



Université Senghor

Université internationale de langue française
au service du développement africain

Opérateur direct de la Francophonie

Déterminants de la faible adhésion des partenaires des femmes enceintes à la stratégie de la prévention de la transmission mère-enfant du VIH en zone rurale en Afrique de l'ouest: cas du district sanitaire de Solenzo au Burkina Faso

Présenté par

Harouna INAME

Pour l'obtention du Master en Développement de l'Université Senghor

Département: **Santé**

Spécialité: **Santé internationale**

Sous la direction du Professeur Christophe RAPP

le jj Mars 2011

Devant le jury composé de :

Prénom Nom Dr. Christian MESENCE Président

Directeur du Département Santé: Université Senghor

Prénom Nom Pr. Christophe RAPP Examineur

Hôpital Val de Grâce Paris

Prénom Nom Dr. Magued CHOUKRY Examineur

Chirurgien Gynécologue Accoucheur, diplômé de biologie,

Remerciements

Au Dr. Christian Mésenge directeur du département santé et Alice Mounir assistance du directeur pour leurs efforts inlassables dans le cadre de la formation des étudiants.

Au Pr Christophe RAAP qui a accepté de diriger ce travail

A tous les enseignants puisse DIEU vous donner longue vie pour que l'on continue de profiter de votre savoir

A Yacouba INAME mon grand frère pour son soutien financier et ses encouragements

Au Dr Sawadogo/KONCOBO Monique, Dr. Alidou Porgo, Konaté Aminata Sonia Henriette, Palenfo Dramane pour leur précieuse contribution.

Aux enquêteurs: Ouédraogo Jean Paul, Kafando Boniface, Sanou Stéphane, Banhoro Locénie et Dougouri Gaoussou

A Yaméogo Grégoire, Kaboré Issouf, SAVADOGO Cheick Dramane pour leur soutien et ses encouragements

Dédicaces

Pour à mon défunt père: tu es parti très tôt au moment où on avait besoin plus te toi parmi nous, père repose en paix.

A ma mère AMINATA KOUDA, maman c'est toi qui m'a tout appris et guidé mes pas, je serai toujours sage et je t'obéirai toujours.

A mes frères et sœur Apsiata, Salif, Yacouba, Omar, Boukary, Alassane, Madou, et ses frères restons toujours unis.

A la XIIème promotion de santé internationale et politique nutritionnelle, pour les beaux moments passés ensemble particulièrement Diasso, Sant'anna, Dr Boré, Fahad, Djouma, Massoud, Dr Joly NSELE, Ridouane, Gnagna, Dr Sawadogo/Koncobo, Dr Amara, Fatima, Origène donnons-nous la main pour le développement de notre continent.

Au Directeur Régional de la Santé de la Boucle du Mouhoun Dr Lagoum ZOU, Au Dr. Issouf F.N. SIEBA Médecin Chef du Sanitaire de Solenzo, Au Dr. ALidou Porgo pour le soutien technique et financier pour cette étude.

A tout le personnel de santé du District Sanitaire de Solenzo pour votre engagement dans la lutte contre le VIH.

A la communauté Burkinabè à Alexandrie ensemble on est plus fort

A tous les femmes enceintes et les enfants infectés par le VIH vous n'êtes pas seule dans votre épreuve, nous allons gagner ensemble le combat contre le VIH et l'éliminer du monde.

Résumé

La prévention de la transmission materno-fœtale du VIH est une priorité sanitaire mondiale. Au sein de la stratégie PTME, le conseil dépistage réalisé lors des CPN est un outil efficace avec un taux d'adhésion en hausse chez les FE selon l'ONUSIDA (17% en 2007 et 21% en 2008 dans les pays à revenu faible et intermédiaire). Paradoxalement, le taux de dépistage des partenaires reste très faible (environ 5%).

Le dépistage du couple surtout dans les pays où l'épidémie du VIH est généralisée est indispensable pour éliminer la transmission du VIH de la mère à l'enfant. Plus d'une décennie après la mise en œuvre de la PTME au Burkina Faso, nous constatons une faible adhésion des partenaires des FE à cette stratégie d'où l'intérêt de cette étude réalisée dans le district sanitaire de Solenzo pour comprendre cette situation.

Objectif : identifier les facteurs associés à la faible adhésion des conjoints des femmes enceintes à la stratégie PTME.

Méthodologie: Nous avons réalisé une enquête transversale à visée descriptive, dans trois formations sanitaires dans le district sanitaire de Solenzo au Burkina Faso. La population d'étude était les partenaires des femmes enceintes qui ont adhéré au conseil dépistage dans le cadre de la PTME, obtenus par échantillonnage aléatoire.

Résultats: Cent vingt partenaires dont l'âge moyen était de 34,8 ans ont été inclus. 78,3% avaient au plus le niveau du primaire, 67,5% étaient des agriculteurs, 68,3% de monogramme et 83,3% vivaient dans un rayon de 5 km d'un centre de santé. Notre population n'avait pas de bonnes connaissances sur le VIH: 2,5% ne connaissaient ni une voie de transmission ni un moyen de prévention et 11,9% pensaient que la voie sexuelle était l'unique voie de transmission et seulement 5% connaissaient les trois principales voies de transmission. 57,5% des FE ont partagé le résultat de leur sérologie avec leur partenaire, seulement 10% de notre population d'étude était sensibilisée sur la PTME avec un taux d'adhésion de 5%. Le fait d'avoir été sensibilisé sur la PTME était le seul déterminant statistiquement associé à l'acceptation du test. Par ailleurs la dotation en consommables PTME et l'organisation des services des formations sanitaires ne prenaient pas en compte les conjoints des FE. Après la sensibilisation de la population d'étude sur les avantages de la PTME 92,5% se sont déclarés prêts à faire le dépistage.

Conclusion: Ce travail suggère que les principaux obstacles à l'adhésion des partenaires des FE à la stratégie PTME sont : un défaut de sensibilisation de ces derniers, une insuffisance de dotation en consommables et une mauvaise organisation au niveau des centres de santé lors de la CPN.

Mot-clefs

VIH – PTME - partenaires des femmes enceintes – dépistage VIH –Burkina Faso

Abstract

Prevention of mother-to-child HIV transmission is a global health priority. Within the strategy PMTCT, counseling and testing conducted at the antenatal care is an effective tool with a membership rate increase among pregnant women according to UNAIDS (17% in 2007 and 21% in 2008 in the intermediate and low-income countries). Paradoxically, the detection rate for partners is very low (around 5%). Screening couples especially in countries where the HIV epidemic is generalized is essential to eliminate transmission of HIV from mother to child. Yet over a decade after implementing PMTCT in Burkina Faso, we find a low membership of spouses of pregnant women with this strategy hence the interest of this study in the health district of Solenzo in Burkina Faso to understand the reasons for this low adhesion.

The objective of this study was to identify factors associated with the low adhesion of spouses of pregnant women in the PMTCT strategy.

Methodology: Conducted a cross-sectional survey with descriptive purpose, the study population was pregnant adherent screening of PMTCT, obtained through random sampling Council spouses.

Results: One hundred and twenty partners whose average age was 34.8 years were included. 78.3% had at most primary level, 67.5% were farmers, 68.3% of monogamy, and 83.3% lived in a radius of 5 km of a health center. Our population did not have good knowledge about HIV: 2.5% knew neither a transmission way and a means of prevention, 11.9% believed that the sexual was the only way of transmission and only 5% knew the three main way of transmission. 57.5% of pregnant women have shared the results of their HIV status with their partner, only 10% of our study population was sensitized on PMTCT with a membership rate of 5%. Having been sensitized on PMTCT was the only factor statistically associated with the acceptance test. Moreover, the endowment PMTCT supplies and organization of health services did not take into account the joint FE. After the awareness study on the benefits of PMTCT 92.5% declared themselves willing to do the screening. Awareness on PMTCT was the only identifying statistically associated with the acceptance test. Furthermore staffing inputs PMTCT of health centers did not take into account spouses of pregnant women and no health centre does had taken them into account in the Organization of their service. After the awareness study on benefits of PMTCT 92.5% expressed willing to do the testing

Conclusion: This study suggests that the main obstacles to accession of pregnant women partners of PMCT strategy are: a lack of awareness of them, insufficient staffing and poor organizational supplies at health centers during the antenatal care.

Key-words

HIV- PMTCT- spouses of pregnant women- HIV testing- Burkina Faso

Liste des acronymes et abréviations utilisés

ARV: Antirétroviraux

AZT: Zidovudine

3TC: Lamivudine

CDV: Centre de Dépistage Volontaire

CCC: Communication pour un Changement de Comportement

CMA: Centre Médicale avec Antenne Chirurgicale

CPN: Consultation Prénatale

CSPS: Centre de Santé et de promotion Sociale

CTV: Centre de Test Volontaire

DGISS: Direction Générale des Informations Statistiques Sanitaires

DPASSN: Direction Provincial de l'Action Sociale et de la Solidarité Nationale

DPBA: Direction Provincial de l'Enseignement de Base

DPHARH: Direction Provincial de l'Hydraulique, de l'Agriculture et des Ressources Halieutiques

DRED: Direction Régionale de l'Economie et du Développement

DS: District Sanitaire

DSF: Direction de la Santé de la Famille

FE: Femme Enceinte

FS: Formation Sanitaire

IEC: Information-Education-Communication

INSD: Institut National de la Statistique et de la Démographie

IST: Infection Sexuellement Transmissible

MEBA: Ministère de l'Enseignement de Base

NVP: Névirapine

ONUSIDA: Programme Commun des Nations Unies sur le VIH/Sida

PF: Planification Familiale

PTME: Prévention de la Transmission Mère -l'Enfant

UNGASS: United Nations General Assembly Special Session on HIV/AIDS

Sommaire

Remerciements.....	i
Dédicace.....	ii
Résumé.....	iii
Mot-clefs.....	Erreur ! Signet non défini.
Abstract.....	iii
Key-words.....	Erreur ! Signet non défini.
Liste des acronymes et abréviations utilisés.....	iv
Sommaire.....	1
Introduction.....	3
1 Problématique.....	5
1.1 Énoncé du problème.....	5
1.2 Justification de l'étude.....	7
1.3 Objectifs de l'étude.....	8
2. revue bibliographique.....	9
2.1 Définition des concepts.....	9
2.2 Situation de l'infection à VIH dans le monde.....	10
2.3 La prévention de la transmission mère enfant du VIH.....	11
2.4 Le programme PTME du Burkina Faso.....	13
2.5 Les services du conseil dépistage.....	16
2.6 Les déterminants de l'acceptation dépistage.....	16
3. cadre d'étude et méthodologie.....	19
3.1 Cadre de l'étude.....	19
3.1.1 Présentation générale du Burkina Faso.....	19
3.1.2 Le district sanitaire de Solenzo.....	20
3.2 méthodologie.....	23
3.2.1 Type de l'étude.....	23
3.2.2 Population d'étude.....	23
3.2.3 Procédé de l'échantillonnage de la population d'étude.....	24

3.2.4 Collecte des données.....	24
3.2.5 Analyse des données.....	24
3.2.6 Considération éthique.....	25
4. Résultats.....	26
4.1 Caractéristiques sociodémographiques.....	26
4.2 Accessibilité géographique.....	28
4.3 Connaissances générales sur le VIH/SIDA.....	28
4.4 Partage des résultats du test avec le conjoint.....	29
4.5 Sensibilisation sur la PTME.....	29
4.6 Adhésion au conseil dépistage.....	30
4.7 Facteurs associés à la non adhésion des conjoints à PTME.....	30
4.8 Intention d'acceptation du conseil dépistage.....	31
4.9 Organisation des services.....	32
5. Discussion et commentaire.....	33
6. conclusion.....	39
7 Références bibliographiques	42
8 Liste des illustrations	45
9 Liste des tableaux.....	46
10 Annexes.....	47

Introduction

Le VIH/SIDA demeure un grand défi pour l'humanité et une menace majeure pour la santé mondiale. En 2008, le nombre de personnes vivant avec le VIH (PvVIH) était estimé à 33,4 millions dont 2,7 millions de nouvelles infections et deux millions de décès. L'Afrique qui ne représente que 10% de la population mondiale est le continent le plus touché avec 67% des personnes vivant avec le VIH, 68 % des nouvelles infections chez les adultes et 91% des nouvelles infections chez les enfants. Durant cette même année, 430 000 enfants de moins de 15 ans ont été infectés, majoritairement par la transmission materno-fœtale (ONUSIDA 2009).

Des études ont montré que dans des conditions idéales, une prophylaxie antirétrovirale et la fourniture de substituts du lait maternel pourraient réduire cette transmission de 30 à 35% au lieu de 1 à 2% en l'absence de telles interventions.

Au Burkina Faso pays situé en Afrique de l'ouest où l'épidémie du VIH est de type généralisée en 2008 la prévalence globale du VIH chez les femmes enceintes (FE) âgées de 15 à 49 ans était estimée à 2,0% avec un intervalle de confiance de [1,8 - 2,4] (ONUSIDA 2009). Le pays dispose d'un programme national de la prévention de la transmission mère –enfant (PTME) du VIH dont la mise en œuvre a débuté en mai 2002. A ce jour ce programme est en vigueur dans toutes les structures de soins du pays. L'acceptation du conseil dépistage lors de la consultation prénatale (CPN) constitue la porte d'entrée de la cliente dans ce programme.

Dans un contexte marqué par une faible fréquentation des services de santé par les populations y compris les FE, le rapprochement des services, la gratuité de la CPN et l'implication des acteurs communautaires dans les activités promotionnelles ont permis de renforcer les performances de ce programme. Si ces interventions ont permis d'augmenter l'adhésion des femmes enceintes au programme, l'implication de leurs partenaires reste très faible, la PTME étant considéré comme un programme strictement réservé aux femmes. Pourtant une bonne implication du partenaire de la femme enceinte par un conseil dépistage du couple a l'avantage de considérer le couple dans la dispensation des services et d'avoir une implication plus active de l'homme dans le suivi de la grossesse. Le nombre de plus en plus accru de couples sérodiscordants pourrait compromettre l'atteinte des objectifs internationaux et nationaux sur la lutte contre la transmission mère-enfant.

En Ouganda, on estime que 43% des infections incidentes en 2008 concernaient des personnes engagées dans une relation monogame sérodifférente (Wabwire-Mangen *et al.* 2009). Au Swaziland, une part comparable des nouvelles infections (50%–65%) toucheraient des personnes engagées dans une relation hétérosexuelle régulière à long terme (Mngadi *et al.* 2009).

La réalisation de l'élimination de la transmission du VIH de la mère à l'enfant passera sans doute par un conseil dépistage centré sur le couple d'où l'importance de mener une étude sur les déterminants de la faible adhésion des partenaires des FE au dépistage afin de mieux définir les stratégies et les activités adaptées.

