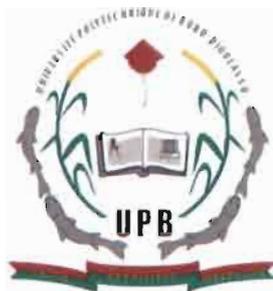


BURKINA FASO

Unité – Progrès – Justice

**UNIVERSITE POLYTECHNIQUE
DE BOBO DIOULASSO**



Année Universitaire : 2014-2015

**INSTITUT SUPERIEUR DES
SCIENCES DE LA SANTE**



THESE N° 38

**PROFIL EPIDEMIOLOGIQUE ET PREVALENCE DE
L'INFECTION A VIH CHEZ LES CLIENTS DU CENTRE
ANONYME DE DEPISTAGE ET D'INFORMATION
(CADI) DE BOBO-DIOULASSO (BURKINA FASO).**

Présentée et soutenue publiquement le 06 juin 2015

Pour l'obtention du **Grade de Docteur en MEDECINE (Diplôme d'Etat)**

Par

DA M'winmalo Inès Evelyne

Née le 02 Décembre 1989 à Ouagadougou (Burkina Faso)

0000'081

JURY

Directeur de Thèse :

Dr. Nicolas MEDA (MCA)

Co-directeur de thèse :

Dr Armel PODA

(Maitre-assistant)

Président :

Pr Boubacar NACRO (Prof Titulaire)

Membres :

Dr Issiaka SOMBIE (MCA)

Dr Armel PODA (Maitre-assistant)

Dr Clément Ziémlé MEDA (Assistant)



MINISTERE DES ENSEIGNEMENTS
SECONDAIRE, SUPERIEUR

SECRETARIAT GENERAL

UNIVERSITE POLYTECHNIQUE
DE BOBO-DIOULASSO

INSTITUT SUPERIEUR DES
SCIENCES

DE LA SANTE (IN.S.SA)

Tél. 20 98 38 52



BURKINA FASO
Unité- Progrès- Justice

ARRET DU CONSEIL SCIENTIFIQUE

Par délibération, le conseil scientifique de l'institut supérieur des sciences de la santé (IN.S.SA.) arrête que : « les opinions émises dans les thèses doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'il n'entend leur donner aucune approbation, ni improbation ».

Pour le Conseil Scientifique

Le Directeur de l'INSSA

Pr Macaire OUEDRAOGO

LISTE DES RESPONSABLES ADMINISTRATIFS
DE L'INSTITUT SUPERIEUR DES SCIENCES DE LA SANTE (I.N.S.S.A)
(ANNEE UNIVERSITAIRE 2014-2015)

1. Directeur	MCA Macaire OUEDRAOGO
2. Directeur Adjoint	MCA Léon G.B.SAVADOGO
3. Chef du département médecine et spécialités médicales	MCA Zakari NJIEMA
4. Chef du département de Gynécologie- Obstétrique	MCA Souteymane OUARTARA
5. Chef de département de Santé publique	MCA Léon C. B SAVADOGO
6. Directeur des stages	MCA Patrick DAKOURE
7. Chef du département de Chirurgie et spécialités chirurgicales	Dr Bakary SANON
8. Chef du département de Pédiatrie	Dr K. Raymond CESSOUMA
9. Chef du département des Sciences fondamentales et mixtes	Dr Salifo SAWADOGO
10. Secrétaire principale	Mme Georgette YONI/SOMDA
11. Chef du Service Administratif et Financier	M. Nazaire ZERBO
Chef du Service de la Scolarité	M. Yacouba YAMBA
12. Responsable du Service des Ressources Humaines	M. Seydou BANCE
13. Responsable de la Bibliothèque	M. Mohéddine TRAORE
14. Secrétaire du Directeur	Mme Fati SANGARE/OUJINGA

LISTE DES ENSEIGNANTS PERMANENTS DE L'IN.S.SA

.....
(ANNEE UNIVERSITAIRE 2014-2015)
.....

1. PROFESSEURS TITULAIRES

1. Robert T. GUIGUEMDE Parasitologie-Mycologie
2. Blami DAO* Gynécologie-obstétrique

2. MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

1. Macaire OUEDRAOGO Médecine interne/Endocrinologie
2. Souleymane OUATTARA Gynécologie-obstétrique
3. Issaka SOMBIE** Epidémiologie
4. Jean Baptiste ANDONABA Dermatologie-vénérologie
5. Zakary NIKIEMA Imagerie médicale
6. Léon Blaise SAVADOGO Epidémiologie
7. Patrick W.H. DAKOURE Orthopédie-Traumatologie
8. Téné Marceline YAMEOGO Médecine interne
9. Abdoulaye ELOLA ORL
10. Sanata BAMBA Parasitologie-Mycologie
11. Rasmané BEOGO Stomatologie/Chirurgie maxillo-faciale

3. MAITRES- ASSISTANTS

1. Jean Wenceslas DIALLO Ophtalmologie
2. Armel G. PODA Maladies infectieuses
3. Bakary Gustave SANON Chirurgie –Anatomie
4. Carole Gilberte KYELEM Médecine interne
5. Abdoul Salam OUEDRAOGO Bactériologie/Virologie
6. Der Adolphe SOME Gynécologie-obstétrique
7. Boukary DIALLO Dermatologie-vénérologie
8. Salifou GANDEMA Médecine physique/ Réadaptation
9. Aimé Arsène YAMEOGO Cardiologie
10. Seydou TRAORE Imagerie médicale
11. Raymond CESSOUMA Pédiatrie
12. Cyprien ZARE Chirurgie
13. Ibrahim Alain TRAORE Anesthésie Réanimation

4. ASSISTANTS

1. Moussa KERE	Psychiatrie
2. Emile BIRBA	Pneumologie
3. Salifo SAWADOGO	Hématologie
4. Sié Drissa BARRO	Anesthésie-Réanimation
5. Yacouba SOURABIE	Immunologie
6. Aimée DAKOURE/KISSOU	Pédiatrie
7. Jean Baptiste TOUGOUMA	Cardiologie
8. Ibrahim SANGARE	Parasitologie générale
9. Souleymane FOFANA	Pharmacologie générale
10. Malick DIALLO	Chirurgie orthopédie
11. Makoura BARRO	Pédiatrie
12. Richard Wend Lasida OUEDRAOGO	ORI et Chirurgie cervico-facial
13. Adama OUATTARA	Chirurgie Urologie
14. Issouf KONATE	Dermatologie
15. Valentin KONSEGRE	Anatomie pathologique
16. Mali KOURA	Hépatogastro-entérologie
17. Clément Z. MEDA	Santé publique
18. Mariam HEMA/DOLO	Ophtalmologie
19. Jacques ZOUNGRANA	Infectiologie
20. Adama DEMBELE	Gynécologie obstétrique

* En disponibilité

** En détachement

**LISTE DES ENSEIGNANTS VACATAIRES
(2014 à 2015)
*ENSEIGNANTS VACATAIRES DE L'UPB***

Aboubacar TOGUYENI	Génétique
Ahmed SERE	Physique
Bétaboalé NAON	Physique
Georges Anicet OUEDRAOGO	Biochimie
Juliette DIALLO/TRANCHOT	Biologie cellulaire
M'Bi KABORE	Physique
Samadou COULIBALY	Anglais médical
Théodore M. Y. TAPSOBA	Maths et Statistiques
Younoussa MILLOGO	Chimie

