les IST/Secrétariat permanent, Ministère de la santé/comité ministériel de lutte contre le sida. Normes et directives nationales de conseil et dépistage de l'infection à VIH au Burkina Faso: 2eme édition. Novembre 2008.

107. Traoré M, Kienou J. Bilan des activités du CADI. Communication, forum d'échange sur le renforcement du conseil dépistage au niveau des structures sanitaires et communautaires au Burkina Faso. Bobo-Dioulasso, 17-19 Décembre 2012

108. Conseil National de Lutte contre le sida et les IST: conférence de table ronde. Cadre stratégique de lutte contre le VIH 2001-2005. Ouagadougou, juin 2001.

109. Centre d'information, de conseil et de documentation sur le sida et la tuberculose (CICDoc). Guide du formateur en counselling VIH/IST/sida. Juin 2001 (document FHI révisé en janvier 2003).

110. Ky-Zerbo O, Some JF. Le conseil dépistage VIH au Burkina Faso de 2000 à 2007: rapport d'analyse de la situation. Juillet 2007.

111. Dabis F, Msellati P, Meda N, Welffens-Ekra C, You B, Manigart O et al. 6-month efficacy, tolerance, and acceptability of a short regimen of oral zidovudine to reduce vertical transmission of HIV in breastfed children in Côte d'Ivoire and Burkina Faso: a double-blind placebo-controlled multicentre trial. DITRAME Study Group. DIminution de la Transmission Mère-Enfant. Lancet. 1999 Mar 6;353(9155):786-92.

112. Burkina Faso/Assemblée Nationale. Loi 030-2008_AN portant lutte contre le VIH/sida & protection des droits des personnes vivant avec le VIH/sida. Ouagadougou, mai 2008.

113. Meda N, Leroy V, Viho I, Msellati P, Yaro S, Mandelbrot L et al. Field acceptability and effectiveness of the routine utilization of zidovudine to reduce mother-to-child transmission of HIV-1 in West Africa. AIDS. 2002 Nov 22;16(17):2323-8.

114. Some EN, Meda N. Does the national program of prevention of mother to child transmission of HIV (PMTCT) reach its target in Ouagadougou, Burkina Faso? Afr Health Sci. 2015;14(4):889–898.

115. Conseil National de Lutte contre le sida et les IST/Secrétariat permanent, ONUSIDA & UNICEF. Rapport d'activité sur la riposte au VIH. Avril 2015.

116. Nebié Y, Meda N, Leroy V, Mandelbrot L, Yaro S, Sombié I et al. Sexual and reproductive life of women informed of their HIV seropositivity: a prospective cohort study in Burkina Faso. J Acquir Immune Defic Syndr. 2001 Dec 1;28(4):367-72.

117. Irungu E, Chersich MF, Sanon C, Chege R, Gaillard P, Temmerman M, et al. Changes in sexual behaviour among HIV-infected women in west and east Africa in the first 24 months after delivery. AIDS. mai 2012;15(26):997-1007.

118. Somé JF, Desclaux A, Ky-Zerbo O, Lougué M, Kéré S, Obermeyer C et al. Les campagnes de dépistage du VIH, une stratégie efficace pour l'accès universel à la

prévention et au traitement? L'expérience du Burkina Faso. Médecine et Santé Tropicales 2014, 24:73–79.

119. Ky-Zerbo O, Compaoré C. Etat des lieux de l'offre et de la demande du conseil dépistage en milieu communautaire au Burkina Faso: Rapport.

120. Schwartz SR, Papworth E, Ky-Zerbo O, Anato S, Grosso A, Ouedraogo HG, et al. Safer Conception Needs for HIV Prevention among Female Sex Workers in Burkina Faso and Togo. Infect Dis Obstet Gynecol. 2014;2014:1-9.

121. Yamego W, Kouanda S, Berthé A, Yaya-Bocoum F, Gausset Q, Mogensen HO, et al. La déperdition entre les postes de dépistage et de prise en charge des personnes vivant avec le VIH-sida au Burkina Faso: une approche qualitative. Médecine Santé Trop. 2014;24(1):58–62.

122. Kirakoya-Samadoulougou F, Yaro S, Deccache A, Fao P, Defer M-C, Meda N, et al. Voluntary HIV testing and risky sexual behaviours among health care workers: a survey in rural and urban Burkina Faso. BMC Public Health. 5 juin 2013;13(1):540.

123. Nakakeeto ON, Kumaranayake L. The global strategy to eliminate HIV infection in infants and young children: a seven-country assessment of costs and feasibility: AIDS. mai 2009;23(8):987-95.

124. Kirakoya-Samadoulougou F, Yaro S, Fao P, Defer M-C, Ilboudo F, Langani Y, et al. Who Is Going for VCT? A Case Study in Urban Burkina Faso. ISRN AIDS. 2012;2012:1-5.

125. Conseil National de Lutte contre le sida et les IST/Secrétariat permanent. Cadre stratégique national de lutte contre le VIH, le sida et les IST (CSN Sida) 2016-2020: Document provisoire 2. Janvier 2016.

126. Conseil National de Lutte contre le sida et les IST/Secrétariat permanent. Cadre stratégique de lutte contre le VIH/SIDA et les IST 2006-2010 – BURKINA FASO: version définitive.

127. Conseil National de Lutte contre le sida et les IST/Secrétariat permanent. DOCUMENT SYNTHESE-SESSION 2015.

128. Ky-Zerbo O, Msellati P, Desclaux A, Compaoré CA, Zagaré A, Niamba P. Dix ans d'investissement dans la lutte contre le VIH au Burkina Faso: quelles leçons tirer des stratégies et des résultats du conseil et du dépistage du VIH pour la période 2006-2015 ? *A soumettre*

129. Meehan S-A, Leon N, Naidoo P, Jennings K, Burger R, Beyers N. Availability and acceptability of HIV counselling and testing services. A qualitative study comparing clients' experiences of accessing HIV testing at public sector primary health care facilities or non-governmental mobile services in Cape Town, South Africa. BMC Public Health [Internet]. déc 2015;15(1). Disponible à: http://www.biomedcentral.com/1471-2458/15/845.

130. Obermeyer CM, Neuman M, Hardon A, Desclaux A, Wanyenze R, Ky-Zerbo O, et al. Socio-economic determinants of HIV testing and counselling: a comparative study in four African countries. Trop Med Int Health. sept 2013;18(9):1110-8.

131. Brown LB, Miller WC, Kamanga G, Nyirenda N, Mmodzi P, Pettifor A, et al. HIV partner notification is effective and feasible in sub-Saharan Africa: opportunities for HIV treatment and prevention. J Acquir Immune Defic Syndr 1999. 2011;56(5):437.

132. Rutstein SE, Brown LB, Biddle AK, Wheeler SB, Kamanga G, Mmodzi P, et al. Cost-effectiveness of provider-based HIV partner notification in urban Malawi. Health Policy Plan. 1 janv 2014;29(1):115-26.

133. Ky-Zerbo O, Desclaux A, Msellati P, Some JF, Obermeyer CM. Profil et motivations des usagers au dépistage VIH communautaire au Burkina Faso : quelle contribution à l'objectif 90-90-90 ? *Soumis à la revue d'épidémiologie et de santé publique.*

134. Kirakoya-Samadoulougou F, Yaro S, Deccache A, Fao P, Defer M-C, Meda N, et al. Voluntary HIV testing and risky sexual behaviours among health care workers: a survey in rural and urban Burkina Faso. BMC Public Health. 2013;13(1):1.

135. Obermeyer CM, Neuman M, Desclaux A, Wanyenze R, Ky-Zerbo O, Cherutich P, et al. Associations between Mode of HIV Testing and Consent, Confidentiality, and Referral: A Comparative Analysis in Four African Countries. PLoS Med. 23 oct 2012;9(10):e1001329.

136. Desclaux A, Ky-Zerbo O, Somé J-F, Obermeyer CM. Ethical considerations of providers and clients on HIV testing campaigns in Burkina Faso. BMC Int Health Hum Rights. 2014;14(1):1.

137. Hardon A, Vernooij E, Bongololo-Mbera G, Cherutich P, Desclaux A, Kyaddondo D, et al. Women's views on consent, counseling and confidentiality in PMTCT: a mixed-methods study in four African countries. BMC Public Health. 2012;12(1):26.

138. Bott Sarah, Melissa N, Helleringer S, Alice D, Asmar Khalil, Obermeyer CM, et al. Rewards and challenges of providing HIV testing and counselling services: health worker perspectives from Burkina Faso, Kenya and Uganda. Health Policy and Planning. 30e éd. oct 2015;964-75.

139. Coulibaly M, Meda N, Yonaba C, Ouedraogo S, Congo M, Barry M, et al. Missed Opportunities for Early Access to Care of HIV-Infected Infants in Burkina Faso. Tang JW, éditeur. PLoS ONE. 31 oct 2014;9(10).

140. An SJ, George AS, LeFevre AE, Mpembeni R, Mosha I, Mohan D, et al. Supply-side dimensions and dynamics of integrating HIV testing and counselling into routine antenatal care: a facility assessment from Morogoro Region, Tanzania. BMC Health Serv Res [Internet]. juin 2015;15(1). Disponible à: http://www.biomedcentral.com/1472-6963/15/451.

141. Ahmed S, Schwarz M, Flick RJ, Rees CA, Harawa M, Simon K, et al. Lost opportunities to identify and treat HIV-positive patients: results from a baseline assessment of provider-initiated HIV testing and counselling (PITC) in Malawi. Trop Med Int Health. avr 2016;21(4):479-85.

Ujiji OA, Rubenson B, Ilako F, Marrone G, Wamalwa D, Wangalwa G, et al. Is' Opt-Out HIV Testing'a real option among pregnant women in rural districts in Kenya? BMC Public Health. 2011;11(1):1.

143. Ky-Zerbo O, Desclaux A, Msellati P, Simaga F, Somé JF, Obermeyer CM. Les services de conseil et de test du VIH face aux objectifs des Nations-Unies : perceptions, pratiques et défis des prestataires au Burkina Faso. *A soumettre*

144. Oga MA, Ndondoki C, Brou H, Salmon A, Bosse-Amani C, Timite-Konan M, et al. Attitudes and Practices of Health Care Workers Toward Routine HIV Testing of Infants in Côte d'Ivoire: The PEDI-TEST ANRS 12165 Project: JAIDS J Acquir Immune Defic Syndr. juill 2011;57:S16-21.

145. Kapologwe N, Mahande M, Msuya SE. Provider-initiated HIV testing and counseling in Mbeya City, south-western Tanzania: knowledge and practice of health care providers. Tanzan J Health Res. 2011 Oct;13(4):95-100.

146. Obermeyer CM, Osborn M. The Utilization of Testing and Counseling for HIV: A Review of the Social and Behavioral Evidence. Am J Public Health. oct 2007;97(10):1762-74.

147. Issiaka S, Cartoux M, Ky-Zerbo O, Tiendrébéogo S, Meda N, Dabis F et al. Living with HIV: women's experience in Burkina Faso, West Africa. AIDS CARE 2001;13(1):123–8.

148. Ahmed S, Bärnighausen T, Daniels N, Marlink R, Roberts MJ. How providers influence the implementation of provider-initiated HIV testing and counseling in Botswana: a qualitative study. Implement Sci [Internet]. déc 2015;11(1). Disponible à: http://www.implementationscience.com/content/11/1/18

149. Bemelmans M, Goux D, Baert S, van Cutsem G, Motsamai M, Philips M, et al. The uncertain future of lay counsellors: continuation of HIV services in Lesotho under pressure. Health Policy Plan. juin 2016;31(5):592-9.

150. Ky-Zerbo O, Desclaux A, Msellati P. Les politiques et stratégies de dépistage pays à l'épreuve des directives de l'OMS: analyse de l'applicabilité et de l'acceptabilité de différentes recommandations sur les services de test VIH au Burkina Faso. *A soumettre*

151. Neuman M, Obermeyer CM, Group MS, others. Experiences of stigma, discrimination, care and support among people living with HIV: a four country study. AIDS Behav. 2013;17(5):1796–1808.

152. Ky-Zerbo O, Desclaux A, Msellati P, Somé JF, Obermeyer CM. Rationalization of HIV testing services (HTS): understanding the reasons for reducing "inappropriate" uses in Burkina Faso. Soumis à Infectious Disease.

153. Conseil National de Lutte contre le sida et les IST/Secrétariat permanent. Cadre stratégique de lutte contre le VIH, le sida et les infections sexuellement transmissibles (CSLS) 2011-2015: document provisoire final. Juin 2010.

154. Tieno H, Guira O, Sagna Y, Diendere EA, Diallo I, Bognounou R, et al. Characteristics and Follow-up of Newly Managed HIV-Infected Patients in the National Referral Center in Ouagadougou, Burkina Faso. J Int Assoc Provid AIDS Care JIAPAC. 1 janv 2015;14(1):40-5.

155. Chas J, Hema A, Slama L, Kabore NF, Lescure F-X, Fontaine C, et al. The Day-Hospital of the University Hospital, Bobo Dioulasso: An Example of Optimized HIV Management in Southern Burkina Faso. PLOS ONE. 13 mai 2015;10(5):e0125588.

156. Mouhari-Toure A, Patassi A, Nabroulaba KT, Djadou KE, Edou K, Nyametso D et al. Profil biologique des patients adultes infectés par le VIH à l'initiation du traitement antirétroviral au Togo. Med Mal Infect. 2011 May;41(5):229-34. doi: 10.1016/j.medmal.2010.11.007.