Le présent mémoire décrit une étude consacrée à identifier les facteurs de la faible adhésion des partenaires des femmes enceintes au dépistage dans le but d'orienter la stratégie PTME en la recentrant sur le dépistage du couple. Le document s'articule autour de quatre chapitres. Le premier chapitre traite de la problématique de l'étude notamment l'énoncer du problème et la justification de l'étude. Le deuxième chapitre dresse l'état des lieux de l'épidémie du VIH et des déterminants associés à l'acceptation du conseil dépistage. Le troisième chapitre présente les résultats auxquels nous sommes parvenus. Le dernier chapitre est constitué de la discussion des résultats et de l'énoncé des propositions.

1 . PROBLEMATIQUE

"Aucun bébé africain ne doit naître avec la VIH à l'horizon 2015". Michel Sidibé directeur exécutif de l'ONUSIDA. (Dakar 20 avril 2010)

« Je crois sincèrement qu'un nouveau dynamisme est possible pour empêcher le décès des mères et sauver leurs bébés d'une infection au VIH » Me. Wade, Président sénégalais, (Kampala le 27 juillet 2010)

Les déclarations de ces deux personnalités à elles seules pourraient résumer l'intérêt, la pertinence et la justification de notre étude.

1.1 Enoncé du problème

Selon les estimations de l'ONUSIDA pour l'Afrique subsaharienne, 60 % des personnes vivant avec le VIH sont des femmes, la plupart d'entre elles appartenant à la tranche d'âge ouverte à la maternité. En l'absence d'une action de prévention, l'infection au VIH de la mère se transmet directement au nourrisson. (ONUSIDA 2009)

La prévention de la transmission mère –enfant du VIH est un axe majeur parmi les stratégies de lutte contre l'infection à VIH. Sur les 33,4 millions de PVVIH que comptait le monde en 2008, 2,1 millions étaient âgés de moins de 15 ans. La majorité de ces enfants vivent en Afrique. En effet en 2008 selon l'ONUSIDA 90% des FE séropositives du monde vivent dans 20 pays dont 19 en Afrique. (ONUSIDA 2009). Les guerres, la pauvreté, les migrations, certaines pratiques socioculturelles et l'ignorance en sont les principaux déterminants. Une récente analyse épidémiologique exhaustive menée conjointement à l'étude des modes de transmission au Lesotho a déterminé que la violence physique et sexuelle était un facteur essentiel de la grave épidémie du VIH dans le pays (Khubotlo et al, 2009). Selon une récente étude, 47% des hommes et 40% des femmes du Lesotho estiment que les femmes n'ont pas le droit de refuser des rapports sexuels avec leur mari ou leur compagnon (Andersson et al. 2007). Face à cette situation la riposte mondiale a placé la prévention de transmission mère-enfants du VIH au cœur de ses priorités, nous pouvons citer entre autres:

- La session extraordinaire de l'assemblée générale des nations unis en 2001 (UNGASS) qui avait fixé comme objectif de réduire de 20% le nombre de nourrissons infectés par la VIH en 2005 et de 50% en 2010.
- La déclaration de l'assemblée générale des nations unis sur l'accès universel qui fixait comme objectif de dépister au moins 80% de FE.
- la PTME est classée parmi les neuf domaines prioritaires de l'ONUSIDA durant la période 2009-2011.
- lors du sommet du haut niveau de l'union africaine tenue du 25 au 27 juillet 2010 à Kampala en Ouganda les participants ont affirmé dans le communiqué final que la réalisation des objectifs 4

et 5 du millénaire pour le développement repose sur la prévention de la transmission mère-enfant du VIH en Afrique.

Ces engagements au plus haut niveau ont entraîné des résultats encourageants. Ainsi le conseil et dépistage du VIH chez les femmes enceintes a augmenté avec l'expansion des méthodes à l'initiative du soignant dans les établissements de santé. En 2008, 21% des femmes enceintes accouchant dans des pays à revenu faible ou intermédiaire avaient fait un test du VIH, contre 15% en 2007. En Afrique subsaharienne, le pourcentage correspondant est passé de 17% à 28%, avec des taux particulièrement élevés dans les pays d'Afrique orientale et australe. (OMS-UNICEF-ONUSIDA 2009)

Le pourcentage de femmes enceintes séropositives au VIH qui ont reçu des antirétroviraux pour prévenir la transmission du VIH à leurs enfants est passé de 35% [29–44%] en 2007 à 45% [37–57%] en 2008. En Afrique subsaharienne, les pays d'Afrique orientale et australe ont fait état de progrès substantiels, avec une couverture de 58% [47–76%] en 2008. La couverture de la prophylaxie antirétrovirale chez le nourrisson a aussi augmenté et s'est établie à 32% en 2008, contre 20% en 2007. (OMS-UNICEF-ONUSIDA 2009)

Au Burkina Faso pays de l'Afrique occidentale où l'épidémie du VIH est considérée comme généralisée, la lutte contre le VIH est une priorité nationale. Le conseil national de lutte contre le VIH et les IST créé en réponse à la pandémie est chargé d'élaborer et de coordonner la lutte sur l'ensemble du territoire national. La mise en œuvre des différents programmes a permis d'avoir des résultats significatifs. En effet cela a permis d'avoir une baisse constante de la séroprévalence: 7,17% en 1997, 2% en fin 2005 et 1,6% en fin 2007) (CNLS-IST, ONUSIDA 2010) Malgré ces performances le pays est confronté à plusieurs défis selon qui sont:

- La prévalence générale du VIH élevé (1,6%);
- Le niveau élevé de nouvelles infections chez les jeunes (50% de nouvelles infections)
- La féminisation de la pandémie (UNGASS 2010)

Concernant le cas spécifique de la lutte contre la transmission mère-enfant du VIH, un programme national PTME a été élaboré en 2002. Le deuxième programme national PTME 2006-2010 est en cour d'exécution. Ce programme comporte cinq (5) composantes qui sont :

- Composante I: La prévention primaire de l'infection à VIH chez les femmes en âge de procréer, les adolescent(e)s les jeunes ».
- Composante II : « La prévention des grossesses non désirées chez les femmes infectées par le VIH ».
- Composante III : « La prévention de la transmission du VIH par les mères infectées à leurs nourrissons ».
- Composante IV : « Conseils et soutien en alimentation à moindre risque pour la mère et l'enfant ».

- Composante V : « Traitement approprié, soins et soutien aux mères infectées, leurs enfants, leurs conjoints et leurs familles ».

La mise en œuvre du deuxième programme a permis de consolider les acquis du premier et d'étendre l'accessibilité géographique des FE à la PTME. Selon le rapport UNGASS 2010 du Burkina Faso, outre la couverture de l'ensemble des districts sanitaires (63), le nombre de sites a connu une hausse de 57,8% passant de 803 sites en 2008 à 1267 sites en 2009. Ceci représente 81% des formations sanitaires éligibles à la PTME en fin 2009 (1 564), soit une performance au-delà de l'objectif national fixé à 70%. Le nombre de femmes bénéficiaires de la PTME était de 310 583, soit un taux d'adhésion de 50,9% si l'on rapporte ce chiffre aux femmes vues en CPN (609 632). Le taux de séropositivité chez les femmes vues en PTME était estimé à 1,5%. (CNLS-IST, ONUSIDA 2010).

Au district sanitaire de Solenzo, la mise en œuvre du programme PTME a débuté en 2006 avec 13 centres de santé et de promotion sociale (CSPS), en 2010, il est mis en œuvre dans toutes les 30 formations sanitaires du district. En 2009 sur les 10208 nouvelles consultations prénatales enregistrées dans le district 5187 FE ont accepté le conseil-dépistage soit un taux d'adhésion de 50,81%. Durant cette même période, seulement 60 partenaires des femmes ayant accepté le dépistage sont venus faire le test soit un taux d'adhésion de 1,15% par rapport aux FE dépistées. Déjà en 1998, Cartoux et al, avaient noté dans leur étude sur l'acceptation des partenaires des femmes enceintes dans le cadre de la PTME, un taux d'adhésion inférieur à 1% en Afrique de l'ouest (Abidjan et Bobo-Dioulasso) (Cartoux et al, 1998). La faible adhésion des partenaires des FE pose un problème de prévention efficace de l'infection à VIH au cours de la grossesse, celles-ci et leurs enfants pouvant être infectés au cours de la grossesse, de l'accouchement ou durant la période de l'allaitement, la femme enceinte n'étant testée une seule fois et au premier contact avec les services de santé.

1.2 Justification de l'étude

Des études ont pourtant montré qu'un seul conseil dépistage de la femme n'entraîne pas de changement de comportement sexuel au sein du couple: Termmerman et al, en 1990 au Kenya dans leur étude avaient conclu qu'une séance de conseil unique était incapable d'influer sur les décisions relatives à l'utilisation du préservatif ou à la reproduction et que cependant, il est parfois difficile pour les femmes d'avoir une influence sur le comportement sexuel dans leur relation, étant donné que, dans la majorité des cas, leurs partenaires sexuels ne connaissent pas leur sérologie VIH. En outre, au Kenya comme ailleurs, les femmes ont souvent de la peine à discuter du VIH et du comportement sexuel avec leur partenaire régulier (Termmerman et al, en 1990).

Par ailleurs plusieurs études ont prouvé que le dépistage du couple entraînait un changement de comportement notable au sein du couple par l'adoption de comportements à moindre risque. En effet, les récents résultats présentés par l'essai multicentres CAPS/AIDSCAP/OMS/ONUSIDA sont encourageants. Cette étude démontre l'efficacité du conseil-dépistage pour prévenir la transmission du VIH dans les couples sérodifférents. (Coates et al, 1998 ; Sangiwa et al., 1998, 2000 ; Kamenga et al., 2000 ; Balmer et al., 2000 ; Furlong et al., 2000, Le Groupe d'études de l'efficacité du CTV, 2000). Des recherches antérieures effectuées en Afrique et aux Etats-Unis suggèrent également que le conseil-dépistage est plus efficace pour réduire le risque de VIH lorsque les deux partenaires participent

ensemble au processus, se communiquent les résultats de leur test et formulent des plans de réduction des risques fondés.

Le rapport de l'ONUSIDA sur l'impact du conseil-dépistage relevait que des taux élevés de sérodiscordance parmi les couples mariés ont été notés dans de nombreuses études et que conseiller le couple permet de surmonter les problèmes de divulgation aux partenaires et s'est révélé une intervention efficace dans les situations où il a été encouragé. (ONUSIDA 2002)

Dans de nombreux pays d'Afrique subsaharienne, la contribution significative aux épidémies des couples hétérosexuels à faible risque met en exergue la forte prévalence des couples sérodiscordants. Ainsi, au Kenya, environ 44% des personnes vivant avec le VIH en 2007 avaient un partenaire qui n'était pas infecté par le VIH (Ministère de la Santé du Kenya, 2009). Selon une étude menée auprès des ménages au Swaziland en 2006–2007, un couple vivant en ménage sur six est sérodiscordant (Central Statistical Office et Macro International, 2008).

Il est donc important que les programmes PTME développent des stratégies pour le dépistage du couple lors de la CPN et non en se limitant uniquement à la femme enceinte d'où l'intérêt et la justification de notre étude qui s'intéresse aux déterminants de la faible adhésion des conjoints des FE à la stratégie PTME au district sanitaire de Solenzo.

Questions de recherches

- Le défaut d'information des partenaires des FE sur la PTME n'est il pas la cause de leur faible adhésion à la PTME?
- L'organisation des services et la dotation en consommables PTME au niveau des Formation sanitaire prennent elles en compte les partenaires des FE?

Nous formulons l'hypothèse que la mise en œuvre au niveau opérationnel de la PTME ne prend pas en compte les partenaires de FE dans leur plan de communication et dans l'organisation des services.

1.3 Objectifs de l'étude

➤ Objectif général

Identifier les déterminants liés à la faible adhésion des partenaires des femmes enceintes à la stratégie PTME dans le but d'améliorer leur adhésion à cette stratégie.

➤ Objectifs spécifiques

- Décrire les caractéristiques socio économiques des partenaires des femmes enceintes
- Evaluer les connaissances des partenaires des femmes enceintes sur le VIH et la stratégie PTME
- Identifier les facteurs limitant l'utilisation des services de PTME par les partenaires des femmes enceintes.

2 REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

2.1 Définition des concepts

❖ Conseil VIH/SIDA

Il s'agit d'un dialogue confidentiel entre un client et un dispensateur de soins, dans le but de permettre au client de surmonter son stress et de prendre des décisions personnelles, et notamment des décisions en matière de prévention et de soins, en rapport avec le VIH/SIDA. Le processus du conseil englobe une évaluation du risque personnel de transmission du VIH et facilite l'adoption d'un comportement préventif.

- *Conseil VIH/SIDA avant le test*: dialogue entre un client et un dispensateur de soins, sur l'opportunité de faire le test VIH et sur ce qu'implique pour le client un résultat éventuellement positif, ainsi le client peut, de son plein gré et connaissance de cause, consentir ou ne pas consentir à se faire tester.
- *Conseil VIH/SIDA après le test*: dialogue entre un client et un dispensateur de soins, dans le but de parler des résultats du test VIH, de donner les informations qu'il convient, d'apporter un soutien, d'aiguiller, et aussi d'inciter à adopter un comportement propre à réduire le risque de contracter l'infection, si le test est négatif, ou de transmettre le VIH à d'autres, si le test est positif.

❖ consentement éclairé

Le consentement éclairé est fondé sur le principe selon lequel des individus aptes ont le droit de prendre des décisions en connaissance de cause, concernant leur participation ou leur consentement à certains événements dans le contexte d'une relation professionnelle entre personnel de soins et un patient/client. Le consentement éclairé protège le libre arbitre d'une personne et respecte son autonomie, en particulier en ce qui concerne les décisions se rapportant à son corps et à sa santé. Dans le domaine du VIH/SIDA, les professionnels de la santé ont le devoir, conformément à l'éthique, d'obtenir le consentement éclairé pour pouvoir pratiquer des tests VIH et d'autres interventions pour la santé au VIH/SIDA, et avant de dévoiler à d'autres toute information relative au VIH concernant le client/patient et notamment son statut sérologique.

❖ Conseil au partenaire (notification au partenaire, prise en charge du partenaire, recherche des contacts)

Il consiste à contacter les partenaires sexuelles (ou d'injection de drogues) d'un individu (client ou patient index) qui souffre d'une infection sexuellement transmissible (IST), y compris le VIH, et les prévenir qu'ils ont été exposés à l'infection. De cette façon, les personnes qui sont à haut risque d'IST/d'infection à VIH qui, la plupart du temps, ignorent qu'elles ont pu être exposé, sont contactées et

incités à consulter des services de conseil et de dépistage, de prévention et de traitement. Si cela est possible, la confidentialité est préservée, le nom du client index n'est pas communiqué aux partenaires.