ENSEIGNANTS VACATAIRES HORS UPB

Abel KABRE	Neurochirurgie
Adama LENGANI	Néphrologie
Adama TRAORE	Dermatologie
Alain ZOUBGA	Pneumologie
Alhassane SANOU	Anglais médical
Amadou TOURE	Histologie Embryologie
André SAMADOULOUGOU	Cardiologie
Appolinaire SAWADOGO	Pathologie digestive médicale
Arouna OUEDRAOGO	Psychiatrie
Assita SANOU/LAMIEN	Anatomie pathologique
Athanase MILLOGO	Neurologie
Boubacar NACRO	Pédiatrie
Braïma SESSOUMA	Biochimie
Busia KOFFI	Médecine traditionnelle
Daman SANO	Cancérologie
Dieu Donné OUEDRAOGO	Rhumatologie
Djakaria CISSE	Anglais médical

Fallou CISSE	Physiologie
Germain SAWADOGO	Biochimie clinique
Joachim SANOU	Anesthésie Réanimation
Kampadilemba OUOBA	ORL
Nazinigouba OUEDRAOGO	Physiologie
Norbert RAMDE	Médecine légale
Noufounikoun MEDA	Ophthalmologie
Olga Mélanie LOMPO/GOUMBRI	Anatomie pathologique
Pierre GUISSOU	Pharmacologie générale
Lassana SANGARE	Bactériologie/Virologie
Sélouké SIRANYAN	Psychiatrie
Théophile Lincoln TAPSOBA	Biophysique
Timothée KAMBOU	Urologie
Vincent OUEDRAOGO	Médecine du travail
Zékiba TARNAGDA	Maladies infectieuses
Hama DIALLO	Bioéthique
Idrissa SAVADOGO	Anatomie pathologique
Seydou BARRO	Informatique
Mme Liliane DABIRE/MEDA	Anglais médical
Mme Mathurine C. KOULIBALY/KANKO	Anglais médical

DEDICACES

AU DIEU tout puissant qui « m'a façonnée à son image ». qui combat toujours pour moi et qui me comble chaque jour. Tout ce qui me préoccupe, tu t'en occupes avec amour Seigneur. Rien n'arrive si ce n'est que Tu l'as permis, tout ce qui demeure, demeure par toi. Merci Seigneur pour ton amour infini. Puisses-tu toujours me donner la force d'aimer mon prochain comme moi-même et d'apporter du réconfort à mes patients. Amen !

In mémoira à mamy : « quelles que soient les épreuves de la vie, le Seigneur nous donne toujours les grâces de les surmonter ». Tu as surmonté les tiennes avec sourire et foi. Puisses-tu reposer en paix auprès du Père.

A mes parents pour avoir fait de moi ce que je suis aujourd'hui. Soyez fiers!

A mon père, Songahir Christophe DA: «L'amour du travail et du travail bien fait». Ta rigueur dans le travail, le don de soi pour les autres et ton expérience m'ont guidée. Tu es pour moi un exemple à suivre. Tu as su nous inculquer des valeurs inébranlables et un courage à toutes épreuves. Merci pour cette vie de famille épanouie que tu nous offres. Papa, merci du fond du cœur. Que le Seigneur te protège et te comble toujours de ses grâces.

A ma mère, Mouon Ludwine SOME: «Oui si tu crois, tu verras la Gloire du Seigneur». Que de larmes versées, que de cœur serré, mais tu as toujours été la consolation qu'il fallait au moment opportun. Il y a des difficultés qu'on ne peut surmonter qu'avec une mère comme toi. La vie de famille heureuse et la carrière professionnelle brillante que tu as su concilier suscitent de l'admiration et de la fierté pour moi. Maman, merci du fond du cœur. Que le Seigneur te garde dans son amour et nous donne la grâce de partager encore des moments merveilleux.

A mon frère et ami, Sangnonma Eric DA: «Que Sa Sainte Volonté soit faite». Ta philosophie et ton optimisme m'ont éclairée durant ces années. Ton courage et ta persévérance à toute épreuve sont un exemple pour moi. Oui, nous sommes des guerriers de tout temps et de tout lieu. Merci pour ta simplicité, tes encouragements et tes prières. Avec toi les soucis de la vie s'atténuent.

A ma sœur et amie, Laure Carolle DA : «Chance, malchance qui sait ? Tout est providence». Merci pour ce riche enseignement, petite sœur. Ta détermination et ton

ardeur au travail sont sources d'admiration et d'inspiration pour moi. Merci pour tes prières, tes chants et ta joie de vivre.

A mon amour, Fabrice SANWIDI, que de temps passé ensemble! Tu as été présent chaque jour, m'apportant ta bonne humeur, ta tendresse mais aussi tes idées. Ce travail est aussi le tien. Merci pour ton soutien inconditinnel, ta compréhension et ta patience. Que le Seigneur achève ce que lui-même a si merveilleusement commencé.

A toute la famille DA Ernest, vous êtes ma deuxième famille. Merci pour l'hospitalité et les encouragements. Votre chaleur humaine et vos conseils m'ont fortifiée durant toutes ces années. Les études en médecine ont été plus simples avec vous à mes côtés. Que le Seigneur vous bénisse et vous comble au-delà de vos attentes.

A toute la famille SANWIDI, pour votre soutien et vos prières. Puisse le Seigneur vous protéger et vous combler de bénédictions.

A toi Lyn MOUTOUAMA, (In memoria) : « un jour on est, le jour suivant on n'est plus : l'important est de croire en Dieu et prendre soin des autres avant notre départ ». Merci pour cet enseignement de vie et pour les moments passés ensemble. Puisse-tu reposer auprès du Seigneur. Que Le Dieu de Bonté nous donne la grâce d'aimer ce que l'on a, avant que la vie ne nous enseigne à aimer ce que l'on a perdu.

Oniela MOUTOUAMA, ton courage m'édifie.

REMERCIEMENTS

A la famille BAMBARA. voici enfin le fruit de tant d'années de sacrifice et de patience. Merci pour votre hospitalité et pour vos prières et votre soutien. Qu'il plaise au Seigneur de vous bénir et de vous garder dans son immense Amour.

Aux Frères des Ecoles Chrétiennes, merci pour le bon départ que vous m'avez fait prendre et cet «esprit Lassalien» que vous m'avez transmis. Que le Seigneur vous donne la force et la grâce nécessaire pour votre mission combien laborieuse.

Au Frère Jean-Luc, «il faut toujours trouver du temps pour ses amis ». Merci pour votre précieux temps que vous avez bien voulu me consacrer durant ces années. Vos prières m'ont accompagné et vos conseils m'ont fait grandir. Que le Seigneur continue de vous bénir dans votre ministère.

A Mandie et Saida: «les trois mousquetaires et pigeons voyageurs » se retrouvent à un carrefour. Certes chacune prendra son chemin, mais sachez-le, votre amitié m'a édifiée et fait grandir. Nous avons partagé des moments de joie, de peine, de stress et parfois de pleurs comme de vraies sœurs. Ces moments passés resteront gravés dans mon cœur. Bon vent à chacune, que le Seigneur nous garde aussi soudées et nous guide toutes.

A Samira, tu m'as prouvé que concilier famille et travail est possible et même nécessaire. Merci pour ta sympathie, ta franchise, ces délires et ces fous rires. Que le Seigneur te comble de son amour.