157. Déguénonvo LF, Diop SA, Vedogbeton A, Dieng C, Sarr J, Sagna P, et al. Bilan de la prise en charge médicale des patients infectés par le VIH dans un centre de dépistage volontaire et anonyme au Sénégal. Santé Publique. 2011;23(4):297-304.

158. Baggaley R, Hensen B, Ajose O, Grabbe K, Wong V, Schilsky A, et al. From caution to urgency: the evolution of HIV testing and counselling in Africa. Bull World Health Organ. 1 sept 2012;90(9):652-8.

159. Kennedy CE, Fonner VA, Sweat MD, Okero FA, Baggaley R, O'Reilly KR. Provider-Initiated HIV Testing and Counseling in Low- and Middle-Income Countries: A Systematic Review. AIDS Behav. juin 2013;17(5):1571-90.

160. Hensen B, Baggaley R, Wong VJ, Grabbe KL, Shaffer N, Lo Y-RJ, et al. Universal voluntary HIV testing in antenatal care settings: a review of the contribution of provider-initiated testing & counselling: Universal voluntary HIV testing in antenatal care settings. Trop Med Int Health. janv 2012;17(1):59-70.

161. Duvall S, Irani L, Compaoré C, Sanon P, Bassonon D, Anato S. Assessment of policy and access to HIV prevention, care, and treatment services for men who have sex with men and for sex workers in Burkina Faso and Togo. J Acquir Immune Defic Syndr. 2015 Mar 1;68 Suppl 2:S189-97. doi: 10.1097/QAI.0000000000000450.

162. Ky-Zerbo O, Somé JF, Simaga F. Le conseil post test encourage-t-il les PVVIH à partager leur statut sérologique? Pratiques et suggestions des conseillers au Burkina Faso. Sahara. juillet 2013;10SI:S73-80.

163. Ky-Zerbo O, Desclaux A, Somé J-F, El Asmar K, Msellati P, Obermeyer CM. La stigmatisation des PVVIH en Afrique: analyse de ses formes et manifestations au Burkina Faso. Sante Publique. 2014;26(3):375–384.

164. Fiorillo SP, Landman KZ, Tribble AC, Mtalo A, Itemba DK, Ostermann J, et al. Changes in HIV risk behavior and seroincidence among clients presenting for repeat HIV counseling and testing in Moshi, Tanzania. AIDS Care. oct 2012;24(10):1264-71.

165. Grabbe KL, Courtenay-Quirk C, Baughman AL, Djomand G, Pedersen B, Lerotholi M, et al. Re-Testing and Seroconversion Among HIV Testing and Counseling Clients in Lesotho. AIDS Educ Prev. 2015;27(4):350–361.

166. Kouanda S, Yaméogo WME, Berthé A, Bila B, Bocoum Yaya FK, Somda A, et al. Partage de l'information sur le statut sérologique VIH positif : facteurs associés et conséquences pour les personnes vivant avec le VIH/sida au Burkina Faso. Rev DÉpidémiologie Santé Publique. juin 2012;60(3):221-8.

167. Guiro AK, Traore A, Somda A, Huang SL. partage statut Nord Burkina.pdf. Attitudes and practices towards HAART among people living with HIV/AIDS in a resource-limited setting in northern Burkina Faso. Public Health. 2011 Nov;125(11):784-90. doi: 10.1016/j.puhe.2011.09.015.

168. Uah IA, Ezechi OC, Ohihoin AG. HIV Status Discordance: Associated Factors Among HIV Positive Pregnant Women in Lagos, Southwest Nigeria. Afr J Reprod Health. 2015 Jun;19(2):108-16.

169. Yaya I, Saka B, Landoh DE, Patchali PM, Patassi AA, Aboubakari A, et al. HIV Status Disclosure to Sexual Partners, among People Living with HIV and AIDS on Antiretroviral Therapy at Sokodé Regional Hospital, Togo. Deribe K, éditeur. PLOS ONE. 6 févr 2015;10(2):e0118157.

170. Coutherut J, Desclaux A; Groupe d'étude ANRS 1215. Le partage du statut sérologique des personnes vivant avec le VIH à 10 ans de traitement antirétroviral au Sénégal. Bull Soc Pathol Exot. 2014 Oct;107(4):266-72. doi: 10.1007/s13149-014-0343-z.

171. Sangho H, Keïta AS, Keïta HD, Sylla M, Dia A, Tayeb MM. Suivi des nourrissons nés de mère séropositive au VIH au Mali. Santé Publique 2013;5(25):655-62.

172. Sibanda EL, Hatzold K, Mugurungi O, Ncube G, Dupwa B, Siraha P, et al. An assessment of the Zimbabwe ministry of health and child welfare provider initiated HIV testing and counselling programme. BMC Health Serv Res. 2012;12(1):131.

173. Medley AM, Kennedy CE. Provider challenges in implementing antenatal provider-initiated HIV testing and counseling programs in Uganda. AIDS Educ Prev. 2010;22(2):87–99.

174. Kayigamba FR, Bakker MI, Lammers J, Mugisha V, Bagiruwigize E, Asiimwe A, et al. Provider-Initiated HIV Testing and Counselling in Rwanda: Acceptability among Clinic Attendees and Workers, Reasons for Testing and Predictors of Testing. PLoS ONE. 17 avr 2014;9(4):e95459.

175. Davyduke T, Pietersen I, Lowrance D, Amwaama S, Taegtmeyer M. Opportunities for strengthening provider-initiated testing and counselling for HIV in Namibia. AIDS Care. 3 août 2015;27(8):990-4.

177. Médecins sans Frontières. Le prix de l'oubli: des millions de personnes en Afrique Occidentale et Centrale restent en marge de la lutte mondiale contre le VIH. Avril 2016.

178. Desclaux A, Msellati P, Sow K. Les femmes à l'épreuve du VIH dans les pays du Sud genre et accès universel à la prise en charge. Paris; Sèvres: ANRS ; EDK; 2011.

179. Djadou KE, Koffi KS, Saka B, Tépé EM, Vinyo DK, Tatagan-Agbi K. [Knowledge, attitudes and practices of healthcare providers in Togo regarding prevention of mother-to-child transmission of HIV in 2010]. Med Trop (Mars). 2011 Dec;71(6):608-12.

Annexes

Annexe 1. Recommandations de l'OMS sur le CTV, 2008-2015

N.	Date	Sujet	Recommandations
1	2010	**Disclosure** Guideline on HIV disclosure counselling for children up to 12 years of age http://www.who.int/hiv/pub/ hiv_disclosure/en/.	Initiatives should be put in place to enforce privacy protection and institute policy, laws and norms that prevent discrimination and promote tolerance and acceptance of people living with HIV. This can help create environments where disclosure of HIV status is easier
2	2010	**Retesting** Delivering HIV test results and messages for re-testing and counselling in adults http://www.who.int/hiv/pub/ vct/hiv_re_testing/en/index. htm.	<u>All settings</u> It is recommended to offer retesting at least annually to people from key populations and to HIV-negative partners in serodiscordant couples. Depending on client risk behaviours, more frequent voluntary retesting should be offered and available. <u>Generalized HIV epidemic</u> Retest all HIV-negative pregnant women in the 3rd trimester, postpartum or during labour because of the high risk of acquiring HIV infection during pregnancy. <u>Concentrated HIV epidemic</u> Retest HIV-negative pregnant women who are in serodiscordant couples or are from a key population group.
3	2014	**Retesting before ART initiation** WHO reminds national programmes to retest all newly diagnosed people with HIV http://www.who.int/hiv/pub/ vct/retest-newly-diagnosedplhiv-full/en/.	National programmes should retest all people newly and previously diagnosed with HIV before they enrol in care and initiate ART. Retesting people on ART is not recommended, as there are potential risks of incorrect diagnosis, particularly for in vitro diagnostics (IVDs) that use oral fluid specimens.
4	2007	**Provider-initiated testing and counselling (PITC)** Guidance on provider-initiated HIV testing and counselling in health facilities http://www.who.int/hiv/pub/ vct/pitc/en/index.html).	<u>Generalized HIV epidemic</u> PITC should be offered for: all clients and in all services (including services for sexually transmitted infection (STI), viral hepatitis, tuberculosis (TB), children under age five, immunization, malnutrition, antenatal care and all services for key populations) as an efficient and effective way to identify people with HIV. <u>Concentrated HIV epidemic</u> PITC should be offered for clients (adults, adolescents and children) in clinical settings who present with symptoms or medical conditions that could indicate HIV infection, including presumed and confirmed TB cases. and counselling (continued) <u>Regardless of epidemic type</u>

			PITC should be considered for malnutrition clinics, STI, hepatitis and TB services, ANC settings and health services for key populations. For TB settings: routine HIV testing should be offered to all clients with presumptive and diagnosed TB; partners of known HIV-positive TB patients should be offered HTS with mutual disclosure and TB-control programmes should mainstream provision of HTS in their operations and routine services.
5	2013	**Community-based HIV testing services** Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection http://www.who.int/hiv/pub/ guidelines/arv2013/download/ en/index.html).	Generalized HIV epidemic WHO recommends community-based HIV testing services, with linkage to prevention, treatment and care services, in addition to routinely offering PITC for all populations, particularly key populations Concentrated HIV epidemic WHO recommends community-based HIV testing services, with linkage to prevention, treatment and care, in addition to PITC, for key populations
6	2010 And 2013	**Infants and children** WHO recommendations on the diagnosis of HIV infection in infants and children http://www.who.int/hiv/pub/ paediatric/diagnosis/en/ and Guideline on HIV disclosure counselling for children up to 12 years of age http://www.who.int/hiv/pub/ hiv_disclosure/en/	HIV exposed infants and children younger than 18 months with unknown or uncertain HIV exposure should be tested (with a virological assay) within 4–6 weeks of birth so that those presumptively diagnosed with HIV can start ART HIV-exposed infants with non-detectable NAT at 4–6 weeks should undergo HIV serological testing at around nine months of age (or at the time of the last immunization visit) to rule out HIV infection. Infants whose serological assays are reactive at nine months should undergo virological testing to rule in HIV infection Children of school age (6–12) should be told their HIV positive status and their parent's or caregiver's status; younger children should be told their status incrementally to accommodate their cognitive skills and abilities
7	2013	**Adolescents** Guidelines on HIV testing and counselling for adolescents and care for adolescents with HIV http://www.who.int/hiv/pub/ guidelines/adolescents/en/.	HIV testing services, with linkages to prevention, treatment and care, should be offered for adolescents from key populations in all settings Adolescents with HIV should be counselled about the potential benefits and risks of disclosure of their HIV status and empowered and supported to determine if, when, how and to whom to disclose Generalized HIV epidemic HIV testing services, with linkage to

			prevention, treatment and care, should be offered to all adolescents in generalized epidemics Concentrated HIV epidemic HIV testing services, with linkage to prevention, treatment and care, should be accessible to adolescents in low-level and concentrated epidemics (conditional recommendation, very low quality of evidence
9	2013	**Pregnant and postpartum women** Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection http://www.who.int/hiv/pub/ guidelines/arv2013/download/ en/index.html.	High prevalence settings PITC for women should be considered a routine component of the package of care in all antenatal, childbirth, postpartum and paediatric care settings. In such settings, where breastfeeding is the norm, lactating mothers who are HIV-negative should be retested periodically throughout the period of breastfeeding. Low prevalence settings PITC can be considered for pregnant women in antenatal care as a key component of the effort to: •eliminate mother-to-child transmission of HIV •integrate HIV testing with testing for syphilis and viral or other key tests as relevant to the setting •strengthen the underlying maternal and child health systems. Couples and partner testing services are recommended in antenatal care settings, facilitating provision of interventions, including ART for prevention in serodiscordant couples in all settings
10	2012	**Couples and partner HIV testing and counselling** Guidance on couples HIV testing and counselling, including antiretroviral therapy for treatment and prevention in serodiscordant couples (http://www.who.int/hiv/pub/ guidelines/9789241501972/ en/index.html).	Couples and partners should be offered voluntary HIV testing services with support for mutual disclosure •In antenatal care settings couples and partners should be offered voluntary HIV testing services with support for mutual disclosure •HIV testing services for couples and partners, with support for mutual disclosure, should be offered to individuals with known HIV status and their partners (strong recommendation, low quality of evidence for all people with HIV in all epidemic settings; conditional recommendation, low quality of evidence for HIV-negative people depending on the country-specific HIV prevalence).
11	2014	**Key populations**	HIV testing services should be routinely offered to all key populations in the

		Consolidated guidelines on HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations http://www.who.int/hiv/pub/ guidelines/keypopulations/ en/.	community, in closed settings such as prisons and in facility-based settings. • Community-based HIV testing services for key populations linked to prevention, treatment and care services are recommended, in addition to routine facility-based HIV testing services, in all settings • Couples and partners should be offered HIV testing services with support for mutual disclosure. This applies also to couples and partners from key populations.
12	2012	**Testing strategies for high and low prevalence settings** Service delivery approaches to HIV testing and counselling (HTC): a strategic policy framework http://www.who.int/hiv/pub/ vct/htc_framework/en/.	High prevalence In settings with greater than 5% HIV prevalence in the population tested, a diagnosis of HIV-positive should be issued to people with two sequential reactive tests. •For individuals with A1+; A2−; A3+, an HIV-inconclusive status is reported, and the client should be asked to return in 14 days for retesting. • For individuals with discrepant test results where the A1 is reactive, the A2 is non-reactive and the A3 is non-reactive (that is, A1+, then A2−, then A3−), the final result should be considered HIV-negative. Low prevalence In settings with less than 5% HIV prevalence in the population tested, a diagnosis of HIV-positive should be issued to people with three sequential reactive tests. •For individuals with A1+; A2−, the final result should be considered HIV-negative. However, if A1 is a fourth generation assay (Ab/Ag) and A2 is an Ab-only assay, when A1+; A2−, the result should be considered HIVinconclusive and the person should be retested after 14 days. •For individuals with A1+; A2+; A3−, an HIV-inconclusive status is reported, and the client should be asked to return in 14 days for retesting. •HIV testing services may use combinations of RDTs or combinations of RDTs/EIAs/supplemental assays rather than EIA/Western blot combinations.
13	2015	**HIV testing in the context of surveillance** http://www.who.int/hiv/ strategic/surveillance/ workinggroup/en/.	For surveillance, use a testing strategy and national validated testing algorithm that is suitable for HIV diagnosis. •Use programmatic data, when possible, for HIV surveillance; particularly for prevention of mother-to-child transmission programmes.