2.2 Situation de l'infection à VIH dans le monde

Plus d'un quart de siècle après l'apparition du VIH/SIDA, l'épidémie reste un défi pour la communauté internationale. En 2008 le monde comptait plus de 33 millions de personnes vivants avec le VIH. Le point global sur l'étendu de l'épidémie est résumé par le tableau suivant:

Tableau I : récapitulatif de l'épidémie du VIH dans le monde en fin décembre 2008

Personnes vivant avec le VIH en 2008	
Total	33,4 millions [31,1 millions–35,8 millions]
Adultes	31,3 millions [29,2 millions–33,7 millions]
Femmes	15,7 millions [14,2 millions–17,2 millions]
Enfants, moins de 15 ans	2,1 millions [1,2 million–2,9 millions]
Nouveaux cas d'infection à VIH en 2008	
Total	2,7 millions [2,4 millions–3,0 millions]
Adultes	2,3 millions [2,0 millions–2,5 millions]
Enfants, moins de 15 ans	430 000 [240 000–610 000]
Décès dus au sida en 2008	
Total	2,0 millions [1,7 million–2,4 millions]
Adultes	1,7 million [1,4 million–2,1 millions]
Enfants, moins de 15 ans	280 000 [150 000–410 000]

Dans ce tableau, les fourchettes autour des estimations définissent les limites dans lesquelles se situent les chiffres mêmes, sur la base des meilleures informations disponibles. Source: ONUSIDA 2009

Cependant, derrière ces chiffres préoccupants, la réponse coordonnée de l'ensemble des acteurs commence à donner des résultats encourageants: la prévalence globale du VIH est stabilisée, mais à un niveau inacceptable et le nombre de nouvelles infections est en régression comme l'indique les figures suivantes.

Estimations mondiales 1990–2008

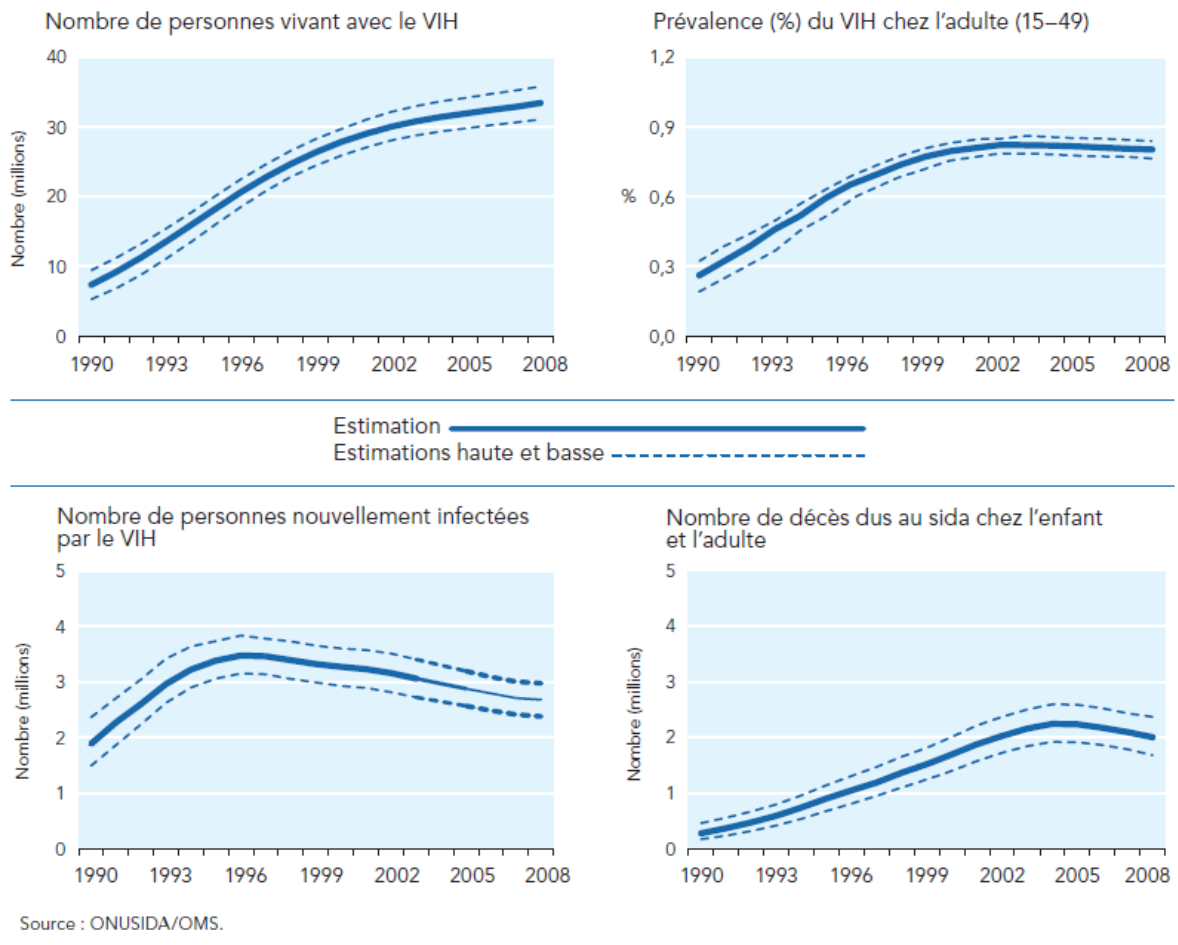
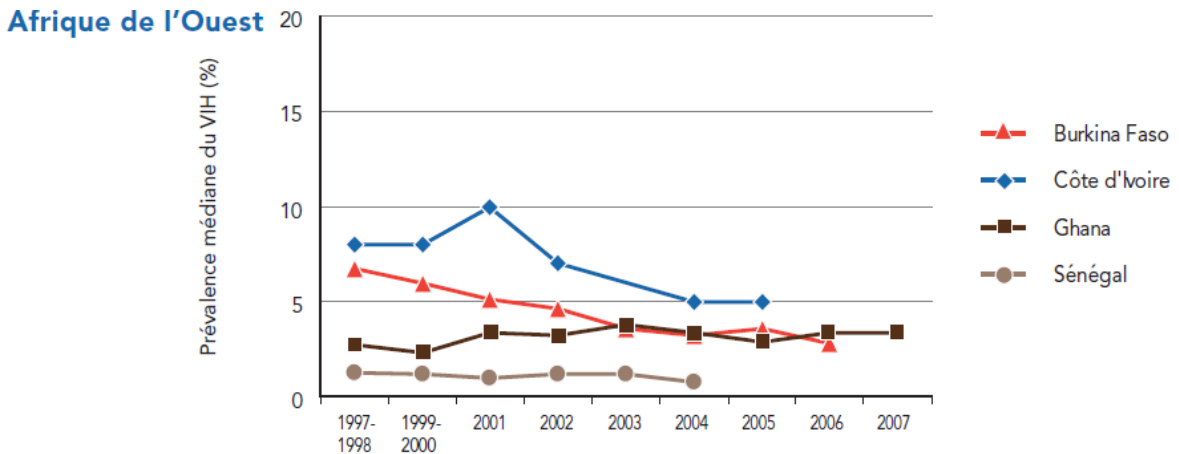


Figure 1: estimation mondiale de 1990-2008 de l'évolution de l'épidémie du VIH

2.3 La prévention de la transmission mère enfant du VIH

Le conseil et dépistage du VIH chez les femmes enceintes a augmenté avec l'expansion des méthodes à l'initiative du soignant dans les établissements de santé. En 2008, 21% des femmes enceintes accouchant dans des pays à revenu faible ou intermédiaire avaient fait un test du VIH, contre 15% en 2007. En Afrique subsaharienne, le pourcentage correspondant est passé de 17% à 28%, avec des taux particulièrement élevés dans les pays d'Afrique orientale et australe (ONUSIDA 2009).

En 2008, 45% des femmes enceintes séropositives au VIH recevaient des médicaments antirétroviraux visant à prévenir la transmission du virus à leur enfant, contre 9% en 2004. L'Afrique de l'est et l'Afrique australe avaient une couverture de 64% contre 16% pour l'Afrique de l'ouest et l'Afrique centrale (OMS-UNICEF-ONUSIDA 2009). Le virus est une cause directe ou indirecte de décès maternel. Une étude du Zimbabwe a montré que le VIH était responsable de 27% des décès maternels déclarés en 2006 (Munjanja S 2007). La figure suivante nous montre l'évolution de la prévalence du VIH chez les FE en Afrique de l'ouest.



Source ONUSIDA 2008

Figure 2: prévalence du VIH chez les FE vu en consultation prénatale en Afrique de l'ouest de 1997 à 2007

En 2007 l'OMS et l'UNICEF et le groupe de travail inter-agences ont fixés des objectifs et des niveaux de couverture recommandés pour prévenir la transmission mère-enfant du VIH et le traitement et soins du VIH chez l'enfant au niveau national. Ce sont:

- Au moins 80% de l'ensemble des femmes enceintes qui reçoivent des soins prénatals reçoivent aussi des informations sur la prévention de la transmission mère-enfant du VIH.
- Au moins 80% de l'ensemble des femmes enceintes qui reçoivent des soins prénatals sont dépistées pour le VIH, y compris celles dont il a été préalablement établi qu'elles vivent avec le VIH.
- Au moins 80% des femmes enceintes vivant avec le VIH reçoivent une prophylaxie antirétrovirale ou un traitement antirétroviral pour réduire le risque de transmission mère-enfant.
- Au moins 80% des femmes enceintes vivant avec le VIH qui ont besoin d'un traitement antirétroviral pour leur propre santé en bénéficient.
- Au moins 80 % des femmes enceintes vivant avec le VIH reçoivent un conseil en matière d'alimentation du nourrisson et un soutien au cours de la première visite de suivi du nourrisson.
- Au moins 80 % des femmes enceintes vivant avec le VIH sont orientées puis de fait enrôlées dans une prise en charge globale et longitudinale, y compris le traitement.
- Au moins 80 % des nourrissons nés de mères vivant avec le VIH bénéficient d'un test virologique pour le VIH dans les deux mois qui suivent leur naissance.
- Au moins 80 % des nourrissons nés de mères vivant avec le VIH reçoivent une prophylaxie par le cotrimoxazole.

Source:(OMS, UNICEF 2007)

2.4 Le programme PTME du Burkina Faso

Le programme initial de prévention mère enfant du VIH a démarré ses activités en 2001. Actuellement le deuxième programme couvrant la période 2006-2010 est en cours d'application. Son but est d'éliminer l'infection à VIH chez l'enfant. Les activités du programme ont été intégrées aux autres activités des formations sanitaires du système sanitaire du pays. Pour atteindre ses objectifs le programme PTME a cinq composantes globales qui sont:

COMPOSANTE I: La prévention primaire de l'infection à VIH chez les femmes en âge de procréer, les adolescent(e)s les jeunes ».

- IEC/CCC en matière de santé
- Conseil dépistage VIH avec possibilité de refaire régulièrement le test de dépistage
- Conselling dépistage VIH du couple
- Promotion des pratiques sexuelles à moindre risque, y compris la double protection,
- Consultations prénuptiale et préconceptionnelle.

COMPOSANTE II : « La prévention des grossesses non désirées chez les femmes infectées par le VIH ».

- Conseils et services de planning familial sur la santé de la reproduction.
- Conseil/dépistage dans les services de planning familial et de SR.
- Pratiques sexuelles à moindre risque, y compris la double protection (utilisation de préservatifs masculin ou féminin avec ou sans une autre méthode contraceptive).

COMPOSANTE III : « La prévention de la transmission du VIH par les mères infectées à leurs nourrissons ».

- utilisation d'ARV pour réduire la TME,
- pratique d'accouchements à moindre risque,
- Soins et prise en charge selon une approche familiale,
- conseil et dépistage du VIH : ils jouent un rôle majeur dans la mesure où une femme infectée qui est informée à temps de sa séropositivité peut tirer profit de ce paquet d'interventions

COMPOSANTE IV : « Conseils et soutien en alimentation à moindre risque pour la mère et l'enfant ».

- conseils et soutien en matière d'alimentation du nourrisson pour la réduction de la transmission du VIH par le lait maternel.
- conseil et soutien pour une alimentation équilibrée de la mère infectée.

COMPOSANTE V : « Traitement approprié, soins et soutien aux mères infectées, leurs enfants, leurs conjoints et leurs familles ».

- prévention et traitement des infections opportunistes,
- traitements antirétroviraux (trithérapie),

- soutien psychosocial et nutritionnel,
- soins de santé génésique y compris la PF.

Les services PTME sont offerts lors de la consultation prénatale. Les femmes enceintes reçoivent d'abord un counselling de groupe au cours de laquelle des informations d'ordre générale sont données sur le VIH: modalités de transmission et de prévention, disponibilité des services PTME dans la formation sanitaire et leur gratuité. Ensuite un conseil pré-test est systématiquement offert à chaque femme enceinte lors de la CPN. Le dépistage est immédiatement fait aux clients ayant donné leur accord. Les données sur la PTME du Burkina Faso en 2009 étaient les suivantes: la couverture de l'ensemble des districts sanitaires (63), le nombre de sites a connu une hausse de 57,8% passant de 803 sites en 2008 à 1267 sites en 2009. Ceci représente 81% des formations sanitaires éligibles à la PTME en fin 2009 (1 564), soit une performance au-delà de l'objectif national fixé à 70%. Le nombre de femmes bénéficiaires de la PTME a été de 310 583, soit un taux d'adhésion de 50,9% si l'on rapporte ce chiffre aux femmes vues en CPN (609 632). Le taux de séropositivité chez les femmes vues en PTME a été estimé à 1,5% (CNLS-IST, ONUSIDA 2010).

La figure suivante vous donne l'algorithme de dépistage et de diagnostic du VIH.