A Yoda, pour ta joie de vivre et ta Foi inébranlable. Tu es un « spécimen rare », que j'admire. Tu sais faire des efforts quand il le faut et persévérer pendant les épreuves de la vie. Que le Seigneur te guide et te protège toujours.

A Séverin, pour ta loyauté et ton altruisme. Tu m'as tellement guidé durant ces années, avec tous tes « hyper » ! Merci pour la complicité et la simplicité de notre relation. Que Dieu te donne la grâce de réaliser tes rêves.

A Junior et Nathalie BAMBARA. Merci à chacun d'avoir été si spécial pour moi. Junior tu as toujours trouvé du temps pour tes amis même dans la fatigue et la maladie. C'est la preuve d'un grand cœur. Nathy, ton rire t'a toujours précédé et est reconnaissable parmi les autres. Tu m'as appris que la vie n'est que joie et grâces. Merci pour tout. Que le Seigneur continue de vous bénir.

A Placide SOME, pour ton aide inconditionnée et ta patience. Que le Seigneur te comble de multiples grâces et qu'il t'accorde ceux dont tu as besoin.

A toute la 3^e promotion de l'INSSA, « tout ce qui ne nous tue pas nous rend plus fort ». Nous avons connu le stress des études de médecine, des difficultés de tous ordres et même l'amertume laissée par le passage de la mort. Mais ensemble, nous les avons surmontés. Que le Seigneur nous donne à tous, la force de raffermir nos relations et à chacun la grâce de mener une vie professionnelle et sociale heureuse. Le combat continue !

A Mme Ki-Zerbo: Merci pour votre disponibilité malgré vos multiples occupations. Vos conseils et vos documents m'ont beaucoup aidée. Que le Seigneur vous bénisse vous et votre famille et qu'Il vous donne la force de toujours œuvrer pour la cause des personnes vivant avec le Virus de l'Immunodéficience Humaine (VIH).

A Mme TRAORE Madina: votre approche facile, votre sympathie et vos conseils m'ont vivifiée. Puisse le Seigneur combattre à vos côtés et vous combler de grâces.

A Mr Diallo Ibrahim : Merci pour votre patience, et votre disponibilité. J'ai beaucoup appris à vos côtés. Merci pour ce sourire à toute épreuve et pour l'encadrement. Puisse le Seigneur vous combier au-delà de vos attentes.

Au Dr TRAORE Isidore : pas à pas vous m'avez montré le chemin à suivre sans jamais vous lasser, ni vous plaindre. Merci pour votre disponibilité, votre grande patience. Votre ardeur au travail et l'amour pour ce que vous faites m'ont impressionnée. Que le Seigneur vous donne la force de remplir vos tâches et vous rendre au centuple vos bienfaits.

A Mr SOMDA Serge: malgré vos multiples occupations vous avez trouvé du temps pour recadrer ce travail. Merci pour votre disponibilité. Que le Seigneur vous comble d'une vie professionnelle et sociale heureuse.

Aux opératrices de saisie du Centre Muraz, plus spécialement à Aicha et Kadi: toute une année de saisie pour ce travail sans jamais perdre le sourire. Merci pour votre persévérance et votre courage. Merci pour cette belle amitié toute naissante. Que le Seigneur nous donne de la raffermir et vous comble de bienfaits.

A tous les clients du Centre Anonyme de Dépistage et d'Information (CADI), à tous ceux qui se battent contre l'infection à VIH et ceux qui ont malheureusement perdu la bataille, ce travail est ma modeste contribution pour soutenir la lutte contre cette maladie. Un monde sans VIH est possible ; le succès est au bout de la persévérance. Que le Seigneur, le médecin par excellence vous donne une espérance à toute épreuve et vous apporte le réconfort dont vous avez besoin.

A NOS MAÎTRES ET JUGES

A notre Maître et juge, le président du jury

Le Professeur Boubacar NACRO

Vous êtes :

- ❖ Médecin pédiatre
- ❖ Professeur titulaire en Pédiatrie à l'UFR/SDS
- ❖ Chef du département de Pédiatrie du CHUSS
- ❖ Directeur de la prospective universitaire et de la coopération du CHUSS

Cher maître, grande est notre joie et immense notre privilège de vous avoir comme président du jury. Homme de rigueur et de fermeté, votre polyvalence et vos grandes connaissances font de vous une référence et un maître très apprécié. Nous avons eu l'honneur de bénéficier de vos riches enseignements au cours de notre cursus universitaire. Nous avons été marqués par votre sagesse et votre sens de l'humour. Nous vous sommes reconnaissantes pour vos précieux conseils. Recevez cher maître nos hommages les plus distingués. Que le Seigneur, Le Tout Puissant vous comble de bénédictions et vous guide toujours dans vos entreprises.

A notre Maître et juge

Dr Issiaka SOMBIE

Vous êtes :

- ❖ Médecin épidémiologiste
- ❖ Maître de Conférences agrégé en Epidémiologie à l'INSSA
- ❖ Professionnel en Charge de la Recherche à l'Organisation Ouest Africaine de la Santé
- ❖ Secrétaire Général de l'Association pour les Sciences de la Santé du Burkina (ASSB)

Cher Maître, c'est un honneur que vous nous faites en acceptant d'apprécier ce travail. Votre simplicité et l'amour que vous portez à votre métier, force l'admiration. Nous avons eu le privilège de bénéficier de votre enseignement théorique en 6ème année. Vous nous avez fascinés par vos qualités humaines et scientifiques. Vos conseils et vos encouragements ont le don d'apporter de l'espoir. C'est avec une grande joie mais aucune surprise que nous avons accueilli la nouvelle de votre succès au concours d'agrégation. Votre esprit critique et vos compétences, nous en sommes convaincu, vous conduiront dans quelques années à la titularisation.

Trouvez ici l'expression de notre profonde gratitude. Puisse le Tout Puissant vous bénir et vous combler d'innombrables grâces.

A notre Maître et juge

Dr Armel G PODA

Vous êtes :

- ❖ Médecin spécialisé en Maladies Infectieuses au CHUSS
- ❖ Médecin-Chef du dispensaire familial du Camp Ouezzin Coulibaly
- ❖ Médecin-Commandant des Forces Armées Nationales
- ❖ Maître-assistant en maladies infectieuses à L'INSSA
- ❖ Diplôme d'un mastère en Santé Publique
- ❖ Ancien Interne Des Hôpitaux de Dakar

Cher Maître, l'occasion nous est offerte de vous témoigner notre reconnaissance pour avoir codirigé ce travail. Nous avons eu le privilège de bénéficier de votre enseignement théorique et de votre encadrement pratique au cours de notre formation. L'enthousiasme avec lequel vous transmettez vos connaissances nous a fasciné. Merci pour la simplicité et la rigueur scientifique avec laquelle vous nous avez guidés, pas à pas, dans la réalisation de cette étude. Que ce travail soit source de fierté et d'encouragement pour vous.

Que le Seigneur dans sa bonté vous protège et vous comble au-delà de vos attentes.

A notre maître et juge

Dr MEDA Clément

Vous êtes :

- ❖ Médecin de santé publique
- ❖ Assistant en santé publique
- ❖ Directeur régional de la santé des Hauts-Bassins

Nous sommes fiers de vous compter dans notre jury de thèse. Vos grandes connaissances scientifiques permettront d'élever la qualité de ce modeste travail.