			•Routinely return HIV diagnoses to participants in the context of surveillance. •Use HIV incidence assays for population-level incidence estimates and not for individual disease staging; returning these test results to study participants is not recommended. •Use linked HIV testing for biological surveillance that is either confidential (using personally identifiable information) or anonymous (using unique study codes).

Source: OMS. 2015. Consolidated guidelines on HIV testing services. 5cs: consent, confidentiality, counselling, correct results and connection

Annexe 2. Approches de dépistage par population cible et par contexte épidémiologique

Approches pour le dépistage VIH	Epidémie généralisée		Epidémie concentrée
	Test en routine	Dépistage ciblé	Test en routine
Sites fixes			
1. Centres de santé primaires pour adultes, adolescents et enfants (dont les sites de dépistage intégrés)	✔		
2. Sites de consultation prénatale	✔		✔
3. Centres de lutte contre la tuberculose	✔		✔
4. Centres de prise en charge IST	✔		✔
5. Services anti drogues et de lutte contre la violence	✔		✔
6. Indicator condition-based testing	✔		✔
7. Dépistage basé sur le risque (populations à risque)		✔	
Test partenaire /index (dans tous les services de test)			
1. Test client Index pour les membres de la famille		✔	
2. Test du partenaire (tous les partenaires)		✔	
3. Test du partenaire (pour tous les partenaires des PVVIH)		✔	
Dépistage communautaire			
1. Campagne de dépistage du VIH et d'autres maladies	✔	✔	
2. Dépistage à domicile/ porte-à-porte	✔	✔	
3. Dépistage mobile/ stratégie avancée pour les populations clés		✔	
4. Dépistage mobile/ stratégie avancée pour la population générale (par exemple les hommes, les jeunes)		✔	
5. Dépistage sur le lieu du travail		✔	
6. Dépistage dans les écoles/milieu éducatif		✔	
7. Services pour les orphelins et les enfants vulnérables	✔	✔	
8. Auto-test*	✔	✔	
Prioritisation géographique			
1. Régionale (pour les zones à haute prévalence – sites fixes-et/ou communautaire)		✔	
2. Sites fixes (par rapport à la proportion de cas VIH positif)		✔	

Source: OMS. 2015. Consolidated guidelines on HIV testing services. 5cs: consent, confidentiality, counselling, correct results and connection

Annexe 3. Principaux outils de collecte des données quantitatives de l'étude MATCH

Questionnaire utilisateurs / non utilisateurs

INTRODUCTION

L'enquêteur peut remplir cette partie avant le début de l'entretien]

C1.1 Numéro d'identification de l'entretien **I___I___I___I**
_____

C1.2 Date de l'entretien (JJ/MM/AAAA)
/ /
_____

C1.3 Nom de l'enquêteur
☐

C1.4 Lieu de l'entretien
☐ *Domicile de l'enquêté*
☐ *Centre de santé, préciser*
☐ *Autre, préciser*
_____

C1.5 Heure de Début de l'entretien (heure, minute) [Utiliser le format des 24 heures]
heure _____
minute _____

C1.6 Langue de l'entretien
_____

Caractéristiques sociodémographiques

C2.1 Sexe
☐ *féminin*
☐ *masculin*

Je vais vous poser quelques questions sur vous même, votre niveau d'éducation et votre statut matrimonial. Je noterai juste vos réponses, mais pas votre nom et votre adresse.

C2.2 Vous avez quel âge SVP? (en années)
_____

C2.3 Quelle est votre ethnie?
☐ *Mossi*
☐ *Peulh*

- *Bobo /Dioula*
- *Bwaba*
- *Bissa*
- *Ne sait pas*
- *Refus de répondre*
- *Autre, préciser*

_____

C2.4 Quelle est la dernière classe que vous avez fréquentée ?

- *Pas d'éducation formelle*
- *Primaire incomplet*
- *Primaire complet*
- *secondaire/technique incomplet*
- *secondaire/technique complet*
- *Supérieure*
- *Ne sait pas*
- *Refus de répondre*
- *Autre, préciser*

_____

C2.5 Êtes-vous:

- *Célibataire*
- *Marié(e) ou vie en concubinage*
- *Divorcé(e)/separé(e)*
- *Veuve/veuf*
- *Refus de répondre*

Maintenant je vais vous poser des questions sur votre emploi et sur vos moyens de subsistance.

C2.6 Quel travail faites-vous (ou à quoi vous occupez-vous pendant la journée, que vous y gagniez de l'argent ou pas) [Noter la réponse tel que dite, puis choisir une option à C2.7]

_____

C2.7

- *Agriculture*
- *Pêche*
- *Commerce*
- *Employé de bureau*
- *Profession libérale*
- *Ouvrier qualifié, semi qualifié*
- *Ouvrier non qualifié*
- *Elève / étudiant*
- *Apprenti*
- *Ménagère*
- *Sans emploi (vérifier si pas ménagère ou cultivateur)*
- *Refus de répondre*
- *Autre, préciser*

_____

C2.8 A quelle fréquence avez-vous eu des difficultés pour avoir la nourriture dont vous avez besoin au cours du mois passé?

- ☐ *Aucune difficulté* Allez à C2. 10
- ☐ Parfois
- ☐ Souvent
- ☐ Tout le temps
- ☐ Refus de répondre Allez à C2. 10

C2.9 S'il vous plait, quelles étaient ces difficultés

_____

Maintenant j'aimerais vous poser des questions sur votre maison et les biens de votre ménage

C2.10 Vivez-vous seul ou avec d'autres personnes?

- ☐ *seul*
- ☐ *en famille*
- ☐ *avec des amis*
- ☐ *refus de répondre*
- ☐ *autre, préciser*

_____

C2.11 Possédez-vous ou votre famille (ménage et non la famille élargie) possède-t-elle les moyens de transport suivants

	oui	*non*	*refus de répondre*
Voiture	☐	☐	☐
bicyclette	☐	☐	☐
Motocyclette	☐	☐	☐
Autre, préciser	☐	☐	☐

_____

C2.12 Quels sont les principaux matériaux de construction de la maison dans laquelle vous habitez (choisir une seule réponse)?

- ☐ *Dur*
- ☐ *Semi dur*
- ☐ *Banco*
- ☐ *Refus de répondre*
- ☐ *Autre, préciser*

_____

C2.13 Votre ménage dispose-t-il

	Oui	*Non*	*Ne sait pas*	*Refus de répondre*
d'eau courante	☐	☐	☐	☐
de toilettes avec chasse eau	☐	☐	☐	☐
d'électricité	☐	☐	☐	☐
de télévision	☐	☐	☐	☐
de cuisinière Electrique/gaz	☐	☐	☐	☐
de téléphone (dont portable)	☐	☐	☐	☐
de terrain qui vous appartienne	☐	☐	☐	☐
d'animaux qui vous appartiennent	☐	☐	☐	☐

Conseil et test VIH: Questions filtres

Ce dont nous allons parler maintenant dépend de si vous avez déjà fait votre test VIH ou pas

C3.1 Avez-vous déjà fait le test du VIH?

- ☐ Oui
- ☐ Non Allez à C9. 1, questionnaire non utilisateurs
- ☐ Ne sait pas Allez à C4. 1
- ☐ Refus de répondre Allez à C4. 1

Maintenant j'aimerais vous poser des questions sur le test VIH: comment vous vous êtes décidé à aller faire votre test, ce qui s'est passé là où vous avez fait le test, et vos sentiments par rapport à tout ça.

C3.2 Êtes-vous d'accord pour discuter de ces sujets avec moi?

- ☐ Oui
- ☐ Non Allez à C4.1

C3.3 Combien de fois avez-vous fait votre test VIH?

_____

<u>Allez à C3.12 si l'enquêté a fait le test une seule fois</u>

[NB - L'enquêteur doit insister sur le fait que les questions concernent seulement le conseil et le test du VIH et pas d'autres examens tels que le comptage des CD4, etc.]

Tests multiples

Cette section concerne <u>uniquement les clients qui ont été testés plus d'une fois</u>. Les questions suivantes portent sur votre premier test VIH.

C3.4 Depuis combien de temps avez-vous réalisé votre premier test VIH (jours, mois, années)?

Jours _____

Mois _____

Années _____

C3.5 Ce test, l'avez-vous fait de votre initiative ou bien vous avez été référé par un agent de santé?

- ☐ *CDV (test sur initiative propre du client)*
- ☐ *PITC (test à l'initiative du soignant)*
- ☐ *Autre, préciser*

_____

C3.6 Le test a-t-il été réalisé avec le sang ou avec de la salive?

- ☐ *Sang*
- ☐ *Salive*
- ☐ *Ne sait pas*
- ☐ *Refus de répondre*

C3.7 **Voudriez-vous me dire pourquoi vous avez fait ce premier test VIH? [Noter la réponse tel que dite, puis cocher les options applicables.] Allez à C3.8 si c'est CDV qui est coché à C3. 5 et à C3.9 si c'est PITC qui est coché à C3.5.**

_____

C3.8

- ☐ *Veut connaître le statut sérologique*
- ☐ *partenaire - les comportements sexuels passés du partenaire*
- ☐ *partenaire - le partenaire vous a demandé de faire votre test VIH*
- ☐ *partenaire - le partenaire malade ou décédé*
- ☐ *enfant--enfant malade ou décédé*
- ☐ *exposition--vos propres comportements sexuels passés*
- ☐ *exposition--transfusion sanguine*
- ☐ *exposition--a eu à s'occuper de personnes qui ont le VIH/SIDA*
- ☐ *exposition--objets souillés*
- ☐ *exposition--échange de seringues*
- ☐ *symptômes/santé--symptômes vous faisant penser que vous pourriez avoir le VIH ou que vous pourriez avoir besoin de traitements*
- ☐ *projet--mariage*
- ☐ *projet--avoir des enfants*
- ☐ *projet--planifier le futur*
- ☐ *Ne sait pas*
- ☐ *refus de répondre*
- ☐ *Autre, préciser*

_____

C3.9

- ☐ *partenaire - le partenaire malade ou décédé*
- ☐ *enfant - enfant malade ou décédé*
- ☐ *symptômes/santé--symptômes pouvant évoquer le VIH*
- ☐ *symptômes/santé--hospitalisation pour une autre raison*
- ☐ *symptômes/santé--don de sang*
- ☐ *PTME*
- ☐ *Ne sait pas*
- ☐ *refus de répondre*
- ☐ *Autre, préciser*

_____

C3.10 **Puis-je savoir si cela était-il difficile pour vous de faire ce premier test ?**

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Ne sait pas Allez à C3.12
- ☐ Refus de répondre Allez à C3.12

C3.11 **Pourquoi, pourquoi pas?**

_____

Test le plus récent

[Notes pour l'enquêteur - <u>les questions qui suivent concernent toutes les personnes</u> qui ont eu à réaliser un test VIH,
que ce soit une ou plusieurs fois]

C3.12 **Quand avez-vous fait votre dernier test VIH? (jours, mois, année) [Reformuler la question suivant que**
l'enquêté ait fait le test VIH une ou plusieurs fois.]
Jours _____
Mois _____
Années _____

C3.13 **Quel est le nom de la structure dans laquelle vous avez fait ce test?**
_____
_____

C3.14 **Selon vous, combien de temps vous faut-il pour aller de chez vous à cette structure (en minutes ou en heures)**
heures _____
minutes _____

C3.15 **Pourquoi êtes vous allé précisément dans cette structure et pas dans une autre?**
_____
_____

C3.16 **Le test a-t-il été réalisé avec le sang ou avec de la salive?**
- ☐ *Sang*
- ☐ *Salive*
- ☐ *Ne sait pas*
- ☐ *Refus de répondre*

C3.17 **Avez-vous fait ce test de votre propre initiative ou avez-vous été référé par un agent de santé?**
- ☐ *CDV (test à l'initiative du client)*
- ☐ *PITC (test à l'initiative du soignant*
- ☐ *Autre, préciser*

_____

C3.18 **Voudriez-vous me dire pourquoi vous avez fait ce test VIH? [Noter la réponse tel que dite, puis cocher les**
options applicables] Allez à C3.19 si c'est CDV qui est coché à C3.17 et à C3.20 si c'est PITC qui est coché à C3.17.
_____
_____

C3.19
- ☐ *Veut connaître le statut sérologique*
- ☐ *Partenaire-comportements passés du partenaire*
- ☐ *Partenaire-le partenaire vous a demandé de faire le test*
- ☐ *Partenaire-le partenaire est malade ou décédé*

- ☐ *enfant-enfant malade ou décédé*
- ☐ *Exposition-vos propres comportements sexuels passés*
- ☐ *Exposition-transfusion sanguine*
- ☐ *Exposition-a eu à s'occuper de personnes ayant le VIH/SIDA*
- ☐ *Exposition-objets souillés*
- ☐ *Exposition-échange de seringues*
- ☐ *Symptômes / santé-symptômes faisant pensé que vous pourriez être infecté par le VIH/SIDA et que vous vous auriez besoin de traitements*
- ☐ *Projet-mariage*
- ☐ *Projet-avoir des enfants*
- ☐ *projet--planifier le futur*
- ☐ *Ne sait pas*
- ☐ *Refus de répondre*
- ☐ *Autre, préciser*

_____

C3.20

- ☐ *Partenaire-le partenaire est malade ou décédé*
- ☐ *Enfant-Enfant malade ou décédé*
- ☐ *Symptômes/santé-symptômes évoquant le VIH*
- ☐ *Symptômes/santé-hospitalisation pour une autre raison*
- ☐ *Symptômes/santé-don de sang*
- ☐ *PTME*
- ☐ *Ne sait pas*
- ☐ *Refus de répondre*
- ☐ *Autre, préciser*

_____

Expérience du pré test

C3.21 Etait-ce difficile pour vous de faire le test?

