

## LES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH, VÉCU QUOTIDIEN ET GESTION DU RISQUE DE TRANSMISSION À L'ENTOURAGE : ÉTUDE À OUAGADOUGOU

T. L. OUEDRAOGO, A. OUEDRAOGO, A.V. OUEDRAOGO, A. SOUBEIGA, N. KYELEM

*Med Trop* 2005 ; 65 : 143-148

**RÉSUMÉ** • L'infection par le VIH a modifié les rapports sociaux au sein des divers sous-groupes de la population, y compris au niveau familial. La prise en charge des malades s'en trouve fortement affectée. Au cours de l'année 2001, nous avons entrepris une étude descriptive au sein d'une population de personnes vivant avec le VIH (PVVIH) traitées dans un centre de traitement ambulatoire afin de : i) décrire les caractéristiques sociodémographiques des PVVIH reçues dans ce centre ; ii) identifier les stratégies adoptées par les PVVIH et leurs familles pour la gestion du risque de transmission du VIH à d'autres membres de la famille. L'inclusion des PVVIH a été systématique sur une période de deux semaines. Chaque PVVIH incluse a indiqué un membre de sa famille avec lequel l'équipe de recherche pouvait s'entretenir. 188 PVVIH dont 122 femmes, âgées de 19 à 55 ans ont été interrogées. Parmi les familles de ces PVVIH, 66 ont été contactées et un entretien réalisé. La majorité (78,7 %) des PVVIH avaient un niveau d'instruction allant du primaire au supérieur. 36,4 % de ces PVVIH avaient connaissance de leur séropositivité depuis au moins un an. 73,4 % connaissaient la possibilité de transmission du VIH à d'autres personnes. Les principaux facteurs cités pour cela étaient les objets souillés (51,5 %), les rapports sexuels non protégés (46,4 %), le contact sanguin (34,8 %), l'utilisation commune d'objets de toilette (11,6 %). Les mesures de prévention citées étaient l'abstinence sexuelle (27,1 %), l'utilisation de préservatif (28,7 %), la protection contre les objets tranchants usagés (19,1 %). Selon les membres des familles interrogés, les mesures de protection contre la contamination étaient l'observation de mesures d'hygiène (36,5 %), le rejet des liquides du malade dans des toilettes (26,9 %), le port de gant (25 %), la protection contre les objets souillés (5,8 %). Ces données suggèrent le renforcement de l'information des PVVIH et des membres de leurs familles sur les risques de transmission du VIH, les mesures à observer pour l'éviter tout en créant un environnement favorable pour l'épanouissement de ces PVVIH.

**MOTS-CLÉS** • PVVIH - VIH - Contamination - Famille - Risque - Burkina Faso.

PEOPLE LIVING WITH HIV: DAILY LIFE AND MANAGEMENT OF THE RISK OF TRANSMISSION IN THE INFECTED PERSON'S ENTOURAGE: STUDY IN OUAGADOUGOU

**ABSTRACT** • HIV infection has modified social relationships not only within various population subgroups but also at the family level. Patient management has been seriously affected. In 2001 we undertook a descriptive study among a population of PLHIV treated in an ambulatory center in order to 1°) describe the socio-demographical characteristics of PLHIV admitted to the center and 2°) identify the strategies adopted by PLHIV and their families to control the risk of HIV transmission in the entourage. Patients were systematically included over a period of two weeks. Each patient was asked to indicate the name of a family member that could be interviewed by the research team. A total of 188 PLHIV (122 women) ranging in age from 19 to 55 years were questioned. Interviews were conducted in 66 families. Most PLHIV had received some formal education ranging from primary school to university. Over one third (36.4%) had known that they were seropositive for at least one year. Almost three-fourths (73.4%) were aware that HIV was transmissible to other people. The most frequently mentioned transmission hazards were handling contaminated articles (51.5%), unprotected sexual intercourse (46.4%), contact with blood (34.8%), and sharing personal toilet articles (11.6%). The most commonly mentioned preventive measures were abstinence from sex (27.1%), use condoms (28.7%), and protection from pointed or cutting objects (19.1%). According to responding family members, the most common protective measures against HIV transmission were observing hygiene measures (36.5%), discarding any fluids from the ill person in the toilet (26.5%), wearing gloves (25%), and protecting against handling contaminated objects (5.8%). These data suggest that programs aimed at educating PLHIV and their families on the risk of HIV transmission and preventive measure has had a positive impact on the quality of life.