Nous vous sommes profondément reconnaissants et vous prions de recevoir cher maître, l'expression de notre immense respect. Que le Seigneur vous comble d'innombrables grâces et soit votre rempart en toute circonstance.

Sommaire

LISTE DES RESPONSABLES ADMINISTRATIFS.....	v
DEDICACES.....	x
REMERCIEMENTS.....	xiii
LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS.....	xxvi
LISTE DES TABLEAUX.....	1
LISTE DES FIGURES.....	2
INTRODUCTION / ENONCE DU PROBLEME.....	4
1. GENERALITES.....	4
1.1. Epidémiologie de l'infection à VIH.....	5
1.1.1. Epidémiologie descriptive.....	5
1.1.2. Epidémiologie analytique.....	6
1.2. Le conseil dépistage VIH.....	8
1.2.1. Historique du conseil dépistage du VIH.....	8
1.2.2. Enjeux du conseil dépistage.....	9
1.2.3. Stratégies de dépistage.....	10
1.2.4. Démarche du conseil dépistage au Burkina Faso.....	11
2. REVUE DE LA LITTERATURE.....	14
2.1. Caractéristiques socio démographiques des personnes adhérant au dépistage volontaire du VIH.....	15
2.2. Caractéristiques comportementales des personnes adhérant au dépistage volontaire du VIH.....	17
2.3. Evolution de la prévalence du VIH chez les personnes adhérant au dépistage volontaire du VIH.....	18
2.4. Facteurs de risque associés à l'infection à VIH chez les adhérents au dépistage volontaire.....	19
3. OBJECTIFS.....	22
3.1. Objectif général.....	23
3.2. Objectifs spécifiques.....	23
4. METHODOLOGIE.....	24
4.1. Cadre et champ d'étude.....	25

4.2.	Type d'étude et période d'étude.....	27
4.3.	Population d'étude	27
4.4.	Echantillonnage.....	27
4.5.	Description des variables étudiées	28
4.6.	Définitions opérationnelles.....	30
4.7.	Collecte des données.....	31
4.8.	Analyses des données	31
5.	CONSIDERATIONS ETHIQUES	31
6.	RESULTATS.....	33
6.1.	Description de la population d'étude	35
6.1.1.	Les caractéristiques socio démographiques et culturelles	35
6.1.2.	Les caractéristiques socio-économiques et comportementales.....	41
6.2.	Prévalence du VIH chez les personnes dépistées au CADI	47
6.3.	Caractéristiques des personnes dépistées séropositives au CADI.....	49
6.3.1.	Durant la période de mai 1996 à septembre 2007	49
6.3.2.	Durant la période de octobre 2007 à juin 2014.....	53
7.	DISCUSSION.....	56
7.1.	Limites méthodologiques.....	57
7.2.	Discussion des principaux résultats	57
7.2.1.	Caractéristiques sociodémographiques et culturelles	57
7.2.2.	Caractéristiques socio-économiques et comportementales de notre population	60
7.2.3.	Les caractéristiques socio démographiques en fonction du statut sérologique	64
	CONCLUSION.....	65
	SUGGESTIONS	65
	REFERENCES	65
	ANNEXES.....	65
	ICONOGRAPHIE.....	65

RESUME

Titre : Profil épidémiologique et prévalence de l'infection à VIH chez les clients du centre anonyme de dépistage et d'information (CADI) de Bobo-Dioulasso (Burkina Faso).

Introduction : le conseil dépistage est un fondement de la lutte contre le VIH. L'objectif de l'étude était de décrire le profil épidémiologique et la prévalence du VIH chez les clients du CADI de Bobo-Dioulasso de 1996 à 2014.

Méthodologie : Nous avons réalisé une étude transversale à visée descriptive ayant concerné les données recueillies durant les dix-huit années d'activités du CADI de 1996 à 2014. L'échantillonnage de l'étude a été aléatoire, stratifiée par année.

Résultats : Un total de 11 455 personnes dépistées ont été répertoriées. L'âge moyen était de 30 ans et les jeunes de [20 à 25 ans [, en majorité des femmes (55,53%), étaient les mieux représentés. La majeure partie des clients du centre étaient scolarisés (77,80%), monogames (34,47%) et n'avaient pas d'activité professionnelle. Plus de la moitié des clients (65,69%) avaient eu au cours de leur vie, plusieurs partenaires sexuels et 41,77% avaient déclaré utiliser le préservatif. La comparaison avec la population générale montrait que les célibataires et surtout les polygames étaient les moins adhérents du centre. La prévalence moyenne du VIH chez les clients du CADI, était de 17,51% IC 95%= [17,37 -17,62] et décroissait au fil du temps. Le taux de séropositivité était plus élevé chez les [30-35 ans [, les femmes, les veufs et les personnes non scolarisées. Le multi partenariat et l'absence d'utilisation des préservatifs étaient les comportements les plus retrouvés chez les séropositifs.

Conclusion : notre étude a montré une forte adhérence des jeunes, des femmes, des personnes mariées et/ou instruites n'ayant pas d'activité professionnelle, au CADI. Ce profil est différent de celui de la population urbaine ; ce qui témoigne d'une faible adhésion de certains groupes de la population, dont les causes doivent être recherchées.

Mots clés : Bobo-Dioulasso, CADI, conseil dépistage, Prévalence VIH.

ABSTRACT

Title: Epidemiological Profile and prevalence of HIV infection among clients of anonymous screening and information center (CADI) Bobo-Dioulasso (Burkina Faso).

Introduction: Screening Board is a cornerstone of the fight against HIV. The objective of the study was to describe the epidemiology profile and prevalence of people tested for HIV at Bobo-Dioulasso CADI 1996 to 2014.

Methodology: We realized a descriptive cross-sectional study. The study involved data collected during the eighteen years of activity from 1996 to 2014. The sample of the study was random, stratified by year.

Results: A total of 11 455 VCT clients were included in our study. The average age was 30 years and youth [20 to 25 years [, mostly women (55.53%), were best represented. Educated people (77.80%), and unemployed people were most represented. More than half of customers (65.69%) had in their lives, many sexual partners and less than half (41.77%) used condoms. The comparison with the general population showed that single and especially polygamous were less adherent to the center. The overall HIV prevalence among clients of CADI, was 17.51% and waned over time. HIV prevalence was higher among [30-35 years [, women, widows and uneducated people. Multiple partners and lack of condom use were the behaviors found in HIV-positive.

Conclusion: Our study showed a strong adherence of youth, women, married and / or educated with no professional activity, in CADI. The epidemiological profile of CADI's clients is different of the profile of the urban population. The causes of the low adhesion of certain groups of the population should be found.

Keywords: Bobo-Dioulasso, CADI, voluntary counseling and testing, HIV prevalence.

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS

ADN : Acide Désoxyribonucléique

ANRS : Agence Nationale de recherches sur le SIDA et les hépatites virales.

ARN : Acide Ribonucléique

CADI : Centre Anonyme de Dépistage et d'Information.

CDC : Center Diseases Control.

CDV : Conseil Dépistage Volontaire.

CITP : Classification Internationale des Types de Professions.

CMLS/Santé : Comité Ministériel de Lutte contre le sida du ministère de la santé.

EDS BF : Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples du Burkina Faso.

ELISA: Enzyme Linked Immuno-Sorbent Assay.

HTLV: Human-Cell Leukemia Virus.

IEC/CCC : Informer, Eduquer, Communiquer/ Communication pour Changement de Comportement.

IST : Infections sexuellement Transmissibles.