- ☐ Oui
- ☐ non
- ☐ Ne sait pas Allez C3. 23
- ☐ Refus de répondre Allez à C3. 23

C3.22 Pourquoi, pourquoi pas?

_____

C3.23 Avant de faire ce test, en avez-vous parlé avec quelqu'un de votre entourage ?

- ☐ Oui
- ☐ Non Allez à C3. 26
- ☐ Ne sait pas Allez à C3. 27
- ☐ Refus de répondre Allez à C3. 27

C3.24 Avec qui en avez-vous parlé?

_____

C3.25 De quoi avez-vous parlé?

_____

<u>Allez à C3.27</u>

C3.26 Pourquoi n'en avez-vous parlé à personne?

_____

Les services du prétest

C3.27 Avant qu'on ne prélève votre sang pour le test, est-ce que quelqu'un du centre (prestataire de soins ou conseiller) vous a rencontré pour vous parler du test, de la signification des résultats etc. ?

- ☐ Oui
- ☐ Non — Allez à C3. 30
- ☐ Ne sait pas — Allez à C3. 30
- ☐ Refus de répondre — Allez à C3. 30

C3.28 Cette discussion était-elle avec vous seul, avec votre partenaire ou en groupe?

- ☐ *Seul*
- ☐ *Avec le partenaire*
- ☐ *Dans un groupe*
- ☐ *Ne sait pas*
- ☐ *Refus de répondre*

C3.29 Avant de faire le prélèvement de sang, est-ce que les agents de santé/conseillers ont fait les choses suivantes ?

	oui	*non*	*ne sait pas*	*non applicable*	*refus de répondre*
demander si vous êtes d'accord pour le test	☐	☐	☐	☐	☐
Vous expliquer que vous avez le choix d'accepter ou de refuser le test	☐	☐	☐	☐	☐
Vous dire que vos résultats ne seront connus que des agents de santé /conseillers du centre qui doivent vous soigner	☐	☐	☐	☐	☐
Vous expliquer comment le VIH se transmet	☐	☐	☐	☐	☐
Vous expliquer comment se passe le dépistage	☐	☐	☐	☐	☐
Vous donner la signification d'un test positif et négatif	☐	☐	☐	☐	☐

Vous expliquer que le test ne détecte pas toujours une infection VIH très récente (période fenêtre)	☐	☐	☐	☐	☐
Vous donner des conseils pour limiter la propagation de l'épidémie	☐	☐	☐	☐	☐
vous donner le temps de poser des questions	☐	☐	☐	☐	☐
Autre, préciser	☐	☐	☐	☐	☐

_____

Allez à C3. 39 si le client a fait le test de sa propre initiative

Le consentement

C3.30 Etiez-vous d'accord pour faire le test

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Ne sait pas — Allez à C3. 41
- ☐ Refus de répondre — Allez à C3. 41

C3.31 Pouvez-vous me dire à quel point cela était important pour vous qu'on vous donne l'opportunité d'accepter ou de refuser le test quand on vous l'a proposé?

- ☐ *très important*
- ☐ *peu important*
- ☐ *Non important*
- ☐ *Ne sait pas*
- ☐ *Refus de répondre*

Allez à C3. 33 si la personne a répondu "oui" à C3. 30

C3.32 Puisque vous n'étiez pas d'accord pour le test, quelles les circonstances dans lesquelles vous avez été testé?

_____

Allez à C3. 41

C3.33 Avez-vous donné votre accord en signant un papier pour dire que vous êtes d'accord ou bien l'avez vous dit oralement?

- ☐ *Par écrit*
- ☐ *oralement*
- ☐ *Ne sait pas*
- ☐ *Refus de répondre*

C3.34 Vous semblait t-il possible de dire non?

- ☐ *oui*
- ☐ *non*
- ☐ *ne sait pas*

- ☐ *refus de répondre*

C3.35 Pourquoi, pourquoi pas?

_____

C3.36 Quelqu'un d'autre a été impliqué dans l'obtention de votre accord pour le test?

- ☐ oui
- ☐ Non Allez à C3. 38
- ☐ Ne sait pas Allez à C3. 38
- ☐ Refus de répondre Allez à C3. 38

C3.37 Qui était-ce?

_____

C3.38 Que pensez-vous de l'offre du conseil et du test VIH dans les centres de santé, quand les gens y vont pour autre chose [pour les femmes en PTME: quand elles y vont pour la consultation prénatale?]

_____

Les résultats

C3.39 Avez-vous reçu vos résultats de test VIH

- ☐ Oui Allez à C3. 41
- ☐ Non
- ☐ Ne sait Allez à C3. 41
- ☐ Refus de répondre Allez à C3. 41

C3.40 Pourquoi pas?

_____

Allez à C4. 1

C3.41 Combien de temps après le prélèvement de sang avez-vous reçu vos résultats?

- ☐ Dans l'heure qui suit le test Allez à C3. 43
- ☐ Le même jour
- ☐ 1-3 jours plus tard
- ☐ 4-7 jours plus tard
- ☐ Plus d'une semaine après
- ☐ Ne sait pas
- ☐ Refus de répondre

C3.42 Comment avez-vous trouvé le temps d'attente? [sonder pour savoir s'il en a parlé avec quelqu'un pendant ce temps?]

_____

Les services post test

C3.43 Après vous avoir annoncé le résultat du test, l'agent de santé / conseiller vous a-t-il :

	oui	*non*	*ne sait pas*	*refus de répondre*
Expliqué la signification du résultat	☐	☐	☐	☐
Suggéré de discuter de votre statut avec quelqu'un	☐	☐	☐	☐
Suggéré que votre partenaire sexuel fasse son test VIH	☐	☐	☐	☐
Discuté de la prévention de la transmission du VIH	☐	☐	☐	☐

C3.44 De la rencontre avec l'agent de santé / conseiller, au cours de laquelle on vous a annoncé vos résultats:

	oui	*non*	*ne sait pas*	*refus de répondre*
les informations qu'on vous a données étaient-elles suffisantes?	☐	☐	☐	☐
Vous a-t-on permis de poser des questions?	☐	☐	☐	☐
Dans l'ensemble, avez-vous trouvé cette rencontre utile?	☐	☐	☐	☐

C3.45 Comment décririez-vous la manière dont l'agent de santé / conseiller vous a traité pendant le conseil après le test?

- ☐ *Très bien*
- ☐ *bien*
- ☐ *passable*
- ☐ *mal*
- ☐ *très mal*
- ☐ *refus de répondre*

C3.46 A votre avis, vos résultats ont été protégés de sorte que personne d'autre ne puisse en prendre connaissance?

- ☐ *oui*
- ☐ *non*
- ☐ *ne sait pas*
- ☐ *refus de répondre*

C3.47 Pouvez-vous nous dire combien cela est-il important pour vous que personne d'autre ne connaisse vos résultats?

- ☐ *très important*
- ☐ *peu important*
- ☐ *pas important*
- ☐ *ne sait pas*
- ☐ *refus de répondre*

Attitudes vis-à-vis du test et du partage des résultats

Les questions qui suivent portent sur vos opinions sur les personnes qui devraient faire leur test VIH. Les gens
ont des points de vue différents sur cette question, et nous aimerions que vous vous exprimiez honnêtement là dessus.

C4.1 Pensez-vous qu'on devrait obliger certaines catégories de personnes à faire leur test VIH?

- ☐ oui
- ☐ Non — Allez à C4. 4
- ☐ Ne sait pas — Allez à C4. 4
- ☐ Refus de répondre — Allez à C4. 4

C4.2 Qui est-ce qu'on devrait obliger à faire son test VIH ?

_____

C4.3 Pourquoi devrait-on les obliger à le faire?

_____

Maintenant il y a des questions qui portent sur le fait de donner l'information sur le résultat VIH de quelqu'un
à d'autres personnes.

C4.4 Si quelqu'un a le VIH, pensez-vous qu'il y a des gens en dehors du centre de santé/ centre de dépistage qui devraient en être informés?

- ☐ Oui
- ☐ Non — Allez à C5. 1
- ☐ Cela dépend
- ☐ Ne sait pas — Allez à C5. 1
- ☐ Refus de répondre — Allez à C5. 1

C4.5 Qui est-ce qui devrait en être informé?

- ☐ *partenaire*
- ☐ *famille restreinte*
- ☐ *personnes avec lesquelles il vit*
- ☐ *amis*
- ☐ *collègues*
- ☐ *autre, préciser*

_____

C4.6 Pouvez-vous m'expliquer ce que vous voulez dire par là

_____

C4.7 Pensez-vous qu'il y a des raisons pour lesquelles on devrait dire aux gens que quelqu'un a le VIH même
si cette personne ne souhaite pas qu'on le fasse?

- ☐ Oui
- ☐ Non — Allez à C5. 1
- ☐ Cela dépend

- ☐ Ne sait pas Allez à C5. 1
- ☐ Refus de répondre Allez à C5. 1

C4.8 Pouvez-vous m'expliquer ce que vous voulez dire par là

_____

Expérience du post test

Maintenant les questions qui suivent sont plus personnelles. Si vous êtes d'accord pour poursuivre la discussion
je vais vous demander dans un premier temps de me dire vos résultats VIH. Ensuite j'aimerais vous poser des questions
sur ce qui s'est passé quand vous avez pris connaissance de votre statut VIH. Je vous rappelle que l'entretien est confidentiel
et que votre nom n'apparaîtra pas sur le formulaire. Comme nous vous l'avons dit au début de l'entretien, vous êtes libre
de ne pas poursuivre l'entretien, et vous êtes libre de ne pas répondre à toute question à laquelle vous ne
souhaitez pas répondre

C5.1 Connaissez-vous votre statut VIH?

- ☐ oui
- ☐ Non Allez à la fin de l'entretien
- ☐ Refus de répondre
  Allez à la fin de l'entretien

C5.2 Depuis combien de temps connaissez-vous votre statut VIH? [remplir toutes les catégories de réponse:
mettre zéro si c'est inférieur à 1 an ou 1 mois]

jours _____
semaines _____
mois _____
années _____

C5.3 Voulez-vous me dire votre statut VIH?

- ☐ Oui
- ☐ Non Allez à C6. 1
- ☐ Refus de répondre Allez à C6. 1

C5.4 Quel est votre statut VIH?

- ☐ VIH positif
- ☐ VIH négatif Allez à C5. 6
- ☐ Indéterminé Allez à C5. 10
- ☐ Refus de répondre Allez à C6. 1

C5.5 Est-ce lors de votre dernier test que vous avez appris que vous étiez infecté par le VIH ou lors d'une
précédente occasion [la formulation de la question dépendra du nombre de fois où l'enquêté a été testé]

- ☐ *dernier test*
- ☐ *Précédent test* ***[l'enquêteur doit expliquer que les questions qui suivent portent spécifiquement sur l'occasion à laquelle l'enquêté a appris qu'il était séropositif]***
- ☐ *refus de répondre*

C5.6 Etait-ce le résultat auquel vous vous attendiez?

- ☐ *oui*
- ☐ *non*
- ☐ *ne sait pas*
- ☐ *refus de répondre*

C5.7 Pourquoi, pourquoi pas?

_____

Allez à C6. 1 si la personne est séronégative au VIH

C5.8 Vous a-t-on fait d'autres examens médicaux ou des tests sanguins pour voir si vous avez besoin de traitement ou d'autres types de soutien?

- ☐ *oui*
- ☐ *non*
- ☐ *ne sait pas*
- ☐ *refus de répondre*

C5.9 Après vous avoir annoncé le résultat du test, l'agent de santé / conseiller vous a-t-il:

	oui	*non*	*ne sait pas*	*refus de répondre*
référé pour des soins médicaux	☐	☐	☐	☐
parlé d'une éventuelle aide de la part des associations de soutien aux PVVIH	☐	☐	☐	☐
référé à une association de soutien aux PVVIH	☐	☐	☐	☐

Allez à C6. 1

C5.10 Après vous avoir donné les résultats, qu'est-ce que le conseiller vous a conseillé de faire?

_____

_____

Allez à C10. 1

Partage des résultats avec d'autres personnes, résultats positifs et négatifs

Les questions qui suivent portent sur votre statut VIH, que vous ayez un résultat VIH positif ou négatif, et sur le fait d'en avoir parlé avec d'autres personnes ou pas.