**KEY WORDS** • PLHIV - HIV - Contamination - Family - Risk - Burkina Faso.

• Travail du Département de Santé Publique (T.L.O., Maître-assistant de santé publique ; A.V.O., Maître-assistante de médecine de travail), du Département de Psychiatrie (A.O., Professeur agrégé de psychiatrie), de l'Unité de Formation et de recherche (A.S., Maître-assistant de sociologie ; N.K., Maître-assistante de pathologie infectieuse) UFR/SDS, Université de Ouagadougou, Unité de Formation et de recherche en sciences de la santé, Université de Ouagadougou.

• Correspondance: L.T. OUEDRAOGO, 01 BP 5705, Ouagadougou 001, Burkina Faso •

• E-mail : laurentio@voila.fr •

• Article reçu le 24/09/2003, définitivement accepté le 5/04/2005.

La pandémie du sida s'inscrit incontestablement parmi les problèmes de santé actuels qui préoccupent tous les Etats en particulier ceux d'Afrique au sud du Sahara. Selon le rapport 2003 de l'ONUSIDA (1), cinq millions de nouvelles infections par le VIH ont été rapportés en 2003, dont 3,4 millions environ en Afrique subsaharienne. Au cours de la même période, 3 millions de personnes sont décédées suite au sida.

Au Burkina Faso, la situation épidémiologique de l'infection à VIH est imparfaitement connue. Les quelques don-

nées parcellaires situent néanmoins l'ampleur du problème : avec un taux de séroprévalence estimé à 7,2 % dans la population générale (2), le pays se situe parmi les plus touchés de l'Afrique de l'Ouest.

La séropositivité, le sida et les maladies afférentes suscitent chez les malades, la communauté et les soignants, des représentations diverses engendrant des attitudes parfois inopportunes (3). Les faits d'observation indiquent que deux types d'attitudes tout autant pernicieuses les unes que les autres, sont adoptés par l'entourage familial des personnes vivant avec le VIH (4-6). Le premier type d'attitude, découlant d'une méconnaissance des modes de transmission du VIH et sous-tendu par une crainte de la contamination, amène les membres de la famille à adopter des précautions excessives, injustifiées et irrationnelles à l'égard de la PVVIH compromettant ainsi son insertion sociale. En contrepoint à cette attitude, s'instaure chez d'autres familles un deuxième type d'attitude sous-tendue par l'ignorance complète du risque de contamination et qui consiste à manipuler sans aucune précaution le sang, les urines, les sécrétions et autres liquides biologiques dans le cadre de l'accompagnement d'une personne gravement malade.

Quoi qu'il en soit, il est urgent d'aider les familles à gérer conséquemment la PVVIH par une capacité d'adaptation et une créativité reposant sur les connaissances scientifiques du moment. Pour ce faire, l'on doit repérer avec exactitude les attitudes et comportements ainsi que les représentations qui les sous-tendent. C'est dans cette perspective que la présente étude a été initiée dans le but de contribuer à une meilleure responsabilisation de la communauté face au sida. Elle avait pour objectifs de : i) décrire les caractéristiques sociodémographiques des PVVIH reçues au centre de traitement ambulatoire (CTA) de Ouagadougou ; ii) identifier les stratégies adoptées par les PVVIH et leurs familles pour la gestion du risque de transmission du VIH à d'autres membres de la famille.

---

## MATÉRIEL ET MÉTHODE

---

L'étude, de type transversale descriptive à passage unique, s'est déroulée au Centre de Traitement Ambulatoire (CTA) de Ouagadougou, capitale du Burkina Faso. Il s'agit d'une unité de soins destinée à la prise en charge médicale des personnes infectées par le VIH. Créé avec l'appui de la Croix Rouge française, le CTA était la seule structure spécifique de prise en charge médicale offrant aux PVVIH une gamme de soins y compris la tri-thérapie anti-rétrovirale.

La population d'étude était constituée des personnes infectées par le VIH ainsi que les membres de leur famille. Ont été incluses toutes les personnes séropositives et ou malades du sida ayant au moins 18 ans, résidant dans la commune de Ouagadougou, capitale du Burkina Faso, et qui acceptaient de répondre librement aux questions. Ces personnes devaient en outre remplir les conditions suivantes : i) être au courant de son statut sérologique ; ii) avoir informé son entourage familial de ce statut ; iii) accepter de façon libre et éclairée de participer à l'enquête.