MENA: Ministère de l'Education Nationale et de l'Alphabétisation.

MESS : Ministère des Enseignements Secondaire et Supérieur.

OMS : Organisation Mondiale de la Santé.

ONUSIDA : Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA.

PAMAC : Programme d'Appui au Monde Associatif et Communautaire de lutte contre le VIH/SIDA.

Pv VIH : Personnes vivant avec le Virus de l'Immunodéficience Humaine.

SIDA : Syndrome d'Immunodéficience Acquise.

SP/CNLS- IST : Secrétariat Permanent du Conseil National de Lutte Contre le sida et les infections sexuellement transmissibles.

TAR: Traitement AntiRétroviral.

VCT: Voluntary Counseling and Testing.

UFR-SDS: Unité de Formation et de Recherche en Sciences De la Santé.

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine.

HIV : Human Immunodeficiency Virus

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I: Prévalence de l'infection à VIH en fonction des caractéristiques socio démographiques des clients dépistés entre 1996 et 2007.	50
Tableau II: Prévalence de l'infection à VIH en fonction de l'activité professionnelle des personnes dépistées au centre de 1996 à 2007.	51
Tableau III : Prévalence de l'infection à VIH en fonction des caractéristiques comportementales des personnes dépistées au centre de 1996 à 2007.	52
Tableau IV : Prévalence de l'infection à VIH en fonction des caractéristiques socio démographiques des clients dépistés entre 2007 et 2014.	54
Tableau V : Prévalence de l'infection à VIH en fonction de l'activité socio-professionnelle des personnes dépistées au centre de 2007 à 2014.	55
Tableau VI: Prévalence de l'infection à VIH en fonction des caractéristiques comportementales des personnes dépistées au centre de 2007 à 2014.	56

LISTE DES FIGURES

Figure 1: Algorithme de dépistage du VIH au Burkina Faso [17].	13
Figure 2: Taux moyens mensuels de dépistages du VIH au CADI de 1996 à 2014. ...	34
Figure 3: Répartition des personnes dépistées au CADI de 1996 à 2014 en fonction de l'âge.....	35
Figure 4: Evolution de la population d'étude de 1996 à 2014 selon des classes d'âge.	36
Figure 5: Evolution du nombre de personnes dépistées au CADI de 1996 à 2014 en fonction du sexe.	37
Figure 6: Répartition des clients du CADI de 1996 à 2014 en fonction du statut matrimonial.	38
Figure 7: Répartition des personnes dépistées et de la population générale selon le statut matrimonial.	39
Figure 8: Répartition des clients du CADI de 1996 à 2014 en fonction du niveau d'instruction.	40
Figure 9: Evolution des clients du CADI de 1996 à 2014 en fonction du niveau de scolarisation.	41
Figure 10: Répartition des clients du CADI de 1996 à 2014 en fonction du type d'activité selon la CTIP.	42
Figure 11: Répartition des personnes dépistées au CADI de 1996 à 2014 et n'ayant pas activité professionnelle.	43
Figure 12 : Répartition des motifs de dépistage des clients du CADI de 1996 à 2014.	44
Figure 13: Répartition des clients du CADI de 1996 à 2014 en fonction du facteur multi partenariat.	45
Figure 14 : Evolution du multi partenariat et de l'utilisation du préservatif chez les personnes dépistées au centre entre 1996 et 2014.	45
Figure 15 : Evolution du désir de partager le statut sérologique chez les clients du CADI de 1996 à 2014.	46

Figure 16: Répartition des méthodes de prévention choisies par les clients du CADI de 1996 à 2014.....	47
Figure 17 : Prévalence du VIH chez les clients du CADI de la période de 1996 à 2014	47
Figure 18: Evolution de la prévalence du VIH au cours des années chez les clients du CADI de 1996 à 2014.	48
Figure 19: Répartition des personnes dépistées séropositives au VIH en fonction de l'âge de la période de mai 1996 à septembre 2007 au CADI.	49
Figure 20: Répartition des personnes dépistées séropositives au VIH en fonction de l'âge de la période d'octobre 2007 à juin 2014 au CADI.....	53

**INTRODUCTION / ENONCE DU
PROBLEME**

Le conseil dépistage est l'un des fondements des actions de lutte contre l'infection à VIH au plan mondial [1]. C'est une des stratégies de prévention les plus efficaces en terme d'amélioration du niveau d'information sur l'épidémie [2], d'opportunité de promotion des comportements à moindre risque aussi bien pour les personnes séronégatives que les personnes infectées par le VIH [3,4]. De plus, il constitue la seule porte d'entrée pour une prise en charge efficace des personnes vivant avec le VIH [5]. Il ne sera pas possible de mettre fin à l'épidémie de VIH sans augmenter les efforts pour dépister plus précocement les personnes atteintes de VIH, sans étendre la couverture de traitement et sans prévenir les nouvelles infections [6].

Cependant l'accès à ces services est limité tant au niveau mondial que national.

Au niveau mondial, la couverture au centre de dépistage était estimée à 12%. En 2012, seulement 118 millions de personnes réparties dans 124 pays, ont bénéficié d'un dépistage et de conseils relatifs au VIH [7]. Au niveau national, la couverture au centre de dépistage était estimée à 20% selon **Somé et al** [8] en 2012. De plus, les expériences en matière de CDV ont été relativement tardives dans notre pays. En 1994, un premier centre de dépistage a été créé à Ouagadougou à l'initiative de la GTZ (Gesellschaft Fur zusammenarbeit). Suite à des difficultés financières et institutionnelles, ce centre a dû suspendre ses activités. C'est en 1996 que le CADL a été créé à Bobo-Dioulasso [9]. Au Burkina Faso, il s'agit du seul centre à être resté en activité sans interruption depuis plus de 18 années. En 2015, quarante-sept centres de dépistage volontaire (en dehors des centres de santé) ont été répertoriés à travers tout le pays [10]. La région des Hauts-Bassins ne compte que huit centres de dépistage volontaire, pour 1 961 204 habitants en 2013, soit 245 150 habitants pour un centre [11]. Au Burkina Faso, il existe une faible adhésion des adultes jeunes au dépistage, qui pourtant représentent plus de la moitié de la population générale et constituent la population active [12]. Le taux d'adultes de 15 à 49 ans ayant bénéficié d'un test VIH était estimé à 20,6% en 2008. En 2010, cette proportion était de 11% chez les femmes contre 8% chez les hommes [10].

La connaissance des utilisateurs des CDV permettra de réorganiser les stratégies de lutte contre le VIH et de planifier des actions pour redynamiser l'adhésion de la population aux CDV [13]. « Connaître son épidémie est fondamental pour connaître sa riposte » [14]. La connaissance des personnes utilisant le centre le plus ancien du Burkina Faso, des raisons qui animent ces personnes à adhérer à ce centre et de la prévalence du VIH au sein de cette population paraît alors primordial non seulement pour les responsables du dit centre mais aussi pour tous les acteurs de la lutte contre l'infection à VIH dans notre pays.

Pourtant aucune étude n'a été réalisée au CADI : qui pourtant offre un service dépistage volontaire du VIH depuis plus de 18 années. C'est pour pallier ce manque que la présente étude a été initiée prenant en compte les données des clients du centre de 1996 à 2014.