C6.1 Est-ce que de manière générale vous préférez que votre statut VIH reste secret?

- ☐ *oui*
- ☐ *non*
- ☐ *ne sait pas*
- ☐ *refus de répondre*

C6.2 Avez-vous déjà parlé de vos résultats VIH à quelqu'un?

- ☐ Oui — Allez à C6. 4
- ☐ Non
- ☐ Ne sait pas — Allez à C6. 6
- ☐ Refus de répondre — Allez à C6. 6

C6.3 Pourquoi avez-vous choisi de ne parler de votre statut VIH à qui que ce soit?

_____

Go to C10.1 if respondent is HIV negative. Allez à C10. 1 si le répondant est VIH négatif
Go to C7.1 if respondent is HIV positive. Allez à C7.1 si le répondant est VIH positif

C6.4 En avez-vous parlé à plus d'une personne?

- ☐ *oui*
- ☐ *non*
- ☐ *refus de répondre*

C6.5 A qui en avez-vous parlé? [cocher toutes les réponses applicables]

- ☐ *époux (se)/partenaire (s)*
- ☐ *enfants*
- ☐ *frères/sœurs*
- ☐ *père/ mère*
- ☐ *autres parents*
- ☐ *amis*
- ☐ *autre, préciser*

_____

Allez à C10. 1 si le répondant est VIH négatif

C6.6 Est-ce qu'un membre de l'équipe du centre où vous avez été testé séropositifs vous a aidé à parler de votre statut à votre entourage?

- ☐ *oui*
- ☐ *non*
- ☐ *ne sait pas*
- ☐ *refus de répondre*

C6.7 Comment vous ont-ils aidé

_____

C6.8 Comment pensiez vous que votre famille ou vos amis allaient réagir quand vous alliez leur parler de votre statut VIH?

_____

Les réactions, VIH positif

Les questions suivantes portent sur les réactions que les gens ont eu quand vous leur avez annoncé que vous avez le VIH. Je vous demanderai de penser à une personne dont la réaction a été la plus décevante pour vous, une personne dont la réaction a été la plus encourageante pour vous, et ensuite aux réactions des autres personnes à qui vous avez parlé. [L'enquêteur doit reformuler si l'enquêté n'en a parlé qu'à une seule personne. Posez la première partie des questions et respecter le saut indiqué.]

A propos de la personne à qui vous avez parlé et [dont la réaction a été la plus décevante].

C6.9 Qui est cette personne?

_____

C6.10 Pour quelle raison avez-vous décidé de parler de votre statut VIH avec cette personne ?

_____

C6.11 Quelle a été la première réaction de cette personne quand vous lui avez parlé?

_____

C6.12 Actuellement comment cette personne se comporte avec vous ?

_____

Allez à C6. 19 si le répondant n'en a parlé qu'à une seule personne

A propos de la personne dont la réaction a été la plus encourageante:

C6.13 Qui est cette personne?

C6.14 Pour quelle raison avez-vous décidé de parler de votre statut VIH avec cette personne?

_____

C6.15 Quelle a été la première réaction de cette personne quand vous lui avez parlé?

_____

C6.16 Actuellement comment cette personne se comporte avec vous ?

_____

A propos des autres personnes à qui vous avez parlé:

C6.17 Quelle a été la première réaction de la plupart d'entre elles?

_____

C6.18 Comment la plupart de ces personnes se comportent envers vous maintenant?

_____

C6.19 Avez-vous l'intention d'annoncer votre statut VIH à d'autres personnes encore?

- ☐ oui
- ☐ non
- ☐ Ne sait pas Go to C7.1
- ☐ Refus de répondre Go to C7.1

C6.20 Pourquoi ou pourquoi pas?

_____

Stigmatisation, VIH positif

Le chapitre suivant porte sur des choses qui pourraient arriver aux personnes qui ont le VIH/SIDA si d'autres personnes venaient à savoir leur statut VIH.

C7.1 Avez vous déjà entendu dire que des personnes ont été maltraitées parce qu'elles étaient infectées par le VIH?

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Ne sait pas
- ☐ Refus de répondre

C7.2 Qu'est ce qui s'est passé?

_____

Maintenant nous allons nous intéresser à votre propre expérience.

C7.3 Est-ce que vous-même, vous vous êtes déjà senti mal à l'aise à cause des choses que les gens vous ont fait ou vous ont dit du fait de votre statut VIH?

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Refus de répondre

C7.4 Pouvez-vous me dire ce qui s'est passé?

_____

C7.5 Indiquer par "oui" ou par "non" les affirmations suivantes

	oui	*non*	*ne sait pas*	*refus de répondre*
Il y a des gens qui évitent de me toucher depuis qu'ils savent que je suis infecté par le VIH.	☐	☐	☐	☐
Les gens semblent être mal à l'aise avec moi depuis qu'ils me savent infecté par le VIH	☐	☐	☐	☐

Les gens agissent ou pensent que c'est de ma faute si je suis infecté par le VIH, ou disent que c'est la conséquence de mes actes	☐	☐	☐	☐

C7.6 Avez-vous vécu l'une des choses suivantes à cause de votre statut VIH?

	oui	*non*	*ne sait pas*	*refus de répondre*
Exclu des événements sociaux	☐	☐	☐	☐
Abandonné par époux/ épouse ou la famille	☐	☐	☐	☐
Insultes / injures	☐	☐	☐	☐
Agressions Physiques	☐	☐	☐	☐
Renvoi du travail (licenciement)	☐	☐	☐	☐
Expulsé de la résidence (logement)	☐	☐	☐	☐
Dépouillé de vos biens (toutes sortes de biens)	☐	☐	☐	☐
Refus des services de santé	☐	☐	☐	☐

C7.7 Au cours des 12 précédents mois, pensez-vous que, vous vous êtes vous même isolé des amis ou de la famille (ou fuyez-vous ces personnes) à cause de votre statut VIH?

- ☐ *oui*
- ☐ *non*
- ☐ Refus de répondre

C7.8 Dites si vous êtes d'accord ou pas avec les déclarations suivantes

	Très d'accord	*d'accord*	Un peu d'accord	*pas d'accord*		*ne sait pas*	*refus de répondre*
Je me suis parfois senti inutile parce que je suis séropositif au VIH.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Je me sens coupable d'avoir le VIH.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Discrimination dans les services de santé

J'ai quelques questions sur comment on vous traite dans les services de santé en tant que personne séropositive

C7.9 Dites SVP si dans l'année écoulée ces choses vous sont arrivées dans les services de santé

	oui	*non*	*ne sait pas*	*refus de répondre*
Il y a des agents de santé qui vous ont négligé ou ont évité de vous soigner	☐	☐	☐	☐

On vous a refusé les soins que vous devriez avoir	☐	☐	☐	☐
Vous avez reçu moins de soins, ou des soins de moindre qualité que les autres à cause de votre statut VIH	☐	☐	☐	☐
Le personnel était mal à l'aise avec vous à cause de votre statut VIH [sonder: par exemple de la manière dont il vous regardait/ vous parlait/ se tenait]	☐	☐	☐	☐
Le personnel a pris plus de précautions avec vous qu'avec les autres patients	☐	☐	☐	☐
On vous a manqué de respect ou vous avez été injurié	☐	☐	☐	☐

Enfin j'ai deux questions qui portent sur d'autres bonnes ou mauvaises choses qui vous sont arrivées depuis que vous avez découvert
votre statut VIH. Soyez aussi ouvert/explicite que possible. Nous voudrions surtout en savoir plus sur votre vécu**.**

C7.10 Quelles sont les plus grosses difficultés que vous avez vécues depuis la découverte de votre statut VIH?

_____

C7.11 Y'a-t-il quelque chose de positif qui vous soit arrivée depuis que vous avez découvert votre statut VIH?

- ☐ Oui
- ☐ Non — Allez à C8. 1
- ☐ Ne sait pas — Allez à C8. 1
- ☐ Refus de répondre — Allez à C8. 1

C7.12 Dites-moi de quoi il s'agit

_____

Prise en charge et soutien

Les questions suivantes portent sur ce qui vous est arrivé depuis que vous avez reçu vos résultats.

C8.1 Est-ce que depuis que vous avez reçu vos résultats VIH+, on vous a dit que vous avez besoin d'un traitement quelconque (autre que le traitement par ARVs) pour rester en bonne santé?

- ☐ Oui
- ☐ Non — Allez à C8.5
- ☐ Ne sait pas — Allez à C8. 5
- ☐ Refus de répondre — Allez à C8. 5

C8.2 De quel traitement s'agit-il?

_____

C8.3 **Avez-vous pu obtenir ce traitement?**

- ☐ Oui Allez à C8. 5
- ☐ Non
- ☐ Ne sait pas Allez à C8. 5
- ☐ Refus de répondre Allez à C8. 5

C8.4 **Pourquoi pas**

_____

C8.5 **Depuis que vous avez appris que vous êtes VIH-positif, avez-vous fait un examen de sang pour connaître le nombre de vos CD4 [utiliser la terminologie locale si nécessaire]?**

- ☐ oui
- ☐ Non Allez à C8. 8
- ☐ Ne sait pas Allez à C8. 8
- ☐ Refus de répondre Allez à C8. 8

C8.6 **Connaissez-vous vos derniers résultats de comptage CD4?**

- ☐ Oui
- ☐ Non Allez à C8. 8
- ☐ Ne sait pas Allez à C8. 8
- ☐ Refus de répondre Allez à C8. 8

C8.7 **Quel était le nombre de vos CD4 au dernier examen?**

_____

C8.8 **Depuis que vous avez reçu vos résultats VIH-positif, avez vous été référé quelque part pour des soins?**
[NB: 'soins' fait référence au traitement lié au SIDA tandis que 'traitement' à la question {C8.1} fait référence au traitement lié au SIDA et à la thérapie préventive (prophylaxie).]

- ☐ Oui
- ☐ Non Allez à C8. 12
- ☐ Ne sait pas Allez à C8. 12
- ☐ Refus de répondre Allez à C8. 12

C8.9 **Pour quel type de soins avez-vous été référé?**

_____

C8.10 **Avez-vous reçu ces soins?**

- ☐ Oui Allez à C8. 12
- ☐ Non
- ☐ Ne sait pas Allez à C8. 12
- ☐ Refus de répondre Allez à C8. 12

C8.11 **Pourquoi pas**

_____

C8.12 **Depuis que vous avez reçu votre résultat VIH-positif, avez-vous adhéré à une association de soutien aux personnes qui ont le VIH/SIDA?**

- ☐ Oui
- ☐ Non Allez à C8. 15

- ☐ Ne sait pas Allez à C8. 15
- ☐ Refus de répondre Allez à C8. 15

C8.13 Quel est le nom de cette association?

_____

C8.14 Décrivez-nous s'il vous plaît les activités de cette association

_____

C8.15 Depuis que vous avez reçu vos résultats VIH-positif, avez vous reçu une assistance quelconque (financière, alimentaire, soutien moral/social…) de la part du gouvernement ou d'une organisation de soutien aux personnes qui ont le VIH/SIDA?

- ☐ oui
- ☐ Non Allez à C8. 17
- ☐ Ne sait pas Allez à C8. 17
- ☐ Refus de répondre Allez à C8. 17

C8.16 Quel type d'assistance avez-vous reçu? [cocher toutes les réponses données.]

- ☐ *Financière*
- ☐ *Alimentaire*
- ☐ *psychosociale*
- ☐ *Autre, préciser*

_____

C8.17 Dans l'ensemble, pensez-vous que le fait de vous savoir infecté par le VIH a été bénéfique pour vous?

- ☐ oui
- ☐ non
- ☐ Ne sait pas Allez à la fin de l'entretien
- ☐ Refus de répondre Allez à la fin de l'entretien

C8.18 Pourquoi, pourquoi pas

_____

Allez à la fin de l'entretien

Non utilisateurs: attitudes et connaissances

C9.1 Avez-vous déjà pensé à faire le test VIH?

- ☐ oui
- ☐ non
- ☐ Ne sait pas Allez à C9. 4
- ☐ Refus de répondre Allez à C9. 4

C9.2 Pourquoi, pourquoi pas

_____

Allez à C9. 4 si le répondant n'a jamais pensé à faire un test VIH

C9.3 Puisque vous avez déjà pensé à faire le test, pourquoi n'êtes pas allé le faire?

_____

C9.4 Connaissez-vous personnellement quelqu'un qui a déjà fait le test VIH?

- ☐ oui
- ☐ Non — Allez à C9. 10
- ☐ Ne sait pas — Allez à C9. 10
- ☐ Refus de répondre — Allez à C9. 10

C9.5 Qui est-ce? [Cocher toutes les options possibles]

- ☐ *partenaire sexuel*
- ☐ *ami*
- ☐ *membre de la famille*
- ☐ *connaissance en communauté*
- ☐ *autre, préciser*

_____

C9.6 A votre avis est-ce que cela a été utile pour certains d'entre eux de faire le test?

- ☐ oui
- ☐ Non — Allez à C9. 8
- ☐ Ne sait pas — Allez à C9. 8
- ☐ Refus de répondre — Allez à C9. 8

C9.7 qui et pourquoi

_____

C9.8 A votre avis est-ce que cela a été inutile pour certains d'entre eux de faire le test?

- ☐ oui
- ☐ Non — Allez à C9. 10
- ☐ Ne sait pas — Allez à C9. 10
- ☐ Refus de répondre — Allez à C9. 10

C9.9 Qui et pourquoi

_____

C9.10 Personnellement, connaissez-vous des endroits où les personnes qui vivent ici (dans cette communauté)
peuvent aller faire le test VIH?

- ☐ oui
- ☐ Non — Allez à C9. 16
- ☐ Ne sait pas — Allez à C9. 16
- ☐ Refus de répondre — Allez à C9. 16

C9.11 Pouvez-vous me citer ces endroits

_____

C9.12 Pouvez-vous me dire à quel point cela serait-il facile ou difficile pour vous de vous y rendre, si toutefois
vous désiriez faire votre test?

- ☐ Très facile

- ☐ Un peu facile
- ☐ Un peu difficile
- ☐ Très difficile
- ☐ Ne sait pas Allez à C9. 14
- ☐ Refus de répondre Allez à C9. 14

C9.13 Pourquoi

_____

C9.14 Combien de temps cela devrait-il vous prendre pour vous rendre au centre de conseil et de test VIH le plus proche?

heures _____

minutes _____

C9.15 Pensez-vous que les gens qui travaillent là bas gardent toujours bien les résultats des tests VIH des clients de sorte que d'autres personnes ne puissent pas les connaître ?

- ☐ *oui*
- ☐ *non*
- ☐ *ne sait pas*
- ☐ *refus de répondre*

C9.16 Que pensez-vous du fait de proposer le test VIH aux personnes dans les centres de santé, même quand ils y sont allés pour autre chose? [pour la PTME: Que pensez-vous de la pratique d'offre du conseil dépistage VIH aux femmes enceintes dans les centres de santé, quand elles y vont pour les consultations prénatales]

_____

C9.17 Est-ce que vous êtes déjà parti dans un centre de santé et on vous a proposé un test VIH?

- ☐ Oui
- ☐ Non Allez à C9. 21
- ☐ Ne sait pas Allez à C9. 21
- ☐ Refus de répondre Allez à C9. 21

C9.18 Où était-ce?

_____

C9.19 Quelles étaient les circonstances?

_____

C9.20 Pourquoi n'avez-vous pas saisi cette occasion pour faire le test?

_____

C9.21 Si quelqu'un est infecté par le VIH, savez-vous s'il y a quelque chose que l'on pourrait faire pour l'aider à rester en bonne santé et à vivre longtemps?

- ☐ oui
- ☐ Non Allez à C9. 23

- ☐ Ne sait pas Allez à C9.23
- ☐ Refus de répondre Allez à C9.
  23

C9.22 Qu'est-ce qui pourrait être fait pour aider cette personne à rester en bonne santé et à vivre longtemps?

_____

C9.23 A votre avis, est-ce qu'il est important pour les gens de connaître leur statut?

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Ne sait pas Allez à C9. 25
- ☐ Refus de répondre Allez à C9. 25

C9.24 Pourquoi, pourquoi pas?

_____

C9.25 Connaissez-vous personnellement une personne qui est infectée par le VIH?

- ☐ *oui*
- ☐ *non*
- ☐ *ne sait pas*
- ☐ *refus de répondre*

Non utilisateurs, partage des résultats et soutien

Maintenant il y a des questions qui portent sur le fait que le statut sérologique VIH de quelqu'un soit connu par
d'autres personnes

C9.26 Si quelqu'un est infecté par le VIH, pensez-vous qu'il devrait le dire à d'autres personnes?

- ☐ Oui
- ☐ Non Allez à C9. 28
- ☐ Ne sait pas Allez à C9. 28
- ☐ Refus de répondre Allez à C9. 28

C9.27 A qui devrait-il le dire? [cocher toutes les options possibles.]

- ☐ *amis*
- ☐ *personnes avec qui il vit*
- ☐ *parents proches*
- ☐ *partenaire*
- ☐ *collègues*
- ☐ *autre, préciser*

_____

C9.28 Pensez-vous qu'il y a des raisons pour lesquelles on devrait dire aux gens que quelqu'un a le VIH même
si cette personne ne souhaite pas qu'on le fasse?

- ☐ Oui
- ☐ Non Allez à C9. 30
- ☐ Cela dépend
- ☐ Ne sait pas Allez à C9.30

- ☐ Refus de répondre 30 — Allez à C9.

C9.29 Pouvez-vous m'expliquer ce que vous voulez dire par là

_____

C9.30 Connaissez-vous une association de soutien aux personnes vivant avec le VIH/SIDA qui est ici (cette zone, ce village, ce district, cette ville…)?

- ☐ oui
- ☐ Non — Allez à C10. 1
- ☐ Ne sait pas — Allez à C10. 1
- ☐ Refus de répondre — Allez à C10. 1

C9.31 Quel est le nom de cette (ces) association (s)

_____

C9.32 Pouvez-vous me décrire s'il vous plaît les activités de cette (ces) association(s).

_____

Questions sur la stigmatisation pour les non utilisateurs, les personnes séronégatives et les personnes à statut indéterminé

Les questions qui suivent portent sur la peur du VIH/SIDA et vos sentiments envers les personnes vivant avec le VIH/SIDA.
Les gens ont des opinions différentes sur ce sujet, et nous aimerions vous voir exprimer honnêtement vos opinions et vos sentiments là dessus.

C10.1 Préféreriez-vous ne pas toucher quelqu'un qui a le VIH/SIDA par peur de vous infecter?

- ☐ *oui*
- ☐ *non*
- ☐ *ne sait pas*
- ☐ *refus de répondre*

C10.2 Auriez-vous peur de vous infecter en:

	oui	*non*	*ne sait pas*	*refus de répondre*
embrassant une personne qui a le VIH/SIDA	☐	☐	☐	☐
vous asseyant à côté d'une personne qui a le VIH/SIDA	☐	☐	☐	☐
En prenant soin d'une personne qui a le VIH/SIDA	☐	☐	☐	☐

C10.3 Marquer votre accord ou désaccord avec chacune des affirmations suivantes.

	Très d'accord	*d'accord*	Peu d'accord	*pas d'accord*	*ne sait pas*	*refus de répondre*

Le VIH/SIDA est une punition suite à de mauvais comportements	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Les personnes qui ont le VIH/SIDA ont une certaine responsabilité dans leur infection.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

C10.4 Dites si vous êtes d'accord ou pas avec les affirmations suivantes

		d'accord		*pas d'accord*		*ne sait pas*	*refus de répondre*
Je pense que les patients qui ont le SIDA n'ont pas droit aux mêmes qualités de soins que les autres patients.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
On devrait empêcher aux femmes infectées par le VIH de faire des enfants	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
On devrait forcer les personnes suspectes d'avoir le VIH à faire le test.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Le chapitre suivant porte sur des choses qui pourraient arriver aux personnes qui ont le VIH/SIDA si d'autres venaient à savoir leur statut

C10.5 Avez vous déjà entendu dire que des personnes ont été maltraitées parce qu'elles étaient infectées par le VIH?

☐ Oui
☐ Non Allez à C10. 7
☐ Refus de répondre Allez à C10. 7

C10.6 Qu'est ce qui s'est passé?

_____

C10.7 Connaissez-vous personnellement quelqu'un, qui à cause de son statut VIH a subi l'une des choses suivantes au cours des 12 derniers mois?

	oui	*non*	*refus de répondre*
Exclu des événements sociaux	☐	☐	☐
Abandonné par l'époux (se)/partenaire ou famille	☐	☐	☐
Insultes / injures	☐	☐	☐
Agressions physiques	☐	☐	☐
Renvoi du travail (licenciement)	☐	☐	☐
Expulsé de sa résidence (logement)	☐	☐	☐
Dépouillé de ses biens	☐	☐	☐
Refus des services de santé	☐	☐	☐

Fin de l'entretien

Nous sommes à la fin de notre entretien. Merci beaucoup pour votre participation.

C11.1 Heure de fin de l'entretien (heure, minute)

heure _____

minute _____

C11.2 Autres notes de l'enquêteur

_____

_____

_____

_____

_____

Annexe 4. Sites de recrutement des participants à l'étude

Localités	Populations recrutées							Prestataires de services
	Utilisateurs					Non utilisateurs campagne	Non utilisateurs	
	CDV	PTME	PVVIH	Campagnes	Patients tuberculose			
Région du Centre, Ouagadougou								
CICDOC	X			X				X
AFAFSI	X		X	X				X
AAS	X		X	X				X
Vie positive	X							X
CMA Pissy			X				X	X
Hôpital du jour			X					X
CSPS 16		X				X	X	X
CSPS 8		X				X	X	X
CSPS 10		X				X	X	X
CDT Pissy					X			X
CNLAT					X			X
Source de vie							X	
Boucle du Mouhoun, Dédougou								
CVD	X		X					X
Hèèrè Kadi			X					X
Hôpital du jour			X					X
CMU		X				X	X	X
Ouarkoye		X				X	X	X
CHR Dédougou							X	X
Safané							X	X

Annexe 5. Outils pour la collecte des données qualitatives, étude MATCH

Grille d'observation: Services de santé et sites autonomes

1. **Comment faire une observation:**

- L'observateur pourrait s'asseoir/rester debout/tourner
- L'observateur devrait faire des efforts pour s'intégrer autant que possible à son milieu d'observation sur le plan vestimentaire, attitudes, etc.
- Si possible, dans la salle d'attente, il/elle pourrait commencer à causer avec les gens, par exemple faire des commentaires sur le temps qu'il fait, parler de la longueur de la file d'attente, avoir des échanges informels, mais ne devrait pas ressembler à un enquêteur et ne devrait pas prendre des notes en public
- Si possible, il/elle pourrait poser des questions aux patients et aux autres pour savoir ce qui se passe ou ce qui s'est passé dans certaines situations similaires…
- En plus de tout cela, l'observateur devrait être respectueux pour toute personne qu'il observe, personnel comme clients. Il/elle ne cherche pas des insuffisances et ne devrait pas juger les gens. Autant que possible, il/elle est un observateur neutre – pas plus, pas moins.

2. **Où faire l'observation:**

- Les services de conseil et de test VIH: salles d'attente, entrées des hôpitaux/services de santé pour observer les gens faire des va-et-vient…

3. **Temps d'observation, et nombre d'observations:**

- Une à trois heures de temps pour chaque séance d'observation
- Idéalement, les séances d'observation doivent être faites à différents moments de la journée et sur différents jours de la semaine dans chaque site.

4. **Les notes d'observation**

Pour la transcription des observations il faut:

- Avoir un bloc note dans le sac ou dans une poche mais ne pas le montrer. S'il faut prendre des notes dans l'immédiat, il faut le faire discrètement (à l'extérieur)
- Ecrire toutes les notes à la fin de chaque période d'observation, donner autant de détails que possible, décrire littéralement ce que vous avez vu se passer
- Autant que possible, transcrire les expressions, comment les choses sont dites etc. le verbatim, i.e. mot pour mot, noter qui a dit quoi, le sexe, l'âge, dans quel contexte/situation, etc.
- Noter la différence entre ce que vous avez vu et votre interprétation des événements, i.e. ce que vous pensez de ce qui s'est passé, comment vous l'expliquez, vos sentiments sur ce qui s'est passé, comment vous expliquez les autres réactions, etc.
- Décrire en détails les événements /situation, les réactions, les sentiments, les expressions des gens, etc. aussi verbal que non verbal
- Eviter de sauter rapidement à une fausse conclusion

- Chercher plus de preuves, demandez aux gens de confirmer les choses (triangulation)
- Dire en quoi votre présence pourrait avoir affecté la situation, comment les gens ont réagi vis-à-vis de vous

5. Les questions essentielles à se poser quand on fait une observation:

- *De manière générale*

- Qui est présent, comment les gens sont vêtus, comment se présentent-ils, comment parlent-ils, etc.
- Qu'est-ce que les gens font, qu'est-ce qui se passe
- Quelle est l'importance de la communication non verbale dans les interactions entre les gens?
- Toute autre chose que vous trouvez intéressante.

- *Le service*

- Comment se présente l'environnement physique, c'est-à-dire quel est l'état des locaux : propreté, température, ensoleillement/ombre, comment est le service de conseil et de test par rapport aux autres services / bâtiments qui sont aux alentours
- Comment les gens sont organisés, comment ils sont assis, etc.
- Comment les activités sont organisées
- Si les procédures d'enregistrement sont observables, prendre autant que possible des notes sur le processus.
- Comment l'environnement joue sur les interactions? Quelle est la superficie de la salle, est-elle encombrée, y'a-t-il suffisamment de places assises; comment les gens sont assis; les gens sont-ils assis autour d'une table; ont-il la facilité de pratiquer certains jeux, jeux de cartes, télévision etc.…
- Y'a t-il du matériel IEC ? Est-ce que les clients s'y intéressent ?. Est-ce qu'on encourage les clients à emporter avec eux le matériel IEC?

- *Les clients*

- Les gens semblent-ils avoir peur, sont-ils anxieux, tristes, énervés, contents, à l'aise…(noter la manière dont les gens sont assis, leurs expressions faciales, etc).
- Les clients / patients : viennent-ils seuls ou sont-ils accompagnés ? S'ils sont accompagnés, par qui…
- De quoi les clients/patients discutent avec leurs voisins et/ ou avec ceux qui les ont accompagnés ? Evoquent-ils l'objet de la visite ?, Quel est l'objet de leurs préoccupations ?, etc.
- Comment réagissent les clients/ patients au processus de conseil et de test ? Est-ce que ces réactions diffèrent entre les hommes et les femmes, les jeunes et les vieux, les riches et les pauvres, les mieux scolarisés et les moins scolarisés, ceux qui semblent être d'ailleurs que de la ville, etc. A qui s'adressent-ils pour une aide, une assistance ? Quel rôle jouent les autres clients / patients dans la file d'attente/ la salle d'attente (ou sont-ils juste tranquilles), etc.
- Est-ce que les clients / patients sont accompagnés au service de santé (centre de dépistage) ? S'ils le sont, qui est-ce qui les accompagnent et quel rôle ces derniers jouent dans le processus ? Que disent-ils ? etc.

- Est-ce qu'il y a certaines catégories de clients/patients qui semblent être plus debout que d'autres? Pourquoi le pensez-vous et qu'est-ce cela pourrait avoir comme signification?
- Vérification des actes des clients/patients/accompagnants, leurs réactions, etc. quand ils quittent le service de santé ou quand ils rencontrent le personnel de santé, conseillers (Souvent, beaucoup de choses se remarquent quand les gens sont en train de partir car ils sont plus à l'aise en ce moment).

  - *Le personnel*

- Les interactions formelles et non formelles entre les prestataires et les clients; sont-elles respectueuses, etc.?
- L'attitude des prestataires envers les patients/clients est-elle cordiale ? Cette attitude diffère-t-elle suivant les différentes catégories de personnel de santé (prestataires) ?, Les clients/ patients sont-ils traités différemment (hommes /femmes, jeunes / vieux, "pauvres"/moins pauvres, plus éduqués /moins éduqués, ceux qui semblent être venus d'ailleurs que de la ville, etc.) ?
- Comment le personnel de santé (prestataires) et les clients interagissent: ton de la voix, brutalité, contact physique, humour, familiarité, politesse, sollicitude…
- La relation change-t-elle en fonction de la période de la journée (tôt le matin, à l'heure du déjeuner, fin de la journée), suivant le jour de la semaine (lundi à vendredi)…?

6. restitution

Il y a au moins deux raisons pour lesquelles une restitution doit être faite aux personnels de santé (prestataires) à la fin des observations et de l'analyse initiale des données.

D'abord, pour montrer une transparence dans la collecte des données (cela pourrait dissiper le doute de certains prestataires sur l'utilité des séances d'observations), et pour valider et mieux comprendre les données d'observation grâce aux contributions des prestataires à la restitution.

- On pourrait identifier les participants aux focus group dans les sites PITC ou CTV, ou dans les groupes de soutien aux PVVIH, les clubs post-test etc.
- Regrouper séparément les hommes et les femmes
- Veiller à avoir des personnes de groupes d'âge homogènes dans les groupes
- Essayer de faire en sorte que le FG ne dépasse pas une heure et demie
- Avant le début de l'animation du FG, se mettre d'accord sur les règles de respect de la confidentialité des informations

Thèmes de discussion

Organiser l'animation du FG de sorte à ce que le débat suive l'itinéraire typique d'un client: les difficultés d'accès au counseling, le consentement et la confidentialité, le partage des résultats et les conséquences éventuelles et enfin la prise en charge et le soutien. Cela devrait refléter le vécu des répondants et fournir des données très riches.

L'**accès au test**

- Pourquoi les gens vont faire le conseil et le test VIH? Quelles sont les difficultés qu'ils rencontrent pour accéder à ces services et comment ils arrivent à les surmonter?
- Pourquoi certaines personnes fréquentent plus les services de conseil et de test que d'autres?

Le counseling

- Quels sont les sujets de discussion qui doivent être abordés avec les clients aussi bien avant qu'après le test?
- Quelle est la personne la mieux indiquée pour parler de ces sujets avec les clients? (PVVIH, agents de santé, conseillers, hommes/femmes etc)

Le consentement et la confidentialité

- Quelle serait la préférence du groupe entre chercher à faire le test de leur propre initiative (CTV), et le faire sur proposition des prestataires quand ils vont au centre de santé pour une autre raison (PITC)? Le PITC rend-t-il moins responsable, soulage-t-il, est-il une intrusion, ou bien les gens l'apprécient?
- Dans les cas où le test est offert aux clients/patients par les agents de santé (PITC), peuvent-ils facilement le refuser s'ils ne veulent pas faire leur test? Ou se sentent-ils obligés de l'accepter?
- Pensent-ils qu'il est important pour un client du conseil et du test de donner son accord pour faire le test, ou pensent-ils que les agents de santé devraient être habilités à faire le test à des gens sans leur accord? Pourquoi?
- Pensent-ils que la confidentialité est assurée quand le test est fait dans le cadre du PITC ? Pensent-ils que les prestataires font de leur mieux pour la confidentialité? Connaissent-ils des cas où il y a eu rupture de la confidentialité – Qu'est-ce qui s'est passé? Suggestions pour améliorations?

- Pensent-ils qu'il est important de garder les résultats VIH de quelqu'un de telle sorte que personne d'autre ne les connaisse, à l'exception des agents de santé qui le soignent et de lui-même? Pourquoi, Pourquoi pas?

Le partage des résultats et les conséquences

- Pensent-ils qu'il est important que les amis et la famille d'une personne ayant le VIH soient informés de son statut? Pourquoi, pourquoi pas?
- Quand et pourquoi certaines personnes devraient partager leur statut VIH avec d'autres personnes? Quand et pourquoi ne devraient-ils pas le faire?
- Selon eux, quelle est la meilleure manière de révéler son statut VIH (comment s'y prendre afin qu'il n'y ait pas de réaction négative)?
- Comment les gens réagissent quand les PVVIH leur parlent de leur statut VIH? Les conséquences du partage des résultats sont-elles habituellement positives pour les personnes qui ont le VIH, ou cela leur cause des problèmes? Comment peut-on résoudre ces problèmes?

Prise en charge et soutien

- Quelles sont les difficultés que les gens rencontrent dans l'accès aux services de prise en charge et de soutien après qu'ils aient reçu les résultats de leur test? Comment arrivent-ils à les surmonter?
- Existe-t-il des groupes de soutien pour les PVVIH ici? Que mènent-ils comme activités? Sont-ils utiles?

La confiance

- Pensent-ils que le personnel de ce service (service d'identification des participants au focus group) prend le soin de faire ce qu'il y a de mieux pour les patients?
- Pensent-ils que le personnel qui y travaille savent toujours ce qu'il y a lieu de faire?
- Pour eux, comment sont traités les clients dans le dit service?

Guide d'entretien, informateurs clé PVVIH

Instructions pour identifier les participants: Les participants devront être identifiés sur la base des critères suivants : être un bon informateur, avoir des expériences intéressantes et accepter de s'exprimer honnêtement là-dessus.
Nous suggérons une interview des personnes qui sont infectées par le VIH et qui sont membres d'associations de prise en charge de PVVIH. Cela pourrait inclure des personnes qui ont eu à témoigner à visage découvert sur leur statut VIH. On conduira des interviews jusqu'à ce qu'il y ait une saturation de l'information (qu'il n'y ait pas de nouvelle information dans les interviews). Un nombre minimum de 5 interviews par site sera réalisé.

Durée de l'entretien: Une heure maximum.

Thèmes de discussion:

1) Quand est-ce que vous avez découvert que vous êtes infecté par le VIH? Pouvez-vous nous en dire plus:
   - Où est-ce que vous aviez fait votre test?
   - Est-ce vous-même qui aviez pris l'initiative de faire le test, ou est-ce quelqu'un d'autre qui vous l'avait suggéré? Qui était-ce?

2) Le conseil prétest:

- Que vous a dit l'agent de santé/ le conseiller sur le test avant que le prélèvement de sang ne soit fait?
- Selon vous, y'a-t-il quelque chose d'autre dont il aurait dû vous en parler?
- L'agent de santé/ le conseiller était-il aimable?
- Aviez-vous des questions/ préoccupations en ce moment?
- Aviez-vous pu aborder ces questions ? Etiez-vous satisfait des réponses qui vous avaient été apportées?
- Selon vous, y'a-t-il quelque chose d'autre qu'il aurait dû vous dire en ce moment?
- Que pouvez-vous faire comme suggestion pour améliorer la procédure et le contenu du counseling prétest?

3) Consentement: Après que vous ayez reçu les informations, vous a-t-on demandé si vous vouliez réellement faire le test ? Qui vous l'a demandé et comment l'a-t-il fait? Avez-vous eu à signer un formulaire disant que vous acceptez d'être testé? Avez-vous des regrets...?

4) Selon vous, est-il important qu'un client au conseil et test VIH donne son accord pour être testé, ou estimez-vous que les agents de santé devraient être habilités à faire le test des clients / patients sans demander leur accord? Pourquoi?

5) Post-test: Comment avez-vous reçu votre résultat "positif"? Avez-vous reçu le résultat sur papier, ou est-ce quelqu'un qui vous l'a annoncé? Qui? Amicalement? Respectueusement? Qu'est-ce qui a été dit? Combien de temps

cela a duré? Que vous a-t-on dit? Est-ce qu'on vous a accordé du temps pour poser des questions ou exprimer vos propres préoccupations sur votre statut? Quelles sont les questions que vous avez posées? Comment la personne a répondu à vos questions? Est-ce que les réponses qui vous ont été données étaient satisfaisantes? Si oui, dans quel sens? Si non, comment pouvait-on les améliorer?

6) Avez-vous parlé du résultat de votre test à quelqu'un d'autre dans la structure de dépistage? Ou à quelqu'un d'ailleurs? Qui? Amicalement? Respectueusement? Qu'est-ce que vous avez dit? Combien de temps a pris cette discussion? Qu'est-ce que la personne vous a dit? Est-ce que cette personne vous a accordé du temps pour poser des questions ou exprimer vos propres préoccupations sur votre statut? Quelles questions avez-vous posé? Comment la personne a répondu à vos questions?

7) La confidentialité: Avez-vous été la seule personne à entendre le résultat du test? Si non, qui d'autre a pu entendre ce que l'agent de santé / conseiller vous a dit? Craigniez-vous que d'autres personnes aient pu entendre les résultats de votre test? Pourquoi?

8) Est-il important pour vous que les résultats VIH d'une personne soient gardés de sorte à ce que personne d'autre ne puisse les connaître, exception faite des agents de santé qui le soignent et de lui-même? Pourquoi, Pourquoi pas?

9) Selon vous, les agents de santé font-ils de leur mieux pour assurer la confidentialité quand ils proposent le test dans le cadre du conseil et du test VIH à l'initiative du soignant? Pourraient-ils mieux faire pour protéger la vie privée des gens et assurer la confidentialité?

10) De votre point de vue, quelles sont les principales caractéristiques d'un bon conseiller ? Des catégories suivantes, qui sont les meilleurs conseillers selon vous : Médecins, personnel para médical, Travailleurs sociaux, PVVIH?

11) Personnellement, préféreriez-vous prendre vous-même l'initiative d'aller faire le test (CTV) ou préféreriez-vous qu'on vous demande de le faire (PITC)?

12) Comment vous êtes-vous senti quand on vous a annoncé un résultat VIH positif? Avez-vous estimé que le conseil que vous avez reçu était suffisant? Si oui, dans quel sens? Sinon, comment pourrait-on l'améliorer?

13) Avez-vous annoncé votre résultat VIH à quelqu'un d'autre? Pouvez-vous me dire comment vous l'avez fait, et quelle a été la réaction de cette personne?

14) A votre avis, apporte-t-on suffisamment de soutien aux personnes dépistées séropositif au VIH pour les aider à parler de leur statut à d'autres personnes? Si non, comment peut –on améliorer cela?

15) Du fait de votre statut VIH+, avez-vous personnellement vécu une situation de réaction négative ? Détails.

16) Avez-vous été confronté à des difficultés pour avoir accès à la prise en charge et aux autres services d'aide depuis que vous avez reçu le résultat de votre test (référence)? Comment avez-vous surmonté ces difficultés?

17) De votre expérience, est-ce qu'il y a des services / programmes de prise en charge qui sont meilleurs que d'autres? Lesquels et pourquoi?

18) Depuis que vous avez reçu votre résultat VIH positif, avez-vous fait d'autres tests VIH? Pouvez-vous nous dire:

Quand	Pourquoi	Où	Type de service: -CTV -Initiative du soignant avec 'opt-out', -ou obligatoire?	Aspects positifs du site	Aspects négatifs du site

19) Généralement, quels sont les obstacles que les personnes qui souhaitent faire leur test rencontrent? Que peut-on faire pour améliorer l'accès du conseil et au test à ceux qui voudraient connaître leur statut VIH?

Annexe 6. Avis du comité d'éthique pour la recherche en santé au Burkina Faso

Voir page suivante

BURKINA FASO

Unité-Progrès-Justice

MINISTERE DE LA SANTE

MINISTERE DES ENSEIGNEMENTS SECONDAIRES SUPERIEURS ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

COMITE D'ETHIQUE POUR LA RECHERCHE EN SANTE

COMPTE RENDU DE DELIBERATION N° 2008-020

1. TITRE DE LA RECHERCHE

« Etude des motivations et des obstacles à la pratique du conseil et du test VIH au Burkina Faso »

2. REFERENCES DU PROTOCOLE

Protocole OMS-CD_ Burkina-version4_ février 2008

3. DOCUMENTATION

- Protocole de recherche
- budget de l'étude
- questionnaire utilisateurs services de conseil test VIH
- questionnaire non utilisateurs services de conseil test VIH
- questionnaire prestataires de service CTV/VIH
- questionnaire prestataire campagne de dépistage VIH
- guide d'entretien informateurs clé – responsables services de CTV
- questionnaire utilisateurs campagne de dépistage VIH
- guide d'observation services de santé et sites autonomes
- guide d'entretien informateurs clé – prestataires
- guide d'animation des focus group PVVIH
- guide d'entretien informateurs clé – PVVIH
- fiches de consentement et d'information
- curriculum vitae

4. REFERENCES DU DEMANDEUR

CNLS-IST et Pamac

5. SITE DE LA RECHERCHE

Ouagadougou (CSPS secteur 8, district de Boulmiougou, CICDoc), Dédougou (Maternité, CHR de Dédougou, CVD)

6. DATE DES DELIBERATIONS

25 mars 2008

7. ELEMENTS EXAMENS

- conception scientifique et conduite de la recherche
- soins et protection des participants à la recherche
- protection de la confidentialité des données du participant à la recherche
- processus de consentement éclairé
- considérations communautaires

8. OBSERVATIONS

Néant

9. AVIS DU COMITE

Avis favorable à la mise en œuvre de ce protocole ;

10 RESERVES

Néant

11. RECOMMANDATIONS

- Elaborer et joindre une fiche d'information et une fiche de consentement pour les non utilisateurs de service de conseil test VIH ;
- Insérer un page de garde (institution, investigateur, promoteur, date, etc...)

Ouagadougou, le 31 mars 2008

Le Rapporteur

Dr. R. Bernard DOULKOM

Le Président par intérim

Dr. Bocar KOUYATE

Annexe 7. Grille de collecte des données sur l'acceptabilité et l'applicabilité des directives de l'OMS, version juillet 2015

Acceptabilité et faisabilité des dernières recommandations de l'OMS sur les services du test VIH au Burkina Faso

Grille de collecte des données

Outil décideurs et acteurs

Nom de la structure _____

Sexe répondant _____

Poste au sein de la structure_____

Date_____

Contenu normes et directives Burkina	**Nouvelles recommandations**	**Appréciation** 1= très favorable 2= favorable 3= pas favorable	**Faisabilité** 1= très facile à réaliser 2= pas facile à réalisée 3= non réalisable	**Observations** Noter les réflexions et suggestions que vous avez par rapport à l'item concerné
LES STRATEGIES				
P21-25. Les stratégies définies au niveau national sont la stratégie fixe, mobile/avancée, dépistage en milieu de soins, les campagnes de dépistage	Intégrer le self testing parmi les stratégies de dépistage			
	Les campagnes de dépistage de masse ne sont pas une stratégie efficiente dans les pays de basse prévalence. Elles sont indiquées quand il y a un ciblage des populations clés, auxquelles il faudra assurer une référence active.			
	Intégrer le test de triage comme stratégie pour permettre à plus de personnes de			

	connaître leur statut VIH			
	Offrir les services de CTV aux membres des familles des personnes séropositives (index clients).			
Ethique : Les 5 principes de l'offre des services de CTV				
P27. 3 principes formellement définis dans les normes nationales, en lieu et place des 5 déclarés depuis 2012 par l'OMS : P28. Counseling pré composé de différentes étapes : -accueil ; -les raisons motivant la demande ou l'offre de dépistage du VIH ; -les informations sur les avantages du dépistage; -informer le client des services disponibles en cas de résultats positifs. - informer le client qu'il a le droit de refuser le test et que son refus n'a aucune incidence sur la relation avec le prestataire ; -l'évaluation des situations à risque de contamination du VIH	Alléger le pré test: «l'évaluation des risques et le counseling individuel ne sont pas recommandés ». L'OMS préconise que ce soit des « informations pré test » et non « un counseling pré test ». On passe du counseling à des informations de pré test qui peut se faire en groupe ou en individuel avant le test.			
P29. Etapes du counseling post test définies :	Alléger le post test			

-annonce des résultats du test -Soutien à la vie positive -Plan de prévention du risque -prise en compte de la fenêtre sérologique -Information du partenaire -Education à l'utilisation de préservatifs et distribution de préservatifs -Sessions de counseling supplémentaires	pour les personnes séronégatives: donner des informations rapides aux personnes séronégatives afin de gagner du temps pour les positifs			
Les Principes du conseil dépistage du VIH sont définis. Cependant les différentes études montrent que ce document n'est pas disponible sur le terrain, dans les centres de dépistage et les formations sanitaires	Mettre à la disposition des prestataires de tous les sites de CTV (communautaires comme services de santé) des procédures standard (SOP) de test et des codes de conduite éthique à respecter (les 5 Cs)			
P38. Les conseillers exerçant sur les sites de conseil dépistage doivent connaître les autres services de suivi existant au sein de leurs communautés et être à même de référer leurs clients de manière précise en fonction de leurs besoins.	Assurer une référence active des personnes VIH+, c'est-à-dire de leur obtenir un RDV fixe avec les services de prise en charge et s'assurer qu'elles s'y sont rendus, voir même les y accompagner			
Dépistage des groupes prioritaires: enfants, adolescents, populations clés, partenaires, femmes enceintes				

Dépistage chez les HSH non évoqué dans les normes et directives nationales	Mettre un focus (priorité) au dépistage des populations les plus à risque			
« Quand des enfants sont conduits à un site de conseil dépistage pour un test de dépistage, le conseiller doit rencontrer les parents ou les tuteurs pour chercher à savoir ce qui motive le dépistage ».	Les structures de coordination de la lutte contre le VIH doivent revoir les documents référentiels et autoriser le dépistage auprès des mineurs			
« Les services de conseil dépistage ne doivent être fournis que s'il y a un avantage potentiel manifeste pour l'enfant et que le conseiller établit qu'il n'existe pas de risque de discrimination sur l'enfant éventuellement séropositif »	Dans tous les contextes épidémiologiques, faire le test des enfants lorsque au moins l'un des parents est porteur du VIH.			
« Quant aux jeunes âgé (es) de 15 à 18 ans, les services de conseil dépistage peuvent leur être fournis après concertation avec le coordonnateur du centre de conseil dépistage….	Offrir le test à tous les enfants et adolescents hospitalisés			
Les enfants âgés de 14 ans et moins doivent recevoir des conseils s'ils le demandent mais ne	« Offrir le test à tous les enfants et adolescents bénéficiant de services d'OEV »			

doivent pas être soumis(e) à un test de dépistage sauf (avec le consentement des parents ou tuteurs légaux) pour raisons médicales et si cela est clairement expliqué à l'enfant et à ses parents ou tuteurs légaux.				
Quant aux jeunes âgé (es) de 15 à 18 ans, les services de conseil dépistage peuvent leur être fournis après concertation avec le coordonnateur du centre de conseil dépistage	Offrir les services de CTV, suivis de connexion, et une prise en charge effective pour tous les adolescents relevant des populations clés			
Stratégie de dépistage des couples ou des partenaires des populations clés non abordé dans les normes et directives nationales.	Mettre en œuvre le dépistage du couple ou du partenaire pour les femmes enceintes relevant du milieu des populations clés, et pour les partenaires des femmes enceintes testées séropositives			
Qualité des services				
6.5.1 En milieu communautaire Les indicateurs suivants seront produits : - nombre de structures associatives offrant des prestations de conseil dépistage ; - taux d'acceptation du test de dépistage après counseling ;	Les services de suivi évaluation ne doivent pas compiler le nombre de personnes testées, mais avoir des indicateurs qui mesurent l'efficacité et l'impact du dépistage.			

- taux ou proportion de personnes dépistées séropositives du VIH ; - proportion de personnes dépistées revues au post-test. 6.5.2 En milieu de soins Les indicateurs suivants seront produits : - proportion de structures sanitaires (CHU, CHR, CM/CMA, CSPS) offrant en routine le conseil dépistage du VIH ; - taux d'acceptation du test de dépistage après Counseling ; - taux ou proportion de personnes dépistées séropositives du VIH ; - proportion de personnes dépistées revues au post-test. 6				
Pas de numéro unique permettant de suivre les personnes qui fréquentent les sites de dépistage, si bien que l'on manque d'informations sur les test réalisés (relations nombre de réalisés par rapport au nombre de personnes ? profile sérologique ? profile démographique…)	Utilisation de numéro d'identifiant unique pour le suivi du retesting (ce qui permet de savoir si la personne a eu un résultat indéterminé, si c'est une personne séropositive pour qui le test est fait avant la mise sous traitement ou une personne qui a pris un risque)			

La fenêtre sérologique				
P29.« La fenêtre sérologique correspond à la période de séroconversion qui est de 1 à 3 mois. Chez les clients séronégatifs, il est recommandé de faire un contrôle systématique trois mois plus tard »	Arrêt du test de confirmation systématique des personnes testées séronégatives. Pour l'OMS « Le test de confirmation du résultat séronégatif est nécessaire pour les individus qui déclarent avoir été exposé récemment ou vivent actuellement une situation de risque. Pour beaucoup de gens, le fait de refaire un test parce qu'on pourrait être dans une période fenêtre ne se justifie pas ».			
Intégration des services Tb				
P37 « … tous les clients du conseil dépistage <u>séropositifs</u> doivent bénéficier de counseling et d'éducation sanitaire sur les risques de la tuberculose. Le dépistage de la tuberculose doit être assuré chez les <u>clients présentant des signes évocateurs</u> … »	Lors du pré test, intégrer des informations sur la tuberculose, aussi utiliser une <u>grille pour la détection des cas suspects de TB pour toutes les personnes, indépendamment de leur statut VIH</u>			
Statut des conseillers				
-P 17. âge minimal requis pour être conseillé précisé (21 ans) **-P 17**. Missions du conseiller bien	Les politiques nationales doivent clairement définir le rôle des conseillers, avec des compétences			

définies -**P19**. Motivations financières évoquées sans définition d'une somme minimale pour les conseillers -Niveau de formation non précisé	spécifiques pour l'offre des services CTV, des termes de références claires et une grille salariale précise			
La question de rattachement institutionnel des conseillers communautaires n'est pas évoquée dans les normes nationales	Les pays doivent revoir leurs documents nationaux pour reconnaitre les conseillers comme étant un personnel pour les services de santé et le VIH (statut).			
P 26. le personnel de santé autre que celui de laboratoire peut pratiquer ces tests à condition d'avoir été correctement formé et encadré.	La délégation des taches aux conseillers non agents de santé doit aller jusqu'à la manipulation des tests rapides, après formation			

Annexe 8. Caractéristiques sociodémographiques des participants, étude MATCH

Tableau 5. Caractéristiques sociodémographiques des utilisateurs et non utilisateurs du CTV, MATCH Burkina, 2008

Variables	Utilisateurs, enquête principale N=647		Utilisateurs campagne N=114		Non utilisateurs N=312		Total N=1073
	Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb
Age							
<20	36	5,56	12	10,53	38	12,18	86
20-24	118	18,24	30	26,32	82	26,28	230
25-29	151	23,34	25	21,93	73	23,40	249
30-34	115	17,77	21	18,42	54	17,31	190
35-39	95	14,68	9	7,89	26	8,33	130
40-44	64	9,89	4	3,51	17	5,45	85
45+	68	10,51	13	11,40	22	7,05	103
Sexe							
Féminin	436	67,39	48	42,11	152	48,72	636
Masculin	211	32,61	66	57,89	160	51,28	437
Statut matrimonial							
Célibataires	201	31,00	58	50,88	135	43,27	394
Mariés/concubinage	340	53,00	49	42,98	173	55,45	562
Séparés/divorcés	40	6,00	6	5,26	3	0,96	49
Veufs/Veuves	66	10,00	1	0,88	1	0,32	68
Scolarisation							
Non scolarisés	194	29,98	11	9,65	105	33,70	310
Primaire	168	25,97	25	21,93	96	30,80	289
Secondaire	235	36,32	64	56,14	99	32,00	398
Supérieur	47	7,26	13	11,40	10	1,00	70
Autres	3	0,46	1	0,88	2	0,60	6
Profession							
Cultivateurs	40	6,25	4	3,51	43	13 ,8	87
Ménagères	125	19,53	5	4,39	32	10,3	162
Commerçants	155	24,22	19	16,67	75	24,00	249
Salariés	105	16,41	41	35,96	41	13,20	187
Elèves/Etudiants	59	9,22	19	16,67	39	12,50	117
Secteur informel	83	12,97	21	18,42	78	25,00	182
Chômeurs	27	4,22	5	4,39	21	6,70	53
Autres	46	7,19	0	0	0	0	46
Statut VIH							
VIH-	410	63,4	107	93,9	--	--	517
VIH+	219	33,8	4	3,5	--	--	223
Indéterminé	7	1,1	0	0	--	--	7
NR	11	1,7	3	2,6	--	--	14
Milieu de résidence							
Ouagadougou	477	73,7	79	69,3	223	71,5	779
Dédougou	170	26,3	35	30,7	89	28,2	294

Tableau 6. Caractéristiques des prestataires de CTV (Conseil et Test pour le VIH), participants MATCH Burkina

	Nombre total (N=111)	Conseillers (N=40)	Agents de santé (N=71)	P value
Sexe				
Féminin	74	15	59	< 0,001
Masculin	37	25	12	
Age				
20-29	17	10	7	
30-39	56	17	39	
40-44	16	7	9	0,124
≥ 45	22	6	16	
Scolarisation				
Primaire	3	1	2	
Secondaire	97	34	63	0,2
Supérieure	11	5	6	
Expérience en VIH				
0-4 ans	60	15	45	0,01
≥5 ans	51	25	26	
Formation sur le VIH				
Oui	106	38	68	0,5
Non	5	2	3	