Ont été exclues toutes les personnes pour qui participer à l'étude présentait un risque évident, toutes les personnes incapables de répondre d'elles-mêmes aux questions. Les familles des personnes identifiées qui ont refusé de participer ont également été exclues.

Le recrutement était ouvert et toutes les personnes infectées par le VIH répondant aux critères d'inclusion et vues au CTA durant la période de l'étude ont été retenues. Pour chaque PVVIH incluse, la famille a été recherchée. Dans chaque famille considérée, un répondant a été identifié. En fonction de la place du malade dans la famille, ce répondant était en priorité : le (la) conjoint(e), le père, la mère, l'enfant, le frère ou la sœur. Dans les cas où aucune de ces personnes ne pouvait être retenue, le chef de famille ou la personne la plus âgée de la famille ou toute autre personne identifiée par le malade et étant au courant de son statut a été interrogée.

La collecte des données a été réalisée sur une période de deux semaines (du 1<sup>er</sup> au 14 juillet 2001) par dix enquêteurs à l'aide d'un questionnaire préalablement testé. Ces enquêteurs ont été formés afin d'uniformiser la procédure d'utilisation des outils de l'enquête. Ils ont été rigoureusement supervisés par les membres de l'équipe de recherche. Les données ont été collectées durant les deux semaines soit au CTA, soit dans les familles des PVVIH. Elles ont porté sur les attributs sociodémographiques, les données médicales, les données relatives aux opinions de la PVVIH sur ses relations avec les autres membres de la famille, les données relatives aux représentations, attitudes et comportements des autres membres de la famille vis-à-vis de la PVVIH, aux dispositions observées pour éviter la transmission du VIH.

Les données ont été rendues anonymes, codées puis saisies sur micro-ordinateur équipé d'un logiciel de traitement statistique EPI-INFO 6.04 dans sa version française. Les valeurs moyennes ont été présentées avec l'écart type comme indice de dispersion. Les tests statistiques de Chi carré et « t » de Student ont été utilisés pour comparer respectivement les variables qualitatives et quantitatives. Les liaisons entre les variables ont été considérées comme statistiquement significatives au seuil de 0,05.

---

## RÉSULTATS

---

### Caractéristiques de l'échantillon de malades

Au terme des deux semaines, les enquêteurs ont pu interroger 188 patients. Ces patients étaient composés de 122 femmes (64,9 %) et de 66 hommes (35,1 %). Le sex-ratio était en faveur du sexe féminin ( $p = 0,003$ ). Les âges de ces malades variaient de 19 à 55 ans avec une moyenne de  $34,8 \pm 7,3$  ans et une médiane à 35 ans.

La répartition des PVVIH selon le niveau d'instruction montre que 19,7 % n'avaient reçu aucune instruction. Parmi ceux qui étaient instruits, 28,2 % avaient le niveau primaire et 52,1 % le niveau secondaire et supérieur.

L'examen de la profession des personnes interrogées a permis de les regrouper en quatre sous-groupes : les personnes qui avaient une activité rémunérée leur procurant un

revenu régulier (24,5 %) ; celles qui avaient une activité informelle (petit commerce, artisanat et assimilés) qui leur procuraient un revenu non stable (32,4 %) ; celles qui n'exerçaient aucune activité génératrice de revenu (10,6 %) ; les femmes au foyer (32,5 %). Les femmes vivant au foyer ou qui n'avaient pas de revenus stables constituaient 77,9 % des femmes de l'échantillon.

La religion pratiquée était le catholicisme pour 47,9 %, l'islam pour 44,1 %, le protestantisme pour 7,4 %. Dans 1 cas (0,5 %), la religion pratiquée n'a pas été précisée. Concernant la situation matrimoniale actuelle, 41 % étaient mariés, 25 % veufs, 21,8 % célibataires, 6,9 % vivaient en concubinage, 4,8 % divorcés et 0,5 % remariés. Parmi les personnes mariées, 83,1 % vivaient en régime monogamique et 16,9 % étaient polygames.