1. GENERALITES

1.1.Épidémiologie de l'infection à VIH

1.1.1. Epidémiologie descriptive

➤ Dans le monde

L'épidémie du VIH est un problème de santé publique dont les conséquences sont désastreuses sur le plan humain, économique et social. En effet, elle était la 6^e cause de décès dans le monde en 2013 [15]. En décembre 2013, à l'échelle mondiale, 35 millions [33.2-37.2 millions] de personnes vivaient avec le VIH et 1.5 millions [1.4 – 1.7 millions] de décès étaient enregistrés [16]. Dans la même année, 2.1 millions de personnes [1.9 – 2.4 millions] dont 240 000 enfants [210 000-280 000] ont été nouvellement infectées par le VIH de par le monde [16]. Les investissements mondiaux dans le domaine du VIH ont atteint au total 19.1 milliards de dollars US en 2013 [16].

➤ En Afrique

L'Afrique est le continent le plus meurtri par l'infection par le VIH avec les plus fortes prévalences, les taux de mortalité liés au VIH les plus élevés et les taux de couverture du traitement les plus faibles. L'Afrique subsaharienne représente presque 70% du total des nouvelles infections à VIH dans le monde. En 2013, 24,7 millions [23,5 – 26,1 millions] de personnes dont 58% de femmes vivaient avec le VIH en Afrique subsaharienne [16]. Dans cette région, le nombre de nouvelles infections était estimé dans l'ensemble à 1,5 millions [1,3 – 1,6 millions] en 2013. Toujours à cette date, 210 000 [180 000 – 250 000] nouvelles infections ont été répertoriées chez les enfants. Dans la même année, 1,1 millions [1 – 1,3 millions] de personnes sont décédées de causes liées au sida. La couverture du traitement était de 37% pour l'ensemble des Pv VIH [16].

➤ Au Burkina Faso

Le Burkina est classé parmi les pays à épidémie généralisée [17]; la tendance générale étant à la stabilisation de l'épidémie depuis 2005 [18]. La prévalence du VIH en population générale (15 à 49 ans) était de 0.9% [0,8% -1,1%] en 2013 [19]. Les données de la séroprévalence au niveau des sites sentinelles du pays révélaient une

prévalence du VIH de l'ordre de 2,2 [4,4 -3,5] chez les personnes âgées de 15 à 49 ans et résidant à Bobo-Dioulasso [17].

Au plan national les femmes sont plus touchées par l'infection à VIH avec une prévalence de 1,2% contre 0,8% chez les hommes [20]. En 2011, au sein des formations sanitaires publiques, privées et communautaires du Burkina Faso, le taux de séropositivité était de 3,26% dans l'ensemble; en stratégie fixe, il était de 5,8% contre 0,8% en stratégie mobile [18]. Le taux de séropositivité pour la campagne « Journée Mondiale du Sida » (JMS 2011) était de 1,2% (46081 tests réalisés) contre 1,3% en 2010 [18]. Selon l'ONUSIDA, 100 000 à 150 000 personnes vivaient avec le VIH au Burkina Faso en fin 2010 [7]. Au cours de la même année, on estimait le nombre de personnes nouvellement infectées par le virus entre 5700 et 10 000 [7]. Les dépenses liées au VIH/SIDA en 2010, s'élevaient à 26,18 milliards de F CFA, soit 55,12 millions de dollars US [17].

1.1.2. Epidémiologie analytique

➤ Agent pathogène

Le VIH appartient à la famille des *Retroviridae* (rétrovirus) [21]. Les rétrovirus sont des virus se définissant par leur mode de répllication. Ils sont divisés en trois sous familles qui sont les *lentivirus*, les *oncovirus* et les *spumavirus*. Les *lentivirus* provoquent des infections à évolution lente et sont cytopathogènes en culture. C'est dans cette sous famille que se trouve le VIH (VIH 1 et VIH 2) [21].

➤ Le réservoir du virus

Les réservoirs du VIH sont constitués de cellules T CD4 infectées latentes présentes dans le sang et dans de nombreux tissus (le tube digestif, les ganglions, la rate, le foie, les poumons, le système nerveux central) [22]. La longue durée de vie des cellules latentes ainsi que leur capacité proliférative est la principale cause de la persistance virale dans l'organisme.

➤ Le mode de transmission [23,24]

Il existe trois modes de transmission du VIH :

- la transmission sexuelle : c'est le mode le plus fréquent :

- la transmission de la mère à l'enfant (TME) :
- la transmission par voie sanguine.

➤ **Les déterminants de l'épidémie**

La pauvreté favoriserait la progression de l'épidémie du VIH [25]. Elle serait aussi à l'origine d'une déliquescence des systèmes de santé. Ceci a pour conséquence une augmentation de la morbidité et de la mortalité au sein de la population entraînant un fort pourcentage de veufs, d'orphelins et d'enfants de la rue. La précarité rencontrée dans les pays à revenus faibles accroît la vulnérabilité des femmes. De plus, les conflits armés, les désastres naturels entraînent une migration de la population et diminuent les actions de lutte contre l'épidémie. Toutes ces situations augmentent l'adoption de comportements à risque [25]. Des cofacteurs biologiques ont été incriminés dans la transmission sexuelle de l'infection à VIH. Ce sont l'absence de circoncision chez l'homme l'anatomie de l'appareil génital féminin et les infections sexuellement transmissibles [25].

1.1.3. Impacts de l'infection à VIH

L'infection à VIH reste un problème majeur de santé publique au plan international par son impact sur les systèmes de santé et sur le développement humain en général.

➤ **Impact socio démographique**

L'impact de l'épidémie du VIH sur le monde a été le plus brutal de toute l'histoire. Les décès de personnes adultes du fait de la maladie sont responsables de l'augmentation du nombre d'orphelins. Ces orphelins du SIDA risquent plus que les autres, de souffrir de mauvaise santé, d'une éducation insuffisante et d'un manque de protection. Les chances de scolarisation d'un enfant orphelin sont inférieures à 12% [24]. Ils sont plus sujets à la maltraitance, à l'abandon, à l'exploitation sexuelle, ce qui augmente encore plus la vulnérabilité à l'infection à VIH. L'infection à VIH est une maladie stigmatisante. La stigmatisation et la discrimination sont non seulement une entrave à la prévention et donc à la prise en charge, mais aussi une entrave au développement humain des personnes, les privant de toute chance de développement social au sein d'une communauté [24].

➤ **Impact sur le système de santé**

L'infection à VIH a permis de révéler des dysfonctionnements graves dans les systèmes de santé des différents pays, en particulier ceux des pays en voie de développement [21]. La pénurie des agents de santé est unanimement reconnue comme l'un des principaux obstacles empêchant d'assurer des interventions vitales pour combattre cette épidémie. Cette prise de conscience a permis d'allouer plus de ressources au renforcement du système de santé des pays [21].

➤ **Impact économique**

Le VIH/SIDA fragilise l'économie des pays avec une perte d'un à deux points de croissance du PIB lorsque 10% de la population est touchée [21]. Il a un effet dramatique sur les ménages des pays en voie de développement. La pauvreté amplifie l'impact de cette épidémie. Les décès attribuables au sida parmi les adultes productifs entraînent d'une part une diminution de la productivité et donc des revenus fiscaux et d'autre part une érosion significative des compétences institutionnelles. La durée parfois longue de la maladie entretient un cercle vicieux. En effet, la baisse de l'activité, la réduction des revenus associés à l'augmentation des dépenses sont source de désépargne et d'endettement. Ceci a pour conséquence la paupérisation croissante des ménages et leur précarité à long terme [21].