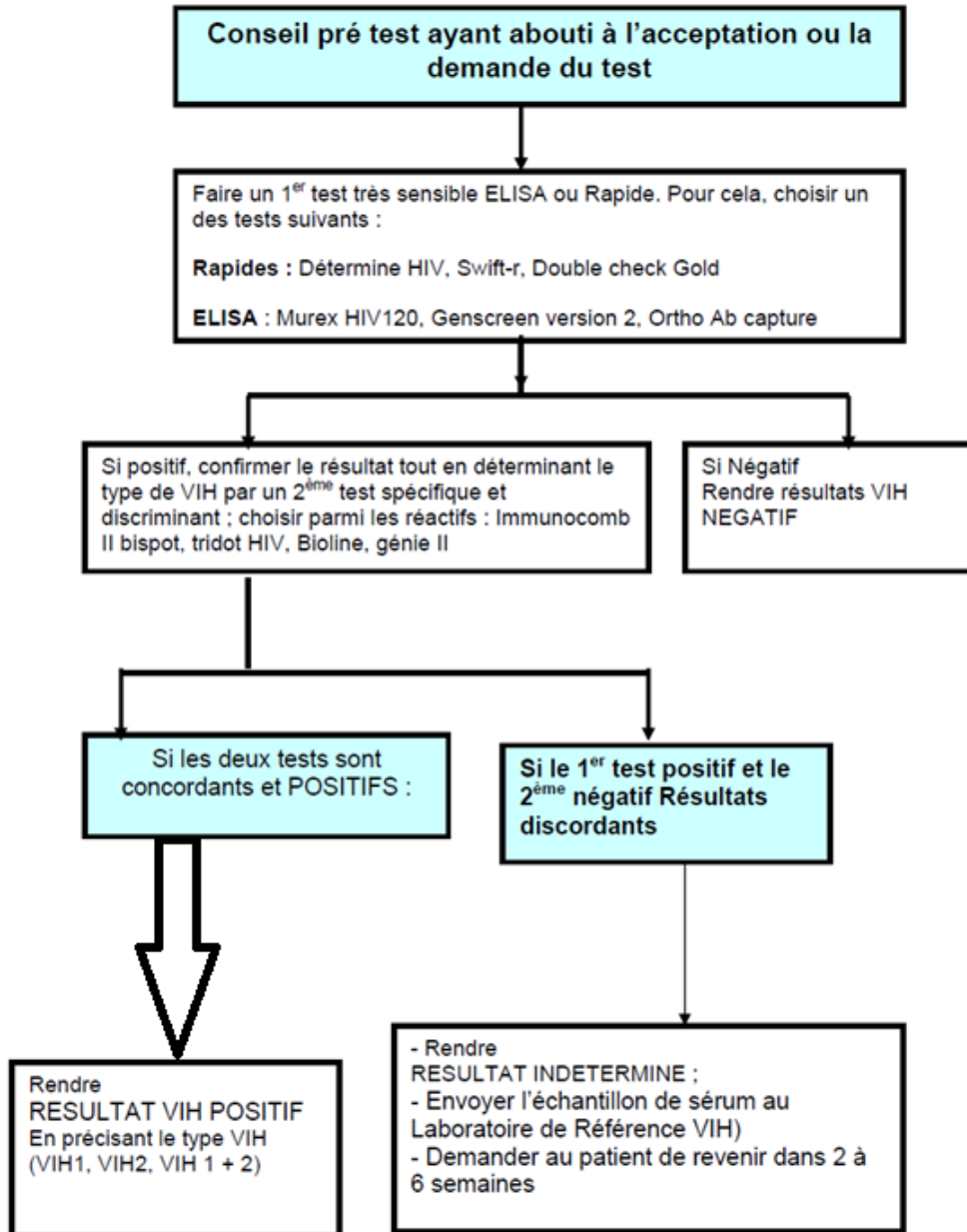


Figure 3: Algorithme de dépistage et de diagnostic du VIH au Burkina Faso

Les FE dépistées séropositives sont enrôlées dans la file active des PVVIH du district. Ensuite elles sont prises en charge conformément au protocole nationale de la prévention de la transmission mère-enfant du VIH. Tous les services offerts dans le cadre de la PTME sont gratuits.

Tableau II: Protocole national de la prévention de la transmission mère-enfant du VIH au Burkina Faso

Régime de traitement	Temps d'administration		
	Pendant la grossesse	Pendant le travail	En post-partum
Régime retenue	AZT 300mg X 2/Jour à partir de la 28^{ème} semaine de grossesse	NVP 200 mg en dose unique + AZT/3TC 300mg/150mg en dose unique	Mère: AZT/3TC 300mg/150mg X2/jour pendant 7 jours Enfant: NVP (2mg en dose unique) + AZT 4mg/kg x 2/jour pendant 7 jours
alternative		NVP 200 mg en dose unique + AZT/3TC 300mg/150mg en dose unique	Mère: AZT/3TC 300/150mg x 2/jour pendant 7jours Enfant: NVP (2mg en dose unique) + AZT 4mg/kg x 2/jour pendant 4 semaines

NB : 1) Si la mère a reçu moins de 4 semaines d'AZT pendant la grossesse, l'enfant devrait recevoir 4 semaines d'AZT au lieu d'une semaine.

2) Si la mère est éligible pour le traitement ARV, administrer la le traitement. Dans ce cas elle ne prend plus le traitement prophylactique et à la naissance donner à l'enfant le traitement du post- partum.

2.5 Les services du conseil dépistage

En 2008, 119 pays ont déclaré 95300 établissements de santé dispensant des services de conseil et dépistage contre 30 500 notifiées par 81 pays en 2007 et 21 900 par 52 pays en 2006. Dans 66 pays à revenu faible ou intermédiaire qui ont notifié des données comparables pour 2007 et 2008, le nombre total d'établissements sanitaires a augmenté d'environ 35%, passant de 25 000 centres en 2007 à 33600 en 2008, l'accroissement variant de 1,5 à 2 fois selon les régions. En Afrique subsaharienne, le nombre total d'établissements assurant des services de conseil et dépistage du VIH a augmenté de 50%, de 11 000 en 2007 à 16 500 en 2008, dans les 37 pays de la région possédant des données comparables pour 2007 et 2008. Le Burkina Faso est passé de 454 à 815 centres. (OMS-UNICEF-ONUSIDA 2009).

2.6 Les déterminants de l'acceptation dépistage (ONUSIDA 2002)

L'ONUSIDA a retenu six obstacles pouvant limiter la fréquentation des centres de dépistage:

- **La méthode de notification/confidentialité**

Le manque de confidentialité peut influencer sur la fréquentation des CDV en particulier lorsque la population est préoccupée par les questions de confidentialité ou appartient à des groupes qui manquent déjà de soutien ou sont marginalisés.

Une étude réalisée aux Etats-Unis a examiné l'effet de la notification nominale sur la fréquentation des services de CDV dans les programmes financés par des fonds publics, qui testent environ 2,5 millions de personnes chaque année. On craignait que l'introduction de la notification nominale aux fins de surveillance ne pousse certaines personnes à éviter le test. Mais aucun effet important n'a été observé dans la fréquentation des centres de dépistage après l'introduction de la notification nominale, bien que, dans certains Etats, il se soit produit une réduction non significative du nombre des tests parmi les Afro-américains et les CDI (Nakashima et al, 1998).

D'autres études ont rapporté que l'introduction du dépistage anonyme accroissait le dépistage chez les populations à haut risque (Fehrs et al. 1988, Hoxworth et al. 1994, Hirano et al, 1994).

- **Stigmatisation/facteurs de société/actualité**

La stigmatisation et la discrimination peuvent jouer un rôle important dans la fréquentation du CDV dans diverses communautés. Il a été avancé que l'engagement politique dans la prévention et la prise en charge du VIH a entraîné une diminution de la discrimination et donc un accroissement de la demande de CTV en Ouganda, par rapport aux pays voisins (ONUSIDA 2002).

Il a été démontré qu'une personnalité ou un membre estimé de la communauté qui annonce qu'il ou elle a fait un test permet de réduire la stigmatisation et d'améliorer la fréquentation des centres de dépistage. Par exemple, lorsque Magic Johnson a annoncé avoir fait le test et qu'il était séropositif, on a observé aux Etats-Unis une augmentation significative du nombre de personnes demandant le CTV (CDC, 1993).

- **Disponibilité du traitement et des ARV**

Dans les pays en développement, le manque de traitements antirétroviraux et de services de soutien médical et social à l'intention des personnes vivant avec le VIH est indiqué comme une des raisons du faible succès du CTV (Baggaley et al. 1995).

- **Test simple/rapide (S/R)/dépistage en un jour**

Des études ont montré que lorsque les individus peuvent obtenir les résultats de leur test VIH en quelques heures grâce aux techniques simples/rapides, ils ont beaucoup plus de chances de recevoir leurs résultats que s'ils doivent attendre une à deux semaines. Les taux de fréquentation du CDV peuvent donc être améliorés en utilisant les tests S/R (ONUSIDA 2002).

- **Mobilisation communautaire par l'information, l'éducation et la communication**

(IEC)

La fréquentation des services de CDV risque d'être faible s'ils ne sont pas présentés dans le cadre d'un programme global de prévention du VIH, de prise en charge et de soutien. On estime qu'une IEC appropriée et la mobilisation de la communauté constituent des éléments importants pour assurer une bonne fréquentation des services de CDV associés aux interventions de prévention de la TME (UNICEF, 2000).

- **Mauvaise qualité des services**

Une étude réalisée en Inde a révélé que certains clients qui avaient été testés dans des hôpitaux ne connaissaient pas leur sérologie VIH et n'avaient jamais bénéficié d'un suivi (Abraham et al. 1998). Ces auteurs affirment que les services devraient correspondre aux besoins du groupe cible, y compris à ses besoins médicaux et émotionnels, si l'on souhaite maximiser la participation et l'implication des clients. La mauvaise qualité des services de CTV a également été signalée comme un problème considérable par les auteurs d'une étude en Afrique du Sud (Viljoen et al. 1998). Seuls 85% des personnes questionnées avaient donné leur consentement au dépistage et 48% seulement avaient reçu un conseil suffisant avant le test. Les auteurs affirment que l'absence de changements de comportement après le CTV pourrait être attribuable à la mauvaise qualité du conseil qu'ils ont pu observer.

3. CADRE D'ETUDE ET METHODOLOGIE

3.1 Cadre de l'étude

Notre étude s'est déroulée dans le district sanitaire de Solenzo au Burkina Faso.

3.1.1 Présentation générale du Burkina Faso

Le Burkina Faso est un pays enclavé situé en Afrique l'ouest. Il partage les mêmes frontières avec six autres pays (Bénin, Côte d'Ivoire, Ghana, Mali, Niger et Togo), et constitue un important pays de transit (routier) de par sa situation géographique. Il couvre une superficie de 274 000 km².

Sur le plan administratif, le pays est découpé en 13 régions administratives, 45 provinces, 350 départements, 49 communes urbaines et 8228 villages.

❖ Les caractéristiques sociodémographiques

Du point de vue démographique, selon l'INSD la population en 2010 du Burkina Faso est estimée à 15 224 780 habitants avec une densité 51,15 habitants au Km². Cette population est jeune avec une prédominance féminine (51,7%). L'indice synthétique de fécondité est estimé à 6,2.

La grande majorité de cette population (77,3%) réside en milieu rural. L'espérance de vie à la naissance est de 53,8 ans (RGPH 2006). Le taux brut de mortalité et le taux de mortalité maternelle en 2006 étaient respectivement de 11,8 pour 1000 et 307 pour 100 000 (INSD).

❖ Sur le plan économique

Le Burkina se classe 173^{ème} sur 177 pays avec un Indice de développement humain (IDH) estimé à 0,3702 en 2010. Par ailleurs, les résultats de l'enquête burkinabé sur les conditions de vie des ménages réalisée en 1998 et 2003, décrivent une tendance à l'augmentation de l'incidence de la pauvreté qui est passée de 45,3% en 1998 à 46,4% en 2003. Les données récentes montrent un profil de la pauvreté en augmentation aussi bien en zone rurale qu'en zone urbaine, avec un écart entre riches et pauvres plus important en milieu urbain (UNGASS 2010).

❖ Sur le plan de l'éducation

En 2007, le taux brut de scolarisation était de 66,5%. De fortes disparités persistent selon le sexe, les zones géographiques et le milieu de résidence. En 2006-2007, le taux brut de scolarisation des garçons au niveau national était de 71,7% et de 61,2% pour les filles (Annuaire statistique du MEBA 2006-2007).

❖ Sur le plan sanitaire

L'organisation du système sanitaire est de type pyramidal, on distingue deux types d'organisations:

Une organisation administrative à trois niveaux: le niveau central (cabinet du ministre, le secrétariat général et les services centraux du ministère), le niveau intermédiaire comprenant les directions régionales de la santé et le district sanitaire le niveau périphérique.

Une organisation technique également à trois niveaux: le premier niveau correspondant au district sanitaire avec deux échelons (le CSPS et le CMA), le deuxième niveau constitué par CHR et le troisième niveau correspondant aux CHU.

❖ Profil épidémiologique du VIH

Concernant la situation de la séroprévalence, selon le rapport 2008 de l'ONUSIDA, la prévalence moyenne de l'infection à VIH au sein de la population adulte du Burkina Faso est estimée à 1,6% en fin 2007, dans un intervalle [1,4-1,9]. Les autres données se présentent comme suit :

- 130 000 personnes vivant avec le VIH,
- 120 000 adultes vivant avec le VIH, dont 61 000 sont des femmes,
- 10 000 enfants vivants avec le VIH
- 10 000 décès dus au sida,
- 100 000 enfants estimés orphelins du fait du SIDA. (ONUSIDA 2008)

3.1.2 Le district sanitaire de Solenzo

Le district sanitaire de Solenzo est situé dans la région de la boucle du Mouhoun et est limité :

- Au Sud par le district sanitaire de Dandé dans la province du Houet
- A l'Est par le district sanitaire de Dédougou dans la province du Mouhoun
- A l'Ouest par la république du Mali (cercle de Yorosso).
- Au Nord par le district sanitaire de Nouna dans la province de la Kossi.

Le district sanitaire de Solenzo couvre la province des Banwa avec une superficie de 5 400 km² représentant environ 2% du territoire national.



Figure 4: situation géographique du District sanitaire de Solenzo

❖ **Structures administratives**

Le district sanitaire de Solenzo couvre la province des Banwa qui compte six départements (Balavé, Kouka, Sami, Sanaba, Solenzo et Tansila) et 6 communes dont une urbaine et les autres rurales. Il y a adéquation entre les limites administratives et sanitaires

La province compte 110 villages administrativement reconnus et 141 hameaux de culture. Ces derniers rendent souvent difficile les activités de planification sur la base d'une population bien maîtrisée.

❖ **Données géographiques**

• *Situation géographique - climat*

Le district sanitaire de Solenzo est situé dans la zone climatique pré-guinéenne avec : une saison pluvieuse de Mai à Octobre, marquée par un nombre élevé de cas de paludisme et de maladies diarrhéiques ; une saison sèche de Novembre à Avril et qui est propice à la propagation de certaines maladies infectieuses telles les méningites. En 2008 il est tombé 909,5 mm d'eau en 71 jours. (Source DPHARH)

La province des Banwa connaît à l'instar d'autres provinces du Burkina Faso des inondations exposant les populations aux maladies hydriques et à un éventuel déficit céréalier dans certains villages.

• *Hydrographie*

Le réseau hydrographique relève des bassins versants du Mouhoun et de la Kossi. Ces cours d'eau non pérennes pour la plupart sont alimentés par les pluies hivernales.

❖ *Données démographiques*

La population de responsabilité du district en 2010 est estimée à 297 234 habitants [source DGISS, Juillet 2009]. L'espérance de vie de la population est de 53,8 ans (RGPH 2006) à l'image de celle du pays.

❖ *Données socio culturelles*

• *Alphabétisation –scolarisation*

Le taux de scolarisation était de 59,2% en 2009. A ce rythme, l'objectif de 70% d'ici 2010 ne sera pas atteint. (Source DPBA Banwa 2009).

• **Langue et ethnies**

La population du district est composée de 53,07% de Mossi, 24,48% de Bobo et d'autres ethnies que sont les Samo, les Peulh, et les Marka (PDL Ouest Banwa 2007). Le jula est la langue de communication entre les différentes ethnies.

- *Rites -coutumes et interdits*

A l'instar des autres régions du pays, la femme n'est pas toujours représentée dans les sphères de décision communautaires.

Les mariages coutumiers et précoces restent la règle dominante.

En 2009, la direction provinciale de l'action sociale et de la solidarité nationale des Banwa a enregistré les cas suivants : l'excision (0), le mariage forcé (06), le lévirat (01), le viol (01), l'inceste (00). (Source : DPASSN 2009) .Ces chiffres ne traduisent pas la réalité du terrain.