### Connaissance de la séropositivité et antécédents médicaux

Parmi les 188 malades interrogés, 187 ont accepté de dire depuis combien de temps ils connaissaient leur séropositivité. Ainsi, au moment de l'enquête, 36,4 % savaient qu'ils étaient infectés depuis au moins 1 an, 55,1 % le savaient depuis quelques mois et 8,6 % le savaient depuis quelques jours seulement.

Le mode probable de contamination cité était la voie sexuelle pour 47,3 %, l'exposition au sang contaminé pour 3,2 %, la transfusion sanguine pour 0,6 %. Dans 48,9 % des cas, le mode probable de contamination n'a pu être précisé.

Les tableaux I et II donnent respectivement la connaissance du mode de contamination selon le sexe et le niveau d'instruction. Il n'y a pas de différence significative entre la connaissance du mode de contamination selon le sexe et le niveau d'instruction ( $p > 0,05$ ).

Tableau I - Connaissance du mode de contamination selon le sexe.

Mode de contamination	Hommes	Femmes
Contact sexuel	29	60
Exposition au sang (y compris transfusion)	1	6
Ne sait pas	36	56
Total	66	122

Tableau II - Connaissance du mode de contamination selon le niveau d'instruction.

Mode de contamination	Sans instruction	Primaire	Secondaire et plus	Total
Contact sexuel	18	24	47	89
Exposition au sang	2	0	5	7
Ne sait pas	17	29	46	92
Total	37	53	98	188

Tableau III - Croyance sur la transmission du VIH par les PVVIH aux autres personnes.

Mécanismes	Effectifs	%
Objets souillés	71	51,5
Contact sexuel non protégé	64	46,4
Contact sanguin	48	34,8
Utilisation des mêmes objets de toilette	16	11,6
Autres liquides biologiques et excréta	8	5,8
Cohabitation et partage de repas	7	5,0
Accouchement	7	5,0

Depuis la connaissance de leur séropositivité, 33 % des patients ont été hospitalisés en moyenne 1,8 fois (étendue : 1 à 6 hospitalisations).

### Gestion par les PVVIH du risque de transmission du VIH aux autres membres de la famille

La possibilité de transmission de leur infection à d'autres personnes était connue par 73,4 % des PVVIH interrogées tandis que 26,6 % n'en savaient rien. L'analyse selon l'âge, le sexe et le niveau d'instruction par rapport à cette connaissance n'a montré aucune différence statistiquement significative.

Pour les 138 personnes qui connaissaient le risque de transmission, les mécanismes par lesquels cette contamination peut survenir figurent dans le tableau III.

Parmi les mesures à observer pour éviter cette transmission, les répondants ont cité l'abstinence sexuelle (27,1 %), l'utilisation de préservatifs (28,7 %), la destruction des objets tranchants utilisés (21,8 %), la protection contre les objets tranchants usagés (19,1 %), l'observation stricte de mesures d'hygiène (15,9 %), la protection contre le sang (6,9 %), l'utilisation d'eau de Javel (4,8 %).

### Partage du secret

Les PVVIH interrogées ont informé leur famille de leur maladie dans 74,5 % des cas. Dans le sous-groupe des 91 PVVIH vivant en union, 64 (70,3 %) ont informé leur partenaire et 27 (29,7 %) ne l'ont pas fait. Parmi les 48 PVVIH (25,5 %) pour lesquelles la famille n'a pas été informée, 32 (66,7 %) étaient des femmes.

Cent vingt PVVIH, soit 63,8 %, étaient d'accord pour que l'équipe de recherche s'entretienne avec un membre de leur famille. Les personnes les plus fréquemment indiquées pour cet entretien étaient les frères et sœurs (53,1 %), le père ou la mère (15,9 %), le (la) conjoint(e) (7,1 %), l'oncle (4,4 %), le beau-frère (4,4 %), le cousin (1,8 %). Dans les autres cas (13,3 %), il s'agissait de personnes hors de la famille (amis, collègues de service).

Parmi les 68 (36,2 %) PVVIH qui ne souhaitaient pas une rencontre avec un membre de leurs familles, 42 (61,8 %) étaient des femmes. Les raisons de ce refus ont été données par 61 PVVIH. Il s'agissait essentiellement d'éviter un choc à la famille (37,7 %), de l'éloignement des membres de la famille (21,3 %), de la peur d'être rejetée (14,8 %), du désir de garder le secret à cause de la honte liée à la maladie (13,1 %).