1.2. Le conseil dépistage VIH

1.2.1. Historique du conseil dépistage du VIH

Les premiers tests de dépistage du VIH sont apparus en 1985 lorsque l'infection à VIH avait un pronostic mortel et les possibilités de traitement étaient limitées [26]. La démarche volontaire, le consentement éclairé lors de la proposition du dépistage et le respect de la confidentialité ont alors été des sujets abordés. C'est en 1986 que le Burkina Faso a reconnu officiellement des cas de SIDA [26]. Depuis lors le gouvernement s'est résolument engagé avec le soutien et l'accompagnement de la communauté internationale dans une lutte soutenue contre l'infection à VIH.

Dès 1987, on a procédé à la mise en place d'un Comité technique restreint de cinq personnes ressources, avec comme missions l'évaluation de la situation du VIH. Les

activités de départ étaient axées sur la sensibilisation par l'information, l'éducation et la communication (IEC). Mais c'est seulement en 1994 qu'un premier centre est créé dans la ville de Ouagadougou [27].

Il s'agit du Centre de Dépistage Volontaire et Anonyme (CDVA). Ce dernier n'a fonctionné qu'une année. Le premier, créé en 1997 à Bobo-Dioulasso, est le Centre Anonyme de Dépistage et d'Information (CADI). Depuis 1996, on assiste à un essor considérable des centres de dépistage. En 2009, le Burkina Faso avait 88 centres intégrés et 47 centres autonomes [10].

1.2.2. Enjeux du conseil dépistage

Le conseil dépistage reste encore insuffisant avec seulement 12% de couverture au plan mondial [7]. En Afrique, 25% des adultes africains auraient été testés pour le VIH en 2012 et la moitié des africains vivant avec le VIH connaissent leur statut sérologique [28]. Selon l'OMS, les hommes sont moins susceptibles que les femmes à se faire dépister, en particulier parmi les adolescents et les populations clés. Dans toutes les régions, un grand nombre de personnes se font dépister et traiter tardivement, généralement lorsque leur état de santé commence à décliner [5]. Au Burkina Faso, l'utilisation de CDV est encore très faible et la couverture de la PTME est pauvre. Seulement 10,4% de la population a déjà été dépistée pour le VIH [29]. La majeure partie de la population est séro-ignorante et il existe « une épidémie cachée ». Ce faible taux de couverture est aussi noté chez les travailleurs du secteur de la santé qui pourtant, ont une plus grande opportunité de dépistage [30]. Au niveau national, les prévisions en 2011, étaient de contribuer au dépistage de 488 282 personnes, mais seulement 228 098 personnes ont bénéficié de ce service, au sein des formations sanitaires publiques, privées et communautaires ; soit un taux de réalisation de 46,71% [17]. Le nombre total de personnes dépistées était estimé à 332 266 en 2013 contre 250 262 en 2012. Les structures communautaires contribuent à plus de 70% des dépistages au niveau national avec 247 409 personnes dépistées en 2013 [17].

Les canaux utilisés pour la sensibilisation de la population sont les causeries éducatives, les projections de films, les théâtres. Tous les secteurs contribuent à ces

activités de sensibilisation par l'Information, l'Éducation et la Communication pour un Changement de Comportement (IEC/CCC) mais l'apport du secteur communautaire a été plus remarquable avec 97,21% de contribution.

Pourtant ce secteur à la base des CDV, est encore peu développé. En 2015, il existe 47 centres de dépistage volontaire (en dehors des centres de santé) à travers tout le pays [10]. La région des Hauts-Bassins compte seulement huit centres de dépistage volontaire [10], pour 1 961 204 habitants en 2015 [11], soit 245 150 habitants pour un centre.

1.2.3. Stratégies de dépistage

➤ Dans le monde

L'OMS et l'ONUSIDA ont recommandé trois stratégies d'analyse [31]. Le choix d'une stratégie de dépistage pour le VIH repose sur l'objectif du test (diagnostic, surveillance, sécurité transfusionnelle ou recherche), la sensibilité et spécificité du ou des tests utilisés et la prévalence du VIH dans la population testée. La stratégie I de l'OMS (Sécurité transfusionnelle ou de greffe) permet de rechercher l'infection à VIH chez un sujet potentiellement donneur. Elle nécessite un seul test. La stratégie II de l'OMS est utilisée pour le dépistage dans les populations où la prévalence du VIH est inférieure ou égale à 10% [31]. La stratégie III de l'OMS nécessite trois tests et convient pour le dépistage dans les populations où la prévalence est supérieure à 10% [31]. Les services de dépistage sont inégalement répartis [32], ce qui entraîne un faible taux de dépistage tant dans les pays à revenu élevé que dans ceux disposant de peu de ressources. Pour révolutionner cette politique de prévention, l'OMS recommande d'associer le conseil dépistage à l'initiative du soignant [33]. L'extension du conseil dépistage doit s'accompagner du respect de cinq éléments essentiels. Ce sont les « 5C »: le consentement, la confidentialité, le conseil, les résultats corrects du dépistage et la connexion aux soins ou la référence [34].

➤ Au Burkina Faso

Le Burkina Faso s'est engagé dans la lutte contre l'infection à VIH en adoptant la stratégie II de l'OMS. C'est dans cette optique que les cadres stratégiques de lutte

contre le VIH et les IST ont été retenus [35,36]. Le conseil dépistage du VIH se fait certes à l'initiative du prestataire mais surtout à l'initiative du client.

L'approche « Opt Out » en PTME a aussi été retenue [18]. L'approche « opt-out » met l'accent sur le fait que le test de dépistage du VIH fait partie des soins prénataux.

1.2.4. Démarche du conseil dépistage au Burkina Faso

Le conseil dépistage volontaire se déroule en trois temps : le conseil pré-test, le prélèvement suivi du test proprement dit et le conseil post-test.

- **Le conseil pré-test** est un entretien individuel ou avec un couple qui a lieu avant le test dont le but est de préparer le client/patient à prendre sa décision. Après l'accueil du client, les points abordés lors de la session de pré-test sont:
 - les raisons motivant la demande ou l'offre de dépistage du VIH ;
 - les informations sur les avantages du dépistage;
 - les informations sur les services disponibles en cas de résultats positifs ;
 - l'évaluation des situations à risque de contamination du VIH [17].

À l'issue de cet entretien, le client est informé qu'il a le droit de refuser le test et que son refus n'aura aucune incidence sur la relation avec le prestataire.

- **Le prélèvement et le test dépistage**

Le Burkina Faso a retenu l'utilisation des tests rapides sur sang total pour le dépistage volontaire de la population générale [17]. Cependant, en fonction du plateau technique, les tests d'amplification du matériel génétique du VIH (Polymerase Chain Reaction ou PCR) sont parfois utilisés pour le diagnostic précoce de l'infection à VIH chez les enfants nés de mères séropositives. La première étape dans le diagnostic de l'infection à VIH consiste à réaliser un test rapide de sensibilité très élevée, non discriminant tel que le *Determine HIV*®, le *swift-HIV*®, le *Double check Gold HIV*®.

Si le test est positif, la confirmation du résultat n'est faite qu'après la seconde étape. Cette dernière repose sur l'utilisation d'un test rapide de grande spécificité, discriminant envers les deux types de virus comme *l'immunoComb II HIV*®, le *Tridot*

HIV®, le *Genie II HIV®*, le *SD Bioline®*. Le résultat est interprété selon l'algorithme de dépistage du VIH au Burkina Faso (figure 1) [17].