- *Religion*

Plus de 80% de la population se réclament des deux grandes religions. Islam (69,13%), christianisme (13,27%). Les autres sont animistes (17,2%) ou sans religions (Source: INSD 2006). En pratique, pour bon nombre d'adeptes, il s'agit d'un syncrétisme religieux.

- ❖ *Données économiques*

- *Industrie Commerce*

La principale unité industrielle est l'usine d'égrenage de la SOFITEX qui est pourvoyeuse d'emplois. Cette population de travailleurs saisonniers et occasionnels constitue une population à risque de transmission des IST/VIH/SIDA.

- ❖ **Les données sanitaires en 2009**

Les infrastructures sanitaires du district sont : 30 centres de santé et de promotion sociale (CSPS) mettant en œuvre un paquet minimum d'activités (curatives, préventives et promotionnelles) et un centre médical avec antenne chirurgicale (CMA) fournissant un paquet complémentaire d'activités.

Le paludisme, les affections des voies respiratoires inférieures et les affections de la peau + plaie étaient les trois premières causes de motifs de consultation.

Les populations cibles et les indicateurs de santé sont présentés dans les tableaux ci-dessous:

Tableau III : populations cibles du DS de Solenzo de 2009 à 2010

Populations cibles	2009	2010
Population générale	288 107	297 234
Population des 0 à 5ans	50 102	54 584
Population des 5 à 14 ans	83 493	86 138
Grossesses attendues	14 405	14 532
Accouchements attendus	13 253	13 683

(Source : DRED RBMH, DGISS données actualisée à partir du recensement 2006)

Les mouvements migratoires sont internes et externes aboutissant à la multiplication des hameaux de cultures mais la prise en compte des données du dernier recensement permettra une meilleure planification des activités.

Tableau IV : indicateurs de santé de la province des Banwa

Indicateurs de santé	District sanitaire	RBMH	Nationale
Taux de mortalité générale (pour 1000hbts)	11,9	13,8	14,8
Taux de mortalité maternelle (pour 100 000hbts)	161,6	102,5	484
Indice de fécondité	6,9	ND	6,8
Taux de natalité (pour 1000hbts)	148,8	50,9	46,1
Taux de mortalité infantile (pour 1000hbts)	99,2	96,7	81

(Source: DRED RBMH 2009)

Le taux de natalité au niveau de la province est trois fois supérieur au taux national. Pour le taux de mortalité maternelle la comparaison est difficile, le taux provincial étant hospitalier.

3.2 Méthodologie

3.2.1 Type de l'étude

Il s'agit d'une enquête transversale à visée descriptive

3.2.2 Population d'étude

Critères d'inclusions:

- Etre le partenaire d'une femme qui a bénéficié d'un conseil dépistage du VIH dans le cadre de la PTME au cours du premier semestre 2010.
- Etre résident dans l'aire sanitaire du district sanitaire de Solenzo
- Avoir été enregistré dans le cahier de registre PTME
- Accepter de faire parti de l'étude

Critères d'exclusions

- Etre le partenaire d'une femme qui a bénéficié d'un conseil dépistage dans le cadre de la PTME mais ne résidant pas dans l'aire sanitaire du district de Solenzo.
- N'avoir pas été enregistré lors dans le cahier de registre PTME

3.2.3 Procédé de l'échantillonnage de la population d'étude:

Le district de Solenzo en 2010 comptait 30 formations sanitaires. 03 FS ont été tiré au hasard. Une liste de toutes les femmes enceintes ayant bénéficié de la PTME durant la période du 1^{er} janvier au 30 juin 2010 a été dressée sur la base des registres PTME de ces FS. La taille de la population préétabli était 10% du nombre de femmes figurant sur cette liste. Un pas d'échantillonnage de 10 a été choisi. Un premier numéro a été tiré au sort et les autres ont été obtenus en suivant le pas d'échantillonnage. A la fin une liste des clientes retenues a été dressée par formation sanitaire et communiqué à l'infirmier chef de poste de chaque formation sanitaire pour prendre contact avec le partenaire de ces femmes avant l'arrivée des enquêteurs sur le terrain.

3.2.4 Collecte des données

- Outils de collecte:

Une grille de collecte des données a été établit à cet effet et comportait deux principales parties:

La première destinée aux personnes interviewées portant sur les renseignements socio-économiques, la connaissance générale sur le VIH/SIDA et la stratégie PTME et une deuxième partie portant sur l'organisation des services offerts par les structures de soins.

- Déroulement de l'enquête:

Elle s'est déroulée du 20 au 29 août 2010. Pour éviter une influence des agents de santé chargés de la mise en œuvre de la stratégie au niveau des formations sanitaires concernées, l'enquête a été réalisé par deux étudiants de 6^{ème} année de médecine en stage rurale de santé publique dans le district avec l'aide de deux agents de santé du centre médicale avec antenne chirurgicale de Solenzo comme interprète. Les enquêteurs ont bénéficié d'une formation d'une journée afin d'harmoniser la compréhension des différents Items de la fiche de collecte. Une enquête préliminaire portant sur 10 personnes a été menée dans le but de tester la grille et d'y apporter des ajustements.

Deux méthodes ont été utilisées: l'interview des personnes retenues pour l'étude et les cahiers de gestion des intrants PTME, le cahier de rapport d'IEC, l'appréciation de l'organisation des services et le cahier des formations reçues par les agents.

3.2.5 Analyse des données

Les données recueillies ont été codées et analysées par le logiciel Epi info version 3.5.1 et le logiciel EXCEL 2007 pour l'élaboration des graphiques. Etant donné que nous avons des certaines données inférieures à 5, nous avons utilisé le test de Fisher pour mesurer les associations statistiques entre les variables avec la valeur $P=0,05$

3.2.6 Considération éthique

Cette recherche a respecté les normes nationales en vigueur sur les recherches de santé en population. Elle a été approuvée par le conseil de santé du district, puis par le conseil de santé régionale.

La sélection de la population s'est faite sans discrimination selon la race, l'ethnie ou la religion. Les données ont été recueillies de façon anonyme après un consentement éclairé de chaque participant.

4. RESULTATS

4.1 Caractéristiques sociodémographiques

❖ L'âge

Dans l'ensemble notre population d'étude était jeune, 71,7% avaient moins de 40 ans. L'âge moyen était de 34,8 ans avec des extrêmes allant de 20 ans et 59 ans. Nous avons regroupé cette variable en tranche d'âge de 10 ans. La classe d'âge de 30 -39 ans était majoritaire avec 42,5% comme l'indique le tableau ci-dessous:

Tableau V: distribution de la population en fonction des tranches d'âge

Tranches d'âge (années)	Effectifs (n=120)	Pourcentage (%)
20-29	35	29,2
30-39	51	42,5
40-49	23	19,1
50-59	11	9,2
Total	120	100

❖ Ethnie

Les 120 personnes étaient constituées de 55 mossis, 42 bobos, 11 samos, 8 dafing et 2 peuls. Les autres étaient constitués d'un sénoufo et d'un gouroussi. Les mossis qui sont des déplacés et les bobos qui sont les autochtones représentaient plus 80% de notre population d'étude.

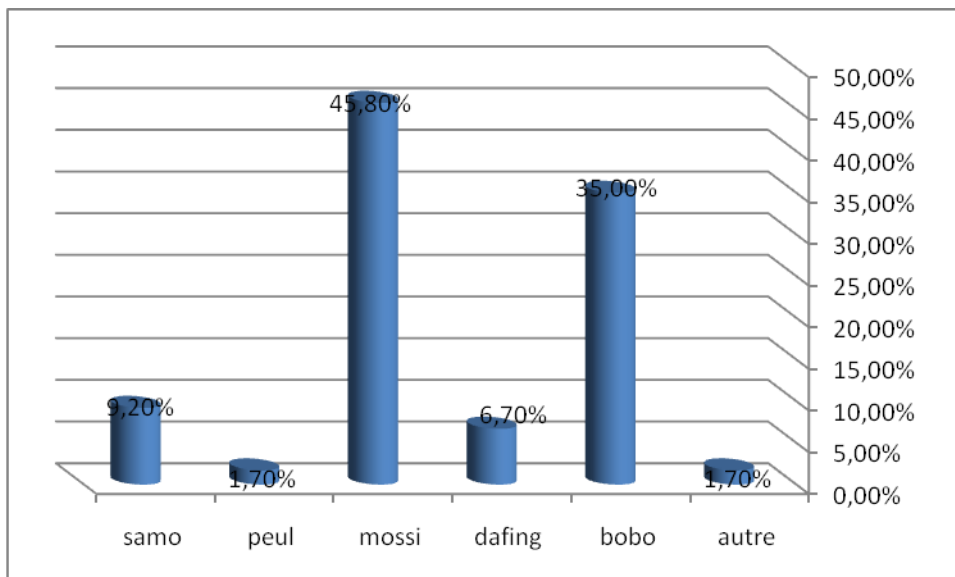


Figure 5: répartition de la population selon l'ethnie

❖ Religion

Toutes les personnes se réclamaient appartenir à une religion. Plus de 80% des personnes interrogées se réclamaient d'une des religions monothéistes avec une prédominance de la

religion musulmane (près de 60%). Cependant dans la plus part des cas il s'agit de syncrétisme religieux. La figure suivante nous montre la répartition des personnes en fonction de la religion.

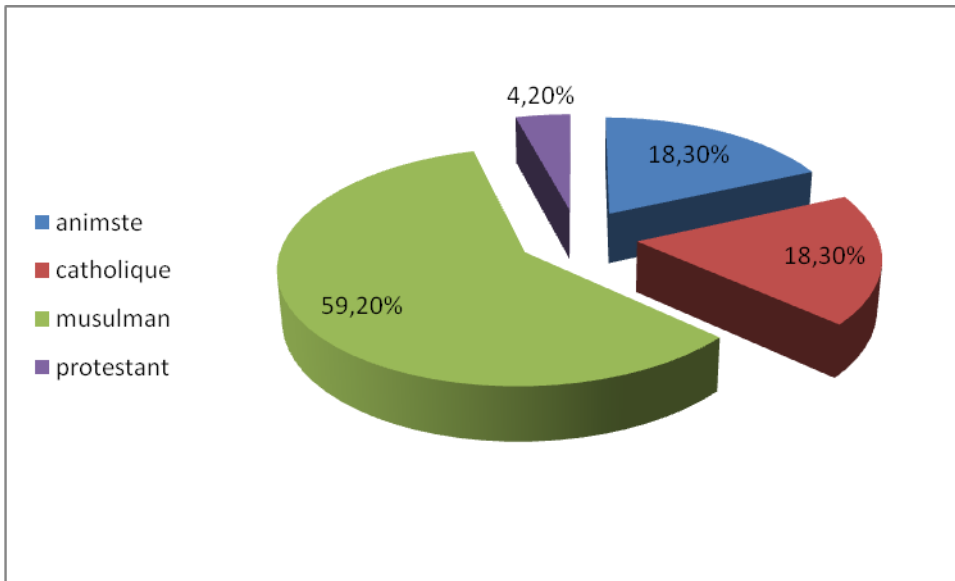


Figure 6: répartition de la population selon la religion

❖ **Le niveau d'étude**

Prêt de la moitié de notre échantillon était analphabète (52/120) et 55% n'ont pas été à l'école. Les alphabétisés (11,7%) sont des personnes ayant bénéficié d'une éducation non formelle en langue nationale. De façon générale notre population d'étude avait un bas niveau d'éducation, 78,3% des personnes avaient au plus le niveau du primaire. Le tableau suivant récapitule la distribution des personnes selon le niveau d'étude.

Tableau VI: répartition de la population selon le niveau d'étude

Niveau d'étude	Fréquence (n=120)	Pourcentage (%)
Niveau d'étude	Fréquence (n=120)	Pourcentage (%)
Aucun	52	43,3
Alphabétisé	14	11,7
Primaire	28	23,3
Secondaire	19	15,8
Supérieure	7	5,8
Total	120	100

❖ **Profession**

Plus de deux tiers de notre population était des agriculteurs et ou des éleveurs. Il s'agit des personnes pratiquant une agriculture traditionnelle sur de petite surface culturale. Le secteur informel regroupe des personnes faisant de petits boulots dans divers secteurs d'activités non structurés. Le tableau suivant précise la distribution de notre population d'étude en fonction de la profession.

Tableau VII: répartition de la population selon la profession

profession	Fréquence (n=120)	Pourcentage (%)
Agriculteur/éleveur	81	67,5
Salarié	15	12,5
Secteur informel	13	10,8
Commerçant	09	7,5
Etudiant	01	0,8
Sans emploi	01	0,8
Total	120	100

❖ Statut matrimonial

La monogamie était le mode d'union prédominant chez 80 couples (68,3 %), suivi de la polygamie dans 30,8% des cas. Dans la majorité des cas il s'agissait de mariage religieux et ou traditionnel, le mariage civil étant exceptionnel chez les populations vivant en milieu rural. Seule une personne avait une conjointe enceinte sans union.

4.2 Accessibilité géographique

Les personnes résidant dans un rayon 5 km d'une FS étaient considérées comme des populations ayant une accessibilité géographique. Cette distance a été retenue parce qu'au Burkina Faso l'accessibilité géographique est de 5 km pour les activités préventives et promotionnelles et de 10 km pour les activités curatives. La majorité des personnes de notre étude (83,3%) résidaient dans un rayon de 5 km d'une FS.

4.3 Connaissances générales sur le VIH/SIDA

❖ Information sur l'existence du VIH/SIDA

Toutes les personnes interrogées lors de notre étude ont déclaré avoir déjà entendu parler de l'existence du VIH/SIDA. Les principaux canaux d'information étaient les médias (42,3%), les agents de santé (37,8 %), et les campagnes de sensibilisation (17,4%). Les médias dans notre contexte sont essentiellement représentés par les deux stations de radio locale émettant dans la province. Les informations reçues des agents santé sont réalisées soit dans les FS lors des activités cliniques mais aussi lors des causeries planifiées et réalisées dans les différents villages et hameaux de culture de chaque aire sanitaire. Les campagnes de sensibilisation sont menées par les structures communautaires œuvrant dans le cadre de la lutte contre le VIH. Dans l'ensemble, la majorité des personnes (69,2%) ont reçu l'information par plusieurs canaux.

❖ Connaissance des moyens de transmissions et de prévention du VIH

Nous avons évalué la connaissance des modes de transmission du VIH chez les personnes de notre population d'étude. Nous avons retenu comme réponse la voie sexuelle, la voie sanguine y compris

l'exposition aux liquides biologiques et la transmission verticale mère-enfant. De façon générale 118/120 soit 98,3% connaissaient au moins un mode de transmission contre 2 personnes (1,7%) ne connaissaient aucun mode de transmission. Parmi les 118 personnes connaissant au moins un mode de transmission du VIH, 14 personnes soit 11,9 % ne connaissaient que la transmission sexuelle comme seule mode de transmission contre 104 personnes qui connaissaient au moins deux voies de transmission. Seulement 06 personnes (5%) connaissaient les trois principales voies de transmission du VIH.

117 personnes soit (97,5%) connaissaient au moins une mesure de prévention contre le VIH contre 3 personnes (2,5%) qui ne connaissaient aucune mesure. Par ailleurs 25,2% ont cité la fidélité contre le seul moyen de prévention sans ajouter après le dépistage du couple. On peut conclure que dans l'ensemble la population d'étude n'avait pas une bonne connaissance sur le VIH/SIDA.

4.4 Partage des résultats du test avec le conjoint

Afin de connaître si les FE après le dépistage partageaient leur résultat avec leur conjoint, nous avons demandé à ceux-ci s'ils connaissaient le statut sérologique de leur conjointe. Toutes les FE de notre échantillon étaient séronégatives. Parmi elle 69 soit 57,5% ont partagé leur résultat sérologique avec leur conjoint. La figure résume ces résultats.

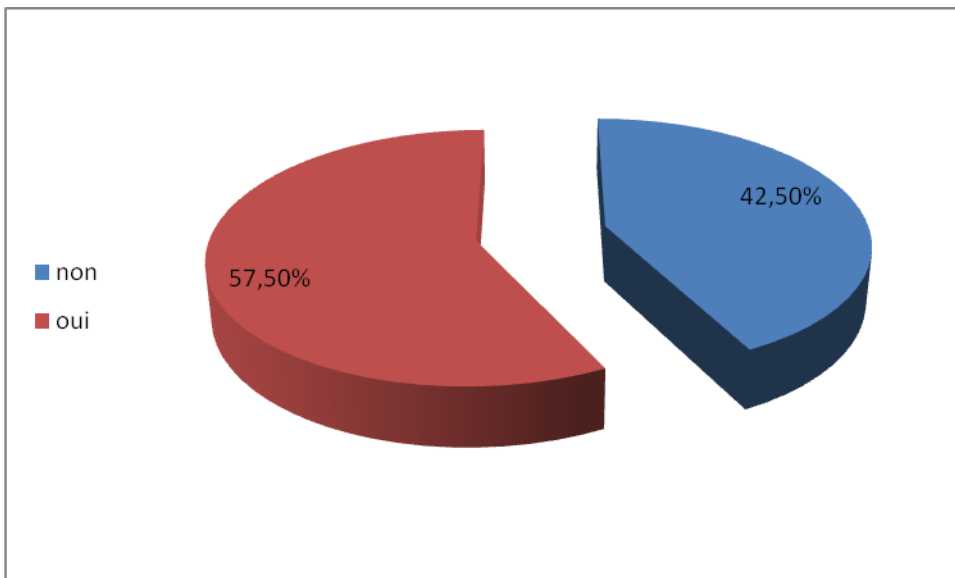


Figure 7 : répartition des personnes la connaissance du statut sérologique de la conjointe

Parmi les FE ayant accepté partager leur statut sérologique avec leur conjoint, 36 d'entre elles soit 30% ont suggéré à leur conjoint de faire leur test.

4.5 Sensibilisation sur la PTME

Nous avons constaté que très peu de personnes dans notre population d'étude avaient connaissance de la stratégie PTME. Seulement 12 personnes soit 10% ont déclaré avoir été sensibilisé sur la PTME. Dans deux cas sur trois cette sensibilisation a été faite par la conjointe et le reste par les agents de santé.

4.6 Adhésion au conseil dépistage

Nous avons cherché à savoir parmi notre population d'étude ceux qui avaient accepté faire leur conseil-dépistage dans le cadre de la PTME. Nous n'avons pas pris en compte en les dépistages réalisés dans d'autres cadres comme les campagnes massives de dépistage, ceux réalisés à but diagnostique ou dans le cadre de test obligatoire notamment lors des dons de sang et certains recrutements. Ont été retenu comme cas de dépistage PTME que ceux dont le dépistage était documenté c'est-à-dire inscription dans le cahier dépistage PTME. Le taux d'adhésion était faible avec seulement 6 personnes soit 5% de l'ensemble des personnes avaient accepté se faire dépisté avec leur conjointe. Il est à noter que toutes les personnes qui ont déclaré avoir fait le test ont été documentées, il n'y a eu aucune discordance entre les affirmations et les registres.

4.7 Facteurs associés à la non adhésion des conjoints à PTME

Nous avons recherché les facteurs qui étaient statistiquement associés à la non adhésion des conjoints des FE au conseil-dépistage. Les 6 personnes ayant accepté le test ont été toutes sensibilisées sur la PTME, 2 résidaient à plus de 5 kilomètres d'une FS, 2 avaient au moins 40 ans et 3 avaient un niveau d'étude élevé. Nous avons utilisé le test de Fischer en raison de la faiblesse des effectifs ($n < 5$).

Tableau VIII: Analyse univariée des facteurs associés à la faible adhésion des conjoints des FE à la PTME

Variables	Pourcentage d'acceptation du test (n=120)	P (Fischer)
Age		
20-40 ans	4,65	0,5471216478
40 ans et plus	5,88	
Accessibilité géographique		
Oui	4	0,3028100567
Non	10	
Niveau d'étude		
Bas	3,22	0,1266029498
élevé	11,11	
Sensibilisé à la PTME		
Oui	50	0,0000002530
Non	0	

P: probabilité de F

La faible adhésion des conjoints des FE à la PTME était principalement liée à un manque de sensibilisation. Seul le fait d'avoir été sensibilisé était statistiquement associé à la faible adhésion.

4.8 Intention d'acceptation du conseil dépistage après sensibilisation

Toutes les personnes ayant participé à notre étude ont bénéficié d'une sensibilisation sur la PTME par nos enquêteurs. Cette sensibilisation consistait à expliquer le bien-fondé de la PTME, de la nécessité de protéger l'ensemble de la famille du VIH surtout la mère et l'enfant, de même que les avantages de connaître très tôt son statut sérologique et les différents services disponibles gratuitement au profit des PvVIH en général dans leur hôpital de référence. En outre, ils ont été informés de la gratuité et de la disponibilité du conseil de dépistage dans les centres les plus proches, de même que le caractère volontaire et confidentiel de celui-ci. Après ces informations nous leur avons demandé s'ils étaient prêts à faire le conseil-dépistage.

Même si cela ne n'évaluait que l'intention des personnes à se faire dépister dans le cadre de la PTME, leur réaction a été encourageante. Plus de neuf personnes sur dix se sont dit prêts à faire le dépistage. La figure suivante nous donne le détail des résultats.

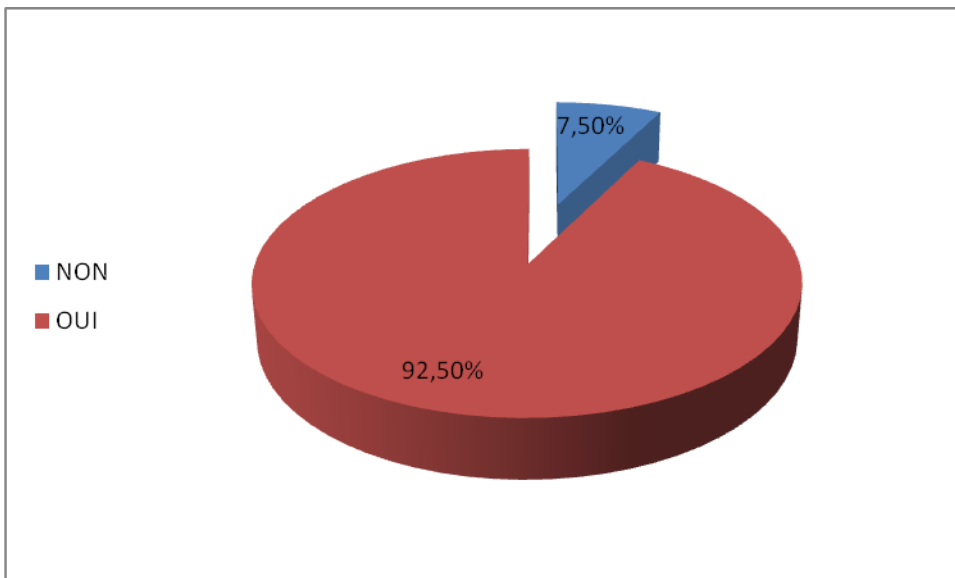


Figure 8 : répartition de la population en fonction de l'intention de faire le conseil-dépistage

Nous nous sommes intéressés aux raisons du refus des neuf personnes au dépistage après la sensibilisation. Le tableau récapitule les différents motifs de refus du conseil dépistage.

Tableau IX : Répartition des personnes selon le motif de refus du test VIH

Motifs du refus	Fréquence (n=9)	Pourcentage (%)
Peur	05	55,6
Refus de répondre	02	22,2
Confiance en soi	01	11,1
Je ne sais pas	01	11,1
Total	09	100

La peur de connaître sa sérologie si elle était positive était le principal motif de refus. Les deux personnes ayant refusé de répondre ont avancé des raisons personnelles.

4.9 Organisation des services

Nous avons apprécié au niveau des trois FS l'offre du conseil-dépistage afin de rechercher des facteurs pouvant limiter l'accès des conjoints des FE au dépistage. Il est à noter que le test du VIH est gratuit dans toutes les FS du pays.

- **Service de dépistage VIH**

Aucune FS ne disposait d'un service de dépistage VIH. La quasi-totalité des tests réalisés étaient au profit des FE. Un dépistage n'était proposé au conjoint que si l'une d'elle était séropositive. Cependant il était possible pour un homme de faire le conseil- dépistage s'il exprimait le besoin. La mise en œuvre du dépistage à l'initiative du soignant en milieu de soins préconisé par l'OMS n'était pas encore effective dans les FS que nous avons visités.

- **La disponibilité et la gestion des intrants PTME**

La dotation en consommables est trimestrielle mais avec la possibilité de faire des commandes d'urgence. La prévision était calculée sur la base des femmes enceintes objectif-période attendues par FS sans inclure leur conjoint. Par ailleurs toutes les FS ont connu des ruptures d'intrants respectivement de 17 jours, 11 jours et 8 jours ce qui fait une moyenne de 12 jours de rupture au cours du premier semestre 2010. Cela signifie donc un arrêt temporaire de l'activité durant ces périodes. L'origine de ces ruptures était toutes due à une rupture au niveau du district. De façon générale il n'était techniquement possible de faire le test VIH au FE et leur conjoint car il n'y avait pas assez d'intrant ce qui amène les agents de santé à ne dépister que les FE.

- **Population cible des séances d'IEC réalisées au niveau des FS**

L'analyse du cahier de rapport d'IEC a été utilisé pour apprécier la sensibilisation des communautés sur la PTME donc seules les activités de communication ayant bénéficié d'une traçabilité écrite ont été considéré. Dans les trois CSPS au moins une séance d'IEC par semaine a été réalisée mais le public cible était exclusivement les femmes enceintes. Au cours de ces séances, les FE sont sensibilisées sur les modes de transmission du VIH, les moyens de prévention, avec un accent particulier sur la transmission verticale et sur la gratuité des services offerts.

5. Discussion

❖ Résumé des principaux résultats

L'étude que nous avons réalisée nous a permis de savoir que les conjoints des FE étaient essentiellement jeunes avec un âge moyen de 34,8 ans, la plupart étaient des agriculteurs et ou éleveurs (78,3%) avec un bas niveau d'éducation (78,3%) et habitaient dans un rayon de 5 km d'une formation sanitaire (83,3%). Les 3 principales langues parlées par les populations sont le Mooré 45,8%, le Bobo 35%, et le San 9,2%. Plus de la moitié des conjointes (57,7%) avaient partagé le résultat de leur test VIH avec leur conjoint. Seulement 10% des partenaires des FE avaient déjà été sensibilisé sur la PTME et 5% avaient fait leur dépistage mais après sensibilisation de ceux 92,5% se sont déclaré prêt à faire le dépistage. Le fait d'avoir été sensibilisé sur la PTME a été le seul facteur statistiquement associé au refus du dépistage. Par ailleurs dans toute les FS il y avait une insuffisance dans l'organisation des services PTME offertes aux populations.

❖ Limite de l'étude

Bien que nous ayons adopté une certaine rigueur dans la conduite de notre étude, elle a été confronté à un certains nombre d'insuffisances:

L'effectif de notre population d'étude n'était pas assez grand (120), l'enquête réalisée en milieu rural et dans un seul district ne nous permet pas de généraliser ces résultats à tout le pays (biais de sélection) .

A cela s'ajoute les problèmes de traduction et de compréhension de certains termes techniques en langue locale.

❖ Caractéristiques socio démographiques

• Age et statut matrimonial

L'âge moyen de notre population d'étude était de 34,8 ans avec des extrêmes de 20 et 59 ans. 71,7% avaient moins de 40 ans. Au Burkina Faso la majorité de la population est jeune. Selon l'INDS du Burkina Faso en 2009 plus 70% des burkinabè avaient moins de 30 ans avec une espérance de vie estimée à 53,2 ans

Presque la quasi-totalité des personnes se sont déclarées mariées avec leur conjointe. Une liaison hors mariage est toujours très fortement mal perçue par la société au Burkina Faso. Cette perception est encore plus forte dans les zones rurales. Mais il s'agit le plus souvent mariage religieux ou traditionnel qui est plus considéré par la société, le mariage civil étant perçu comme réservé aux fonctionnaires ou à la classe aisée de la population. Avec la politique de communalisation adoptée en 2005 plusieurs communes ont entrepris des campagnes de sensibilisation en faveur du mariage civil avec des cérémonies de mariage collectif pris en charge par les municipalités.

• Ethnie et religion

Les mossis (45,8%) qui des déplacés et les Bobos (35%) autochtones étaient les deux ethnies majoritaires avec plus de 80% de notre population d'étude. Ces chiffres sont supérieurs à ceux retrouvé

en 2007 par le projet du développement de l'ouest qui était de 53,07% de mossi et de 23,48% de Bobos. L'augmentation des bobos dans notre étude pourrait s'expliquer par l'accessibilité géographique. Etant les autochtones, les bobos résident généralement dans les communes rurales ou dans les villages alors que les mossis résident dans les hameaux de culture. Il faut cependant relever la faible fréquentation des FS par les peuls (nomades). Ces derniers n'étant pas accessibles aux campagnes de sensibilisation de routine. Il faut donc développer des activités spécifiques envers ces populations. Bien que le Dioula soit la langue de communication entre ces ethnies, la plupart des supports de sensibilisation en langue traditionnelle et des actions sanitaires ne tiennent pas compte de ces ethnies minoritaires, ce qui peut aussi expliquer leur désintérêt aux services de santé.

Les religions monothéistes étaient dominantes dans notre étude avec 59,20% de musulmans, 36,60% de chrétiens et 4,2% d'animistes. Nos résultats sont différents des proportions des religions dans la population générale. Selon l'INSD en 2006, au Burkina Faso la religion musulmane est pratiquée par 50,60% de la population, elle est suivie du christianisme (25,10%) et de l'animisme (24,30%). Nous constatons une baisse sensible de l'animisme dans notre étude au profit des religions monothéistes. Il est à noter que certaines personnes font du syncrétisme religieux. Une bonne implication des leaders religieux pourrait contribuer à mobiliser les populations en faveur de la stratégie PTME.

- **Education et Profession**

78,3 % de notre population d'étude avaient un niveau d'éducation bas et 78,3% étaient soit agriculteurs ou du secteur informel. Cette situation dans notre contexte s'explique du fait que l'étude a été menée en zone rurale. Le Burkina Faso est l'un des pays où le taux d'éducation est plus faible au monde. Cette situation se trouve aggravée en milieu rural où a eu lieu notre étude. Selon la direction provinciale des Banwa en 2009 le taux brut de scolarisation était de 59,2%, inférieur au taux brut national qui était de 66,5%. Par ailleurs la majorité des personnes était agriculteurs. En effet selon le rapport de la direction régionale de l'économie et du développement, la province des Banwa est classée en zone 4 de pauvreté et les activités agropastorales occupent plus de 90% de la population. En réalité, excepté une minorité ayant un emploi salarié, la quasi-totalité des personnes pratiquent les activités agropastorales en plus de leurs activités de commerce. La planification des activités de la PTME doit tenir compte de ce contexte en adaptant les stratégies de mobilisation communautaire et de communication.

- **La résidence**

La majorité des personnes enquêtées résidaient dans un rayon d'au plus 5 km d'une formation sanitaire (83,3%). Ce pourcentage est élevé par rapport au pourcentage global des personnes vivant dans un rayon de 5 Km en 2010 du district sanitaire qui était de 64,43%. Cela s'explique par le fait que les personnes ont été choisies à partir des FE qui ont consulté dans une formation sanitaire. Il est donc logique que celles qui résident à côté des FS puissent les fréquenter plus que celles qui en sont éloignées. Par ailleurs il est à noter que cette définition de l'accessibilité géographique basée uniquement sur la distance possède des limites car elle ne tient pas compte des obstacles naturels tels

que les cours d'eau en saison hivernale pouvant rendre inaccessible certaines FS aux populations même résident proche de celle-ci.

❖ **Connaissance générale sur le VIH/SIDA**

De façon générale, notre population n'avait pas une connaissance approfondie sur le VIH. Bien que tous les personnes interrogées avaient déjà au moins une fois entendu parler du VIH/SIDA, 2,5% ne connaissaient ni une voie de transmission ni un moyen de prévention et 11,9% pensaient que la voie sexuelle était l'unique voie de transmission et seulement 5% connaissaient les trois principales voies de transmission. Des études menées ont rapporté une faible connaissance du VIH dans les pays à ressources limitées et cela en fonction de l'âge, du pays et du sexe. En effet, selon des données recueillies entre 2007 et 2008, dans beaucoup de pays avec des enquêtes démographiques récentes, moins de la moitié des femmes et des hommes âgés de 15 à 49 ans ont une connaissance approfondie et correcte du VIH, allant de 5% en Mauritanie à 52% au Swaziland chez les femmes et de 14% au Bangladesh à 51% au Swaziland chez les hommes. Les hommes ont une meilleure connaissance sur le VIH dans six des huit pays qui possèdent des données ventilées par sexe. En outre, les jeunes âgés de 15 à 24 ans connaissent mal le VIH. Dans l'ensemble, près de 30% des hommes et 19% des femmes âgées de 15 à 24 ans dans les pays à revenu faible ou intermédiaire possèdent une connaissance complète et exacte du VIH/SIDA, bien loin de l'objectif de 95% d'ici 2010 fixé par la session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le VIH/SIDA (ONUSIDA 2009). Dans notre cas certains facteurs peuvent expliquer cette situation: notre population d'étude vivait en milieu rural qui généralement a peu accès à des séances sensibilisation adaptées, cette situation est aggravée par le faible niveau d'éducation qui limite l'accès aux informations.

❖ **Partage du résultat de la sérologie**

57,5% des FE ont divulgué leur résultat à leur partenaire. Il est difficile de prévoir l'acceptation de divulguer les résultats de son test. Plusieurs études menées sur ce sujet ont noté que le taux de divulgation varie considérablement. Nos résultats sont comparables à ceux rapportés par Gray G en 2001 à Soweto en Afrique de sud qui était entre 50 et 80%, en Zambie Baggaley et al, 1997 n'avaient pas noté de différence significative entre les personnes séropositives et séronégatives quand au partage des résultats avec son partenaire. Dans leur étude environs 50% avaient révélé leur résultat. Par contre elles sont supérieures aux données de certaines études: Dans le même pays Badini et al, en 1998 dans une étude concernant les PVVIH avaient noté que 24% des personnes testés avaient accepté leur résultat avec leur partenaire alors que Van de Perre P. (2001) retrouvait un taux de partage de moins 10% à Abidjan en Côte d'Ivoire et à Bobo Dioulasso. Samuel NM (2001) à Namakkal en Inde notait que seulement 15% des femmes avaient informé leur résultat de test VIH à leur partenaire. Dans notre étude tous les hommes interrogés avaient une conjointe séronégative cela peut expliquer que plus de moitié de nos femmes aient divulgué leur résultat à leur partenaire. Une mise en œuvre effective de la CPN recentrée et un conseil pré et post test de qualité pourraient améliorer ce taux de divulgation.

❖ Adhésion au test

Dans notre étude seulement 6 personnes soit 5% de notre population d'étude se sont présentées dans la formation sanitaire où leur conjoint a réalisé son test pour se faire dépister. Certaines études antérieures avaient révélées des taux plus bas dans des conditions similaires où convaincre le partenaire était laissé à la charge du conjoint. En 1998 dans une étude menée par Cartoux et al. (1998) sur 13 sites offrant des interventions sur le CDV et la PTME, dont deux en Afrique de l'ouest (Abidjan, Bobo-Dioulasso), le taux d'adhésion des partenaires des FE était mitigé: moins de 1% en Afrique de l'ouest, 5% en Afrique du Sud, 10% à Blantyre, Lusaka et Dar Es-Salam. Par contre dans cette même étude ce taux était de 75% à Bangkok en Thaïlande.

En 2008 selon l'ONUSIDA, 57 pays ont renseigné sur le nombre de partenaires masculins des femmes enceintes fréquentant les consultations prénatales qui se sont prêtés à un test du VIH. La proportion de femmes enceintes s'étant rendues dans un service de soins prénatals dont le partenaire masculin avait été testé pour le VIH était de 5% en 2008, contre 2% en 2007 (570 000 partenaires masculins testés dans ces pays en 2008 contre 360 000 partenaires testés en 2007). Le Rwanda présente un résultat encourageant : la proportion de femmes enceintes ayant consultées des services de soins prénatals dont le partenaire sexuel a été testé pour le VIH est passée de 65% en 2007 à 77% en 2008. (OMS-UNICEF-ONUSIDA 2009)

L'adhésion du partenaire dans notre contexte nécessitait que la FE accepte de partager ses résultats et qu'elle ait le courage de lui proposer d'aller faire son test ce qui diminue de façon considérable le nombre de personnes sensibilisées. Dans notre étude seulement 10% des conjoints des FE ont déclaré avoir été sensibilisé.

❖ Facteurs associé à la faible adhésion des conjoints à la PTME.

Il est difficile d'identifier des déterminants de l'acceptabilité du test de dépistage du VIH..

Dans notre population d'étude le principal déterminant du refus des conjoints des FE au test du VIH était le manque d'information sur cette stratégie par contre l'âge, le niveau d'instruction, l'accessibilité géographique ne sont pas statistiquement associés au refus. En Côte d'Ivoire KRA O et al en 2008, dans une étude portant sur les déterminants du refus des femmes enceintes parlant français avaient également retrouvé que le refus au test était statistiquement associé au niveau de connaissance sur le VIH et l'âge, par contre le niveau d'instruction, l'ethnie, la nationalité et les antécédents pathologiques n'étaient pas associés au refus.

Dans cette étude ils avaient noté que la résidence et le fait d'être fidèle y étaient aussi associés.

L'ONUSIDA dans son rapport 2002 sur l'impact des tests volontaires estimait qu'une IEC appropriée et la mobilisation de la communauté constituaient des éléments importants pour assurer une bonne fréquentation des services de CDV associés aux interventions de prévention de la TME.

Dans le rapport 2009 intitulé vers un accès universel de l'OMS, UNICEF, ONUSIDA relevait que l'analyse des données recueillies par des enquêtes auprès des ménages au Burkina Faso, en Ethiopie, en Haïti et en Zambie révèle que malgré l'accroissement du nombre de centres proposant le conseil et

le dépistage du VIH dans ces pays, les facteurs socioéconomiques continuent de représenter des différentiels dans l'accès : des associations positives sont documentées entre l'utilisation des services et le niveau d'instruction, la résidence et le revenu du ménage.

Parmi les femmes enquêtées âgées de 15 à 49 ans qui avaient accouché dans les deux années précédentes, celles qui avaient fréquenté l'enseignement secondaire avaient plus de probabilités d'avoir bénéficié du conseil, de se voir proposer et d'accepter un test du VIH et d'en avoir reçu le résultat ; elles étaient suivies des femmes possédant une instruction primaire, puis de celles qui n'avaient pas d'instruction. Les résultats étaient similaires pour le conseil et le dépistage du VIH chez les jeunes âgés de 15 à 24 ans. Les données montrent aussi que les femmes issues des quintiles de revenu les plus élevés avaient davantage de chances de bénéficier du conseil et du dépistage et d'obtenir le résultat du test dans tous les pays à l'exception de la Zambie, où les disparités entre groupes de revenu étaient moins importantes. (OMS-UNICEF-ONUSIDA 2009)

Au Rwanda où 100% des couples avaient accepté le dépistage, King et al, avaient insisté sur la qualité du conseil pré et post test comme très déterminant à la prise de décision du couple (King et al. 1993).

Il est indispensable de réorienter nos activités de sensibilisation sur la PTME vers le couple. Pour réussir le pari ambitieux d'éliminer la transmission verticale du VIH il est impératif que tout conjoint d'une FE enceinte soit sensibilisé sur la stratégie. En Ouganda, à l'association TASO grâce à l'aide de ses partenaires, le test du VIH est fait en stratégie avancé et à domicile. Cela a permis l'accès au test à plusieurs clients. Avec une bonne formation des agents cette activité pourrait être intégrée avec les autres activités promotionnelles et de prévention.

❖ L'organisation des services

Le passage à l'échelle de la mise en œuvre de la PTME dans le district et le souhait formulé d'élargir le test du VIH aux conjoints des FE n'a pas été accompagné des ressources nécessaires. Dans notre étude aucune des formations sanitaires n'avait assez d'intrants pour prendre en compte le dépistage des partenaires ils n'étaient pas pris en compte dans l'expression des besoins. En outre le dépistage des partenaires n'est pas considéré comme un critère de performance du programme ce qui amène les agents de santé de ne pas avoir des activités spécifiques vers cette population en témoigne l'absence de séances de sensibilisation à leur égard.

Par ailleurs même si tous les centres de santé sont des lieux où il est possible de faire le test, l'organisation des services en tenant compte de la demande du conseil dépistage avec pour objectif le délai d'attente des clients et un cadre permettant de garantir la discrétion visuelle et auditive.

La rupture des stocks des intrants même si elle n'est alarmante en moyenne 12 jours sur six mois est quand même préoccupante car elle a été constatée au niveau de tous les FS. Cette situation entraîne un arrêt momentané du conseil dépistage. Dans un rapport 2009 l'ONUSIDA avait souligné qu'en 2008, 34% parmi les pays à revenu faible ou intermédiaire ayant communiqué des données avaient connu au moins une rupture de stock en antirétroviral. Les ruptures de stocks dans notre contexte sont généralement dues à des ruptures au niveau national. Une bonne estimation des besoins en

consommables, une meilleure vigilance dans la gestion des stocks et une bonne concertation avec les partenaires financiers pourraient permettre de résoudre ce problème.

❖ **L'acceptation du test**

Dans notre étude 92,5% des personnes sensibilisées s'étaient déclarées prêts à faire le test. Plusieurs études en Afrique ont retrouvé une forte adhésion au conseil dépistage proposé systématiquement aux clients. En Ouganda Rhoda K. W. et al, dans une étude menée entre le 1^{er} novembre 2004 au 28 février 2006, où le test du VIH était proposé systématiquement aux membres de la famille des patients, le taux d'adhésion était de 98%. Au Rwanda, où le conseil en couple a été offert dans le cadre d'un projet de recherche portant sur les couples sérodifférents, cette option a été très prisée. Le taux d'adhésion était de 100% (King et al. 1993). La faible adhésion des conjoints des FE seraient plus liée à un manque de sensibilisation qu'à un refus. Une formation adaptée des agents de santé, une meilleure stratégie de communication et une meilleure organisation des services pourraient donc transformer ces intentions en une réalité.

6. Conclusion

Au Burkina Faso, malgré les importants acquis du programme PTME, notre étude a relevé des insuffisances dans sa mise en œuvre: il existe une faible adhésion des partenaires des femmes enceintes, le conseil dépistage n'est fait qu'une seule fois lors de la consultation prénatale. En plus, il existe des ruptures d'approvisionnement en consommables des formations sanitaires et cette dotation ne prend pas en compte les conjoints. Par ailleurs au niveau opérationnel, le conseil dépistage volontaire n'est pas systématiquement proposé aux partenaires des femmes, il n'existe pas de plan de communication orienté vers cette cible et il n'y a pas d'organisation particulière des services à cet effet. Cette situation a pour conséquence une méconnaissance de la stratégie PTME par ceux-ci. Leurs non adhésion au conseil dépistage selon notre étude était essentiellement dû à un défaut de communication et non à un refus en témoigne les 92,5% d'intention de se faire dépister après leur sensibilisation.

Afin d'atteindre l'objectif ambitieux de l'ONUSIDA qui est l'élimination de la transmission du VIH de la mère à l'enfant d'ici 2015, les programmes nationaux PTME doivent recentrer leur stratégie sur le couple et non sur la femme enceinte exclusivement.

Recommandations

Au terme de notre étude nous estimons que la prise en compte des recommandations suivantes contribuera à augmenter l'adhésion des conjoints des FE à la stratégie PTME dans le but d'éliminer la transmission du VIH de la mère à l'enfant.

Au Ministère de la santé du Burkina Faso

- Inclure le dépistage du couple dans les critères de performance du programme PTME

Au programme PTME

- Doter les districts sanitaires en consommables PTME suffisants et de façon régulière.
- Elaborer des supports de communication en langue nationale pour les minorités ethniques sur la PTME.
- Donner les ressources aux districts pour la formation des agents de santé sur le PTME et le counselling du couple.

Aux districts sanitaires

- Former les agents de santé de FS sur la PTME et dépistage du couple.
- Renforcer la supervision des agents des CSPS.
- Doter les CSPS en logistique pour des activités de conseil-dépistage en stratégie avancée.
- Développer un partenariat avec les associations œuvrant dans le domaine du VIH pour mener des activités de sensibilisation sur la PTME.

AUX AGENTS DES CSPS

- Faire des consultations prénatales recentrées en impliquant effectivement les conjoints des FE.
- Organiser les services pour faciliter le dépistage des conjoints de FE dans les CSPS.
- Adopter deux tests de dépistage à trois mois d'intervalle pour les couples dans la stratégie PTME telle que préconisé dans les directives du programmes PTME.
- Réaliser des activités d'IEC envers les conjoints des FE.
- Mettre en œuvre la stratégie du conseil- dépistage à l'initiative du soignant.
- Proposer systématiquement le conseil dépistage au conjoint des FE vu en consultation prénatale.
- Mener des activités de conseil- dépistage en stratégie avancée.

La mise en œuvre pratique de ces recommandations se déroulera de la façon suivante:

Nous voulons préciser que les résultats de cette étude sont attendus pour être mis en œuvre car elle a été entièrement financée par le district sanitaire de Solenzo après avoir été acceptée par la commission

nationale de financement des plans d'actions des districts Sanitaires du ministère de la santé comme une étude d'utilité de santé publique.

- Pour les recommandations adressées au district et aux agents des CSPS: il est prévu la restitution des résultats de l'étude en septembre 2011 lors de la rencontre des membres de l'équipe cadre et les infirmiers chef de poste. Ensuite les activités retenues seront inscrits dans le plan d'action 2012 du district pour leur mise en œuvre.
- Pour les recommandations adressées au niveau central (programme PTME et ministère de santé), les résultats de l'étude seront exposés lors du conseil d'administration du secteur ministérielle de la santé comme bonne pratique et les recommandations retenues par le conseil seront mises en œuvre au plan national.

7. Références bibliographiques

- Abraham J, Subrahmanian C (1998)** Barriers towards the implementation/utilization of HIV counselling services. Présenté à la *XIIème Conférence internationale sur le SIDA*, Genève, Suisse, Résumé 24339.
- Andersson N et al. (2007)**. Risk factors for domestic physical violence: national cross-sectional householdsurveys in eight southern African countries. *BMC Women's Health*, DOI:10.1186/1472-6874-7-11.
- Badini D, Aprodec Y, Madina T (1998)** What should a counsellor do if a volunteer refuses to share his/her HIV test result with his/her partner. Présenté à la *XIIème Conférence internationale sur le SIDA*, Genève, Suisse, Résumé 24325.
- Baggaley R et al. (1995)** Barriers to HIV counselling and testing (VCT) in Chawama, Lusaka, Zambia. Présenté à la *IXème Conférence internationale sur le SIDA et les MST en Afrique*, décembre.
- Baggaley R, Kelly M, Mulongo W (1997)** To tell or not to tell: sharing HIV results with sexual partners. Presented at the *5th SANASO conference*, Mbabane, Swaziland, oct. 1997, Résumé W322D.
- Balmer D et al. (2000)** Characteristics of individuals and couples seeking HIV-1 prevention services in Nairobi, Kenya: the voluntary HIV-1 counselling and testing efficacy study. *AIDS and behaviour*, 4:1 15-23.
- Cartoux M et al. (1998)** Acceptability of voluntary counselling and testing (VCT) and interventions to reduce mother-to-child transmission of HIV. Présenté à la *XIIème Conférence internationale sur le SIDA*, Genève, Suisse, Résumé 23310.
- CDC (1993)** Sexual risk behaviours of STD clinic patients before and after Earvin "Magic" Johnson's HIV-infection announcement. *Morbidity and Mortality Weekly Record*, 41:45-48.
- CNLS-IST, ONUSIDA (2010)**: rapport UNGASS du Burkina Faso 2010; rapport de suivi de la déclaration d'engagement sur le VIH/SIDA 40P
- Coates T, et al. (1998)** Serodiscordant married couples undergoing couple counselling and testing reduce risk behaviour with each other but not with extra-marital partners. Présenté à la *XIIème Conférence internationale sur le SIDA*, Genève, Suisse, Résumé 33268.
- Coates T, et al. (1998)** HIV risk reduction in individuals receiving voluntary HIV++ counselling and testing in three developing countries and HIV risk reduction in couples receiving HIV counselling and testing in three developing countries.
- Coates T, et al.** The VCT efficacy study group (2000) Efficacy of voluntary HIV-1 counselling and testing in individuals and couples in Kenya, the United Republic of Tanzania and Trinidad: a randomized trial. *Lancet*, 356:103-12.

- Fehrs L, Fleming D, Foster L (1988)** Trial of anonymous versus confidential HIV testing. *Lancet*, 2:379-
- Furlong C et al. (2000)** HIV risk factors in a population-based probability sample of North and Central Trinidad: The voluntary HIV-1 counselling and testing efficacy study. *AIDS and behaviour*, 4:1 49-62.
- Gray G (2001)** AIDS pediatric epidemics in South Africa. Fédération mondiale de scientifiques. Planetary Emergencies Conference. Erice, Italie, août 2001.
- Hirano D et al. Englander S (1994)** Hawkes H. Anonymous testing: the impact on demand in Arizona. *American Journal of Public Health*, 84:2 008-2010
- Hoxworth T et al. (1994)** Anonymous HIV testing: does it attract clients who would not seek confidential testing? *Journal of AIDS public policy*, 9:182-189.
- Institut nationale de la statistique et de la démographie de Burkina Faso:** www.insd.bf
- Kamenga C et al. (2000)** The voluntary HIV-1 counselling and testing efficacy study: Design and Methods. *AIDS and behaviour*, 4:1 5- 15.
- King R et al. (1993)** Van de Perre Voluntary confidential HIV testing for couples in Kigali, Rwanda. *AIDS*, 7:10 1393-4.
- Khobotlo M et al. (2009).** Lesotho: HIV prevention response and modes of transmission analysis. Maseru, Lesotho National AIDS Commission.
- Ministère de la Santé du Kenya (2009).** *Kenya AIDS indicator survey 2007*. Nairobi, Ministère de la Santé du Kenya.
- Mngadi S et al. (2009)** *Swaziland: HIV prevention response and modes of transmission analysis*. Mbabane, National Emergency Response Council on HIV/AIDS.
- Munjanja S.** *Perinatal mortality study*. Harare, Ministry of Health and Social Affairs, Zimbabwe, 2007.
- Nakashima A et al. (1998)** Effect of HIV reporting by name on the use of publicly funded counseling and testing programmes. *Journal of the American Medical Association*, 280:16 1421-6.
- Organisation mondiale de la Santé, Fonds des Nations Unies pour l'Enfance, ONUSIDA (2009).** *Vers un accès universel : étendre les interventions prioritaires liées au VIH/sida dans le secteur de la santé. Rapport de situation 2009*. Genève, Organisation mondiale de la Santé. 167P.
- OMS, UNICEF et Groupe de travail (2007)** interagences sur la prévention de l'infection a VIH chez les femmes enceintes, les mères et leurs enfants. Guide pour la mise à l'échelle au plan mondial de la prévention de la transmission mère-enfant du VIH. Vers un accès universel pour les femmes, les nourrissons et les jeunes enfants et pour l'élimination du VIH et du SIDA. Genève, Organisation mondiale de la Sante, 2007
- ONUSIDA (2000)** L'épidémie de VIH/SIDA: en parler ouvertement

Principes directeurs pour la divulgation à des fins bénéfiques, le conseil au partenaire dans le respect de l'éthique, et l'emploi approprié de la déclaration des cas d'infection à VIH ONUSIDA/01.06F (version française, mars 2001), 43P <http://www.unaids.org>

ONUSIDA (2002) L'impact du conseil et du test volontaires Aperçu à l'échelle mondiale des avantages et des difficultés, Genève collection meilleurs pratiques UNAIDS/02.18F (version française, mai 2002), 104 P

ONUSIDA (2008): *Rapport sur l'épidémie mondiale de sida.* Genève, ONUSIDA.

ONUSIDA (2009) le point sur l'épidémie, Genève, ONUSIDA/09.36F / JC1700F (version française, décembre 2009), 100 P

Samuel NM (2001) AIDS in India. Fédération mondiale de scientifiques. Planetary Emergencies Conference. Erice, Italie, août 2001.

Sangiwa G et al. (1998) Voluntary HIV counselling and testing (VCT) reduces risk behaviour in developing countries: results from the multi-site voluntary counselling and testing efficacy study. Présenté à la *XIIème Conférence internationale sur le SIDA*, Genève, Suisse, Résumé 33269.

Sangiwa G et al. (2000) Client's perspective of the role of voluntary counselling and testing in HIV/AIDS prevention and care in Dar Es Salaam, the United Republic of Tanzania: The Voluntary counselling and testing efficacy study. *AIDS and behaviour*, 4:1 35-48.

Temmerman M et al. (1995) The right not to know HIV-test results. *Lancet*, 345:696-697.

Van de Perre P (2001) Mother-to-child transmission of HIV with special emphasis on breastfeeding transmission. Fédération mondiale de scientifiques. Planetary Emergencies Conference. Erice, Italie, août 2001.

Viljoen J et al. (1998) Inadequate pre- and post-test counseling for HIV in two South African hospitals. Présenté à la *XIIème Conférence internationale sur le SIDA*, Genève, Suisse, Résumé 24340.

Wabwire-Mangen F et al. (2009). Uganda: HIV modes of transmission and prevention response analysis. Kampala, Uganda National AIDS Commission.

8. Liste des illustrations

Figure 1: estimation mondiale de 1990-2008 de l'évolution de l'épidémie du VIH

Figure 2: prévalence du VIH chez les FE vu en consultation prénatale en Afrique de l'ouest de 1997 à 2007

Figure 3: Algorithme de dépistage et de diagnostic du VIH au Burkina Faso

Figure 4: situation géographique du District sanitaire de Solenzo

Figure 5: répartition de la population selon l'ethnie

Figure 6: répartition de la population selon la religion

Figure 7: répartition des personnes la connaissance du statut sérologique de la conjointe

Figure 8: répartition de la population en fonction de l'intention de faire le conseil-dépistage

9. Liste des tableaux

Tableau I : récapitulatif de l'épidémie du VIH dans le monde en fin décembre 2008

Tableau II: Protocole national de la prévention de la transmission mère-enfant du VIH au Burkina Faso

Tableau III : populations cibles du DS de Solenzo de 2009 à 2010

Tableau IV : indicateurs de santé de la province des Banwa

Tableau V: distribution de la population en fonction des tranches d'âge

Tableau VI: répartition de la population selon le niveau d'étude

Tableau VII: répartition de la population selon la profession

Tableau VIII: Analyse univariée des facteurs associés à la faible adhésion des conjoints des FE à la PTME

Tableau IX: Répartition des personnes selon le motif de refus du test VIH

10. Annexes

Fiche de collecte des données

N° de la fiche / _____ /

I. caractéristiques socio économiques

Code / /

Âge (années) :.....

Résidence <= 5 km // >= 5km // CSPS.....

Ethnie : mossi // bobo // samo // dafing // autres // citer.....

Niveau d'éducation : aucun // alphabétisé // primaire // secondaire // supérieur //

Activités professionnelles :

agriculteur-éleveur // commerçant // secteur informel // élève –étudiant // retraité // sans emploi // autres

Religion : musulman // catholique // protestante // animiste //

Statut matrimonial : marié // monogamie // polygamie // non marié //

II. Connaissance générale sur le VIH

Avez-vous déjà entendu parler du VIH/SIDA ? O/ /N/ / ; Par quel canal : sensibilisation//agent de santé/ / tiers personne / / média// autre.....

Comment attrape t on le VIH ? : Sexuelle / /sanguine/ /mère enfant/ / autre.....

Qui peut être infecté par le VIH ? : Prostitué / /tout le monde/ / homosexuel/ /autre.....

Comment peut-on savoir qu'on a le sida ? : test / / maladie / /autre.....

Pensez vous que vous avez déjà été exposé au VIH ? O/ /N/ /

Si oui comment ?

Ya t'il un remède contre le VIH ? : O/ /N/ /

Combien coûte le traitement ARV ? : Gratuit/ / payant//je ne sais pas/ /

Comment peut prévenir le VIH ? : capote/ / fidélité/ /abstinence/ /port de barrière / / autres.....

II. Connaissance sur la PTME

Pensez vous que la CPN est important pour une femme enceinte? O/ /N/ /

Pensez vous qu'il est important que votre femme fasse les CPN lors de la grossesse? O/ /N/ /

Pourquoi.....
.....

**Avez-vous déjà accompagné votre femme au CSPS pour la CPN? O/ /N/ / si non qui l'accompagne :
personne/ / un membre de la famille/ /.....
Pourquoi.....**

**Votre conjointe vous fait elle un feed back de ses échanges avec l'agent de santé après les
CPN? : O/ /N/ /**

**Pensez vous qu'il est nécessaire pour tout couple de faire le test du VIH si la femme est en
enceinte ? O/ /N/ /**

Pourquoi.....

**Avez-vous déjà entendu parler de la PTME? O//N//; par Qui ? : AS / / média/ / sensibilisation/ /
conjoint /
autres.....**

**Avez-vous déjà fait votre test du VIH? O/ /N/ / ; si oui à quelle occasion ? CDV// hôpital/ / dépistage/ /
campagne de dépistage/ /**

Si non pourquoi ?.....

Avez-vous fait votre test VIH avant votre mariage? O// N// pourquoi.....

Avez vous déjà demandé à votre conjointe de faire son test VIH ? O/ /N/ /

Votre conjointe vous a-t-elle déjà de faire votre test VIH ? O/ /N/ /

**Pensez vous qu'il est nécessaire que votre conjointe fasse son test VIH lorsqu'elle est
enceinte? O // N // pourquoi ?**

**Etre vous prêt à faire votre test VIH?: O/ /N/ / Si non, Pourquoi : absence d'information / / peur/ /
stigmatisation / / absence de confidentialité / / absence de médicaments curatifs / / je ne sais pas / /
autres**

Ya t il des avantages à faire le test du VIH: O/ /N/ / si oui lesquels :

.....
.....
.....

Selon vous que doit on faire pour que tout conjoint d'une femme enceinte fasse son test de dépistage?

.....
.....
.....

Connaissez-vous un PVviah au village? O/ /N/ / si oui Comment vous l'avez appris : AS// malade lui-même// proche du malade // rumeur// autres.....

III. Organisation des services

Est-il possible de faire le test VIH au CSPS ? O / /N / /

Avez-vous confiance aux agents de santé de votre CSPS ? O / /N / /

Le CSPS a-t-il connu une rupture en intrants PTME O//N// : préciser le nombre de jours.....

La dotation des intrants prend t-il en compte les conjoints des FE? O / / NON / /

Le CSPS a-t-il au moins 1 agent formé sur la PTME dans le CSPS: O/ /N/ / combien ?/ /

Quelle est le circuit du partenaire voulant faire son test VIH au CSPS ? Sur RDV / / circuit normal du patient au CSPS// autres

Les AS demandent t-ils systématiquement aux FE lors de la CPN d'informer et de faire venir leur conjoint pour le test O // N //.....

Le CSPS a-t-il mené des séances IEC sur la PTME envers les conjoints des FE depuis le début de l'année: O // N // si oui combien?.....

Les FE dépistées ont elles un RDV pour deuxième test? O//N / /