## Entretien avec les membres de la famille

Parmi les 120 PVVIH qui ont donné leur accord pour un entretien avec un membre de leur famille, l'entretien n'a pu se réaliser qu'avec seulement 66 (55 %) d'entre eux. Cela s'explique essentiellement par la non disponibilité de certains membres des familles des PVVIH durant la période de collecte de données. Pour des contraintes financières, nous n'avons pas pu aller au-delà des 15 jours consacrés à la collecte des données.

La qualité du membre de la famille interrogé était le conjoint ou la conjointe, le père ou la mère, les cousins et tantes (Tableau IV). Parmi les 66 personnes rencontrées effectivement, les conjoints et conjointes étaient au nombre de 17 (25,8 %) et les autres membres de la famille 49 (74,2 %). Parmi les 17 conjoints, 8 étaient des femmes et 9 des hommes.

Selon ces membres interrogés, la famille a été informée de la séropositivité par le malade lui-même (54,5 %), par un agent de santé (31,8 %), par la rumeur (7,6 %), par d'autres voies (6,1 %). Au moment de l'enquête, la famille déclarait être informée depuis au moins un an dans 32,8 % des cas, depuis quelques mois dans 59,4 % des cas et depuis seulement quelques jours dans 7,8 % des cas. En fonction de la date de connaissance du statut sérologique par le malade, les familles étaient plus souvent informées dans les jours et mois qui suivent, plus rarement au-delà d'une année ( $p < 0,01$ ). Cette relative précocité de l'information s'adressait plus souvent au conjoint ou à la conjointe qu'aux autres membres de la famille ( $p < 0,05$ ). La décision d'informer la famille ne différait pas significativement selon le sexe.

Après l'information, la famille aurait accueilli la nouvelle avec tolérance dans 57,1 % des cas, très mal dans 20,6 % des cas, mal dans 14,3 % des cas avec surprise dans 4,8 % des cas, avec un choc dans 3,2 % des cas. Pour 82,1 % des familles, le malade a été considéré comme victime et pour 17,9 % comme coupable.

Depuis la connaissance de la séropositivité de leur parent, 78,5 % des membres de la famille interrogés n'ont pas changé leurs relations avec lui. Pour 21,5 % des familles, ces relations ont varié dans les formes suivantes : indifférence (42,9 %), abstinence de relations sexuelles (21,4 %), soutien moral et financier plus accru (21,4 %), absence d'affection (14,3 %). Les difficultés que le malade rencontre dans la famille étaient l'incompréhension (18,2 %), le rejet par la famille (13,6 %), la perte de responsabilité au sein de la

famille (7,6 %), l'exclusion des réunions (3 %), la méfiance (3 %).

Parmi 17 conjoints de malades, 47 % déclaraient n'avoir plus de rapports sexuels, 41,2 % utilisaient systématiquement des préservatifs lors des rapports sexuels et 11,8 % utilisaient occasionnellement des préservatifs lors des rapports sexuels.

Pour l'ensemble des familles interrogées, les liquides biologiques (urines, selles, sang, crachats) étaient manipulés avec précaution par 78 % et sans précautions particulières par 22 %. Les précautions utilisées étaient l'observation stricte des mesures d'hygiène (36,5 %), le recueil et rejet des liquides dans le WC (26,9 %), le port de gant (25 %), la protection contre les objets souillés (5,8 %).

## DISCUSSION

La présente étude s'est déroulée dans un centre de santé conçu pour la prise en charge des PVVIH. Il s'agissait pour nous de recueillir des informations sur les relations entre les PVVIH et leurs familles, le partage du secret sur leur statut sérologique, les réactions des membres des familles par rapport à leur maladie. Il s'agissait aussi de répertorier les mesures adoptées aussi bien par les PVVIH que par les membres des familles pour éviter la transmission du VIH à l'entourage. Les données collectées l'ont été par interrogatoire et les réponses ont été consignées telles qu'elles ont été données.

L'âge des patients interrogés ( $34,8 \pm 7,3$  ans) était conforme aux données épidémiologiques du Conseil national de Lutte contre le sida (7) qui montrent que la tranche d'âge la plus touchée par la maladie dans la population burkinabé (cas de sida notifiés) est celle de 20 à 40 ans, avec un pic entre 35 et 40 ans. Il faut toutefois relativiser ce constat, car la notification des cas par les formations sanitaires est nettement sous-estimée et que notre échantillon ne concerne que les patients qui ont décidé de recourir aux services de santé pour des soins. Quant à la prédominance du sexe féminin (64,9 %), nous pensons qu'elle pourrait s'expliquer par la tendance des femmes à utiliser les formations sanitaires. Les données statistiques de routine et d'enquêtes ponctuelles montrent en effet qu'au Burkina Faso, les femmes ont plus souvent contact avec les structures de santé soit pour les soins de leurs enfants, soit pour leurs propres soins (8). L'explication pourrait se trouver également dans les conditions d'accès aux soins dispensés par le CTA. En effet, une contribution symbolique de 5000 F CFA par mois est demandée à chaque malade, ce montant couvrant la consultation, le bilan biologique et les médicaments. Dans notre échantillon, les femmes au foyer ou sans revenu stable représentaient 77,9 % des 122 femmes. Dans un contexte de discrimination et de rejet (6,9), les femmes bénéficient très peu de moyens financiers de la part de leur entourage pour des soins. Le CTA apparaît donc comme une opportunité pour elles.

L'analyse du niveau d'instruction des malades de notre échantillon montre une nette prédominance de ceux qui ont le niveau primaire et plus. En somme, les malades qui ont

Tableau IV - Qualité du membre de la famille des PVVIH rencontré lors de l'enquête.

Qualité du membre rencontré	Effectifs	%
Frères/Sœurs	32	48,5
Conjoint (e)	17	25,8
Mère	6	9,1
Cousins	4	6,1
Père	3	4,5
Oncle/Tante	3	4,5
Fils	1	1,5
Total	66	100

recours au CTA sont le plus souvent ceux qui ont eu une éducation scolaire. Le niveau d'éducation est un élément déterminant dans le comportement des individus et particulièrement dans le recours aux soins (8). L'instruction facilite l'accès à l'information et cette disposition influence la prise de décision qui concerne dans notre cas précis de recourir aux prestations du CTA. On constate d'ailleurs que cette tendance n'est pas liée au sexe.

Un peu moins de la moitié des malades interrogés (48,9%) ont déclaré ignorer le mode probable de leur contamination, tandis que 47,3% ont cité les rapports sexuels non protégés. L'infection à VIH est considérée comme une maladie honteuse, car la voie de transmission prépondérante en Afrique reste la voie sexuelle (10). Cette considération fait d'une part que les malades ont tendance à se cacher, mais aussi choisissent parfois d'ignorer le mode probable de contamination. On peut aussi penser que cette ignorance est tout à fait réelle et que pour ces malades, un déficit important d'information et de communication sur l'infection par le VIH persiste. Au-delà de ces malades, c'est toute la population qu'il faut viser par des messages portant sur les modes de transmission du VIH, mais beaucoup plus en amenant chacun à déterminer les comportements à risque qu'il doit éviter. Les programmes actuels de prévention devraient faire en sorte que chaque individu soit capable de faire à tout moment l'inventaire des risques de contracter le VIH auxquels il a été soumis. Certaines réponses des PVVIH de notre échantillon confirment cette nécessité. En effet, si elles sont 73,4% à être conscientes qu'elles peuvent transmettre le VIH à leur entourage, les mécanismes cités et par lesquels se produit cette transmission, appellent des commentaires. Une faible proportion (46,4%) a cité les rapports sexuels non protégés. Cela étonne, car dans un tel groupe de patients, on s'attendrait à ce que 100% évoquent cette voie de contamination qui du reste, est la plus importante dans notre pays. Il faut craindre que les 53,6% qui ne l'ont pas évoquée ne continuent d'avoir effectivement des rapports sexuels non protégés. A ceux-là il convient d'ailleurs d'ajouter les 26,6% qui ne savent rien sur la possibilité de transmission de leur maladie. Cette crainte est d'autant plus justifiée que parmi les conjoints des PVVIH interrogés, 2 PVVIH ont déclaré utiliser occasionnellement des préservatifs lors des rapports sexuels. Malgré la faiblesse de cet effectif, cette information doit être prise en compte dans la définition d'une stratégie de communication pour le changement de comportement. En effet, on peut extrapoler que des rapports sexuels dans ce contexte ont pu conduire à des réinfections multiples du partenaire. Cette attitude a déjà été décrite par d'autres auteurs tels Lester *et Coll* (4) et Catchpol *et Coll* (11) et concerne aussi bien les femmes que les hommes. En Angleterre, Catchpol *et Coll* (11) rapportaient des cas de nouvelles infections sexuellement transmissibles chez des personnes ayant une connaissance de leur séropositivité VIH. Dans l'étude de Lester *et Coll* (4), plusieurs femmes infectées continuaient d'avoir des rapports sexuels non protégés avec leur partenaire par crainte d'être rejetées ou simplement par désir d'enfant. Au Burkina Faso, Nébié *et coll.* (12), dans une cohorte de 306 femmes infectées par le VIH, rapportaient que seulement 18% avaient

informé leur partenaire de leur statut sérologique et 8% utilisaient le préservatif lors des rapports sexuels. Dans notre étude, 29,7% des personnes vivant en union n'ont pas informé l'autre partenaire de leur statut. Même si comparativement à l'étude de Nébié *et coll.* (12) beaucoup plus de nos PVVIH ont informé leur partenaire, le fait qu'il persiste des personnes infectées qui cachent leur séropositivité VIH à leur partenaire constitue un indicateur de la charge émotionnelle et discriminatoire liée à cette infection. Malgré l'accès de plus en plus amélioré à une prise en charge, la peur de révéler son statut persiste dans la société burkinabé. Les messages négatifs du début de l'épidémie ont produit une représentation sociale de l'infection par le VIH dont les effets dévastateurs sont difficiles à réduire (13). Cette situation qui n'est pas spécifique au Burkina Faso a été décrite ailleurs (14, 15). Cette problématique posée par l'infection par le VIH nécessite une analyse approfondie selon les groupes sociaux afin de définir une approche adaptée pour sa résolution.

Pour l'entretien avec la famille, plus de la moitié des PVVIH (53,1%) ont préféré que les frères ou les sœurs soient contactés. Le père ou la mère et le ou la conjointe étaient désignés dans 15,9% et 7,1% respectivement. On pourrait dans ce cas de figure émettre l'hypothèse que le malade communique plus souvent et plus facilement avec les frères ou les sœurs. La situation du conjoint ou de la conjointe pourrait s'expliquer par la peur du rejet. Pour les femmes, cela pourrait être un motif de divorce, de retrait des enfants vivants ou toute autre forme de discrimination particulièrement fréquente à l'endroit des femmes (6).

La révélation du statut sérologique du patient à la famille par le personnel de santé (31,8% des cas) est un fait anormal, le résultat du patient étant sujet à la confidentialité. Ce comportement des prestataires de soins de santé pose véritablement un problème de confiance entre les malades et leurs soignants, mais aussi de la qualité des prestations. La décision par une personne de procéder au dépistage du VIH est souvent l'aboutissement d'un conseil qui fait prendre conscience à la personne des bénéfices qu'il tire tout en créant un climat de confiance. Le malade est seul responsable de la communication de son résultat à une tierce personne. La rupture du secret par l'agent de santé comme c'est le cas ici doit être l'exception. D'où la nécessité de renforcer la formation des prestataires afin qu'ils respectent les principes du conseil pour le dépistage volontaire du VIH ainsi que le secret médical.

## CONCLUSION

Dans les sociétés africaines où l'homme conserve un fort ascendant sur la femme et où la procréation reste un puissant critère d'acceptation de la femme dans son milieu social, il faudra beaucoup d'effort de persuasion pour convaincre les couples infectés ou sérodiscordants du risque qu'ils courent pour eux-mêmes et pour le produit de la conception.

Les données de la présente étude nous enseignent la nécessité d'envisager très rapidement de renforcer le volet conseil dans les centres de prise en charge des PVVIH, mais aussi dans tous les centres de dépistage anonyme et volontaire.

En conférant aux familles un rôle important dans la prise en charge des PVVIH, il faut aussi veiller à leur fournir les outils nécessaires pour assumer ce rôle. Ces outils se résument essentiellement à une information suffisante et précise sur le mode de transmission de la maladie et les précautions à observer face aux malades. Ces informations ne devraient plus avoir un contenu général ; les messages à concevoir doivent être ciblés et les canaux de diffusion adaptés aux cibles (8, 16).

## RÉFÉRENCES

- 1 - ONUSIDA - Le point sur l'épidémie de sida, décembre 2003 ; 48p
- 2 - UNAIDS, WHO. Burkina Faso - Epidemiological Fact Sheet on HIV/AIDS and sexually transmitted diseases, June 1998.
- 3 - MAJ M. - Psychological problems of families and health workers dealing with people infected with human immunodeficiency virus 1. *Acta Psychiatr Scand* 1991 ; **83** : 161-168.
- 4 - DESCLAUX A - Dix ans de recherche en sciences sociales sur le sida au Burkina Faso : éléments pour la prévention. *Santé* 1997 ; **7** : 127-134.
- 5 - LESTER P, PARTRIDGE JC, CHESNEY MA, COOKE M - The consequence of a positive prenatal HIV antibody test for women. *J Acquir Immune Defic Syndr Hum Retrovirol* 1995 ; **10** : 341-349.
- 6 - ONUSIDA - Ouganda. Discrimination, stigmatisation et déni liés au VIH/SIDA. Genève, Suisse, mai 2002.
- 7 - Conseil National de Lutte contre le sida et les Infections Sexuellement Transmissibles (CNLS-IST), Ouagadougou, Burkina Faso. - SIDA rétro-infos. *Bulletin de Retro information sur le Sida* 2002 ; **5** : 1-8.
- 8 - INSD (Ministère de l'Economie et des Finances, Burkina Faso) - Enquête Démographique et de Santé 1998-1999, p 327.
- 9 - MAJ M - Psychological problems of families and health workers dealing with people infected with human immunodeficiency virus 1. *Acta Psychiatr Scand* 1991 ; **83** : 161-168.
- 10 - HUNTER DJ - AIDS in Sub-Saharan Africa : The epidemiology of heterosexual transmission and the prospect for prevention. *Epidemiology* 1993 ; **4** : 63-72.
- 11 - CATCHPOLE MA, MERCEY DE, NICOLL A *et Coll* - Continuing transmission of sexually transmitted diseases among patients infected with HIV-1 attending genitourinary medicine clinics in England and Wales. *BMJ* 1996 ; **312** : 539-542.
- 12 - NEBIE Y, MEDA N, LEROY V *et Coll* - Sexual and reproductive live of women informed of their HIV seropositivity : a prospective study in Burkina Faso. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2001 ; **28** : 367-372.
- 13 - TAVERNE B - Stratégie de communication et stigmatisation des femmes : lévirat et sida au Burkina Faso. *Sci Soc Santé* 1996 ; **14** : 88-106.
- 14 - LESERMAN J, JACKSON ED, PETITTO JM *et Coll* - Progression to AIDS : the effects of stress, depressive symptoms, and social support. *Psychosom Med* 1999 ; **61** : 397-406.
- 15 - PIERRET J - Everyday life with AIDS/HIV : surveys in the social sciences. *Soc Sci Med* 2000 ; **50** : 1589-1598.
- 16 - TAVERNE B - Bibliographie générale sur l'infection à VIH et le sida au Burkina Faso 1986-1996. ORSTOM, Ouagadougou (BKF) 1997.

**Medicine and Health  
in The Tropics** Marseille - France  
11-15 September 2005  
Congrès Mondial de Médecine  
Tropicale et Santé Internationale

**> À MARSEILLE DANS LE PARC DU PHARO**

La manifestation se tiendra dans l'un des plus beaux sites de la ville de Marseille, le Parc du Pharo, à l'entrée du Vieux Port (Auditorium du Palais du Pharo, IMTSSA, Université de la Méditerranée, Marseille-Provence-Métropole).

**> CONGRÈS COMMUN**

- À la Fédération Internationale de Médecine Tropicale (IFTM).
- Aux sociétés européennes (FESTMIH)
- À la Société de pathologie exotique (SPE).
- À l'Institut de Médecine Tropicale du Service de santé des Armées (IMTSSA - "Le Pharo"), à l'occasion de son Centenaire.

Contact :  
ALBINE CONSEIL  
200 rue de l'Université  
75007 Paris - France  
Tel. +33 (0)1 53 85 00 20  
Fax +33 (0)1 53 85 00 39  
alexandra@albine-conseil.fr  
www.iftm-pharo2005.org