➤ **Le conseil post-test**

C'est l'entretien qui a lieu après le test, au cours duquel le résultat est porté à la connaissance du client. Le conseiller s'assure que le client est prêt à recevoir les résultats du test et comprend bien ce que signifient des résultats de tests positifs, négatifs et indéterminés.

- L'annonce des résultats du test se fait posément dans un cadre tranquille et intime. Le client a la possibilité d'exprimer ses sentiments par rapport aux résultats de son test et tout autre problème le concernant.
- Dans le cas d'un résultat positif, le counseling post-test a pour but d'insister sur l'importance de « vivre positivement avec le VIH ». Ceci implique de cultiver en permanence une attitude positive, d'éviter de s'exposer davantage au virus et à d'autres IST, de prendre bien soin de sa santé, de suivre un régime alimentaire adapté et d'adhérer aux organisations de personnes vivant avec le VIH et d'autres groupes de soutien.
- Le conseiller aide à l'élaboration d'un plan de prévention tenant compte des résultats du test du client et de sa situation personnelle.
- Le conseiller explique aussi à la personne dépistée la notion de « fenêtre sérologique » : la fenêtre sérologique correspond à la période de séroconversion qui est de 1 à 3 mois. Chez les clients séronégatifs, il est recommandé de faire un contrôle systématique trois mois plus tard.
- Education à l'utilisation de préservatifs : l'éducation à l'utilisation et la démonstration du port correct du préservatif doit faire partie de chaque session de conseil post test.
- La référence et le partage du statut sérologique : les personnes diagnostiquées séropositives sont référées vers des services spécialisées pour leur prise en charge (thérapeutique, psychologique). Le partage de l'information avec le ou les partenaire(s) sexuel(s) est aussi abordé.

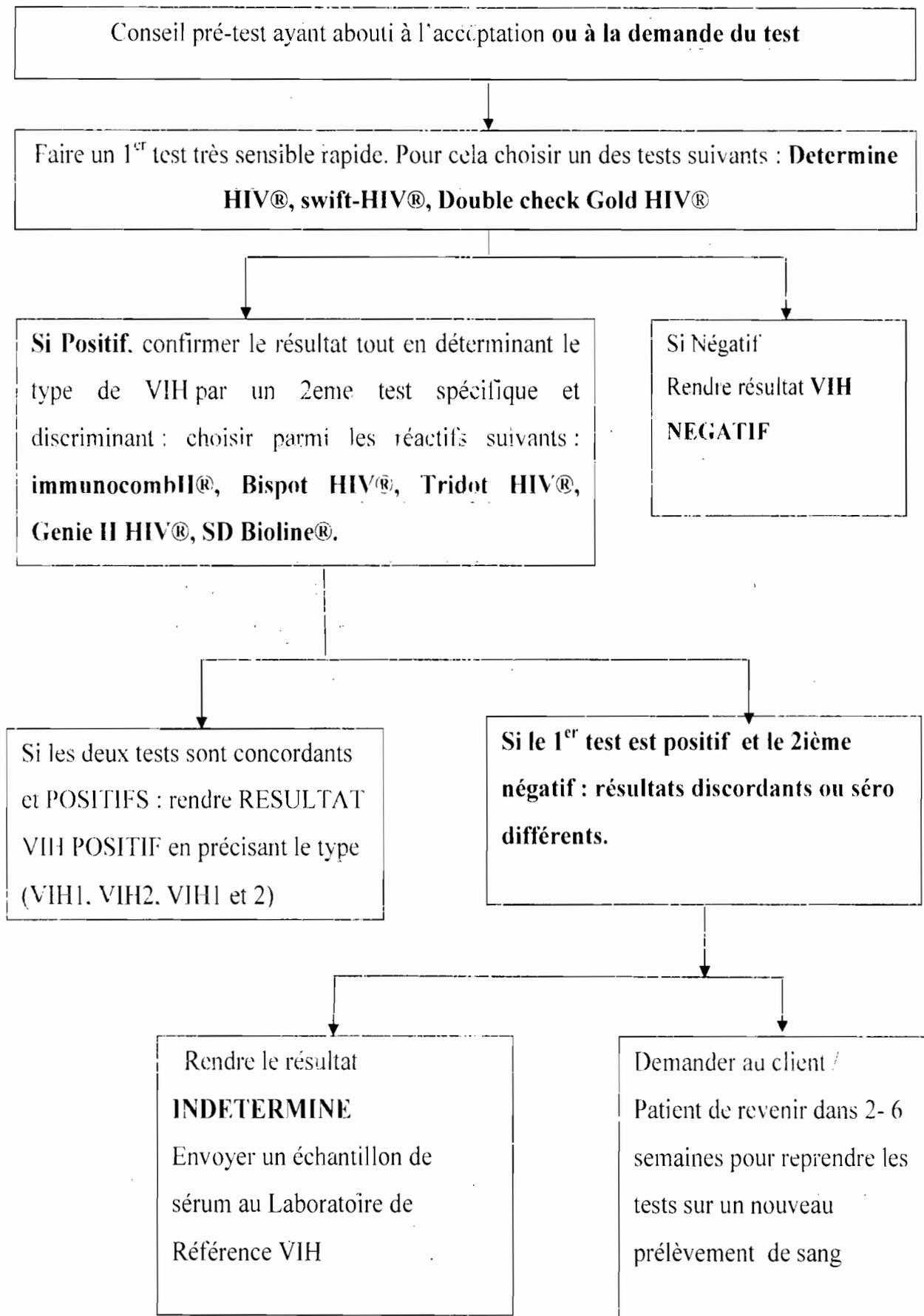


Figure 1: Algorithme de dépistage du VIH au Burkina Faso [17].

2. REVUE DE LA LITTERATURE

La riposte à l'infection par le VIH a produit des résultats spectaculaires selon l'OMS [5]. Cependant, après trois décennies de lutte, cette infection reste un problème de santé publique dans le monde et surtout en Afrique. En vue de mettre fin à l'épidémie du sida, l'OMS appelle à une compréhension approfondie des processus de dépistage et de traitement [1]. Le diagnostic du VIH marque en effet le premier temps du parcours thérapeutique. A ce jour, de nombreux travaux ont été réalisés dans le monde sur le dépistage du VIH, qu'il soit à l'initiative du client ou du personnel de santé. Nous avons obtenu et examiné plusieurs écrits concernant ce sujet.

2.1. Caractéristiques socio démographiques des personnes adhérant au dépistage volontaire du VIH

Les facteurs associés à l'acceptation du conseil de dépistage sont divers et variés. Plusieurs auteurs se sont penchés sur la question. Aux Etats Unis, **Calderon et al.** [37] ont réalisé une étude comparative entre des adolescents et des non adolescents de New York. L'objectif de l'étude était de rechercher les facteurs influençant la décision de se faire dépister. Les résultats de cette étude ont révélé que le jeune âge favorisait l'acceptation d'un test de dépistage. Ils avaient retrouvé un pourcentage plus élevé d'adolescents (95,4%) qui avaient accepté le dépistage par rapport au non adolescents (90,8%). **Schechter-Perkins et al.** [38] dans une étude rétrospective réalisée aussi aux Etats Unis, rapportaient que les célibataires étaient les personnes les plus susceptibles d'accepter un test de dépistage. