

## 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

## 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.

Différentes études réalisées en Afrique, notamment en Afrique du sud montrent que toutes les personnes testées séropositives ne partagent 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, Bajjal & 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

services de santé. Au niveau national, trois documents normatifs relatifs au CDV, à la PTME et au CDV en milieu de soins ont co-existé 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

**Tableau I. 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

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).<sup>1</sup>

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; Gebrekistos *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 sérodiférent) 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

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 partenaire sexuel » (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 & Galvaio 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 Loù 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 réalisé 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 Makhoul 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

<sup>1</sup>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 Loù, 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.
- Gebrekrstos, 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.

- 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.F., Simaga, F., 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., Bajjal, 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](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](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 HIV/AIDS 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](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](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.
- Winkell, 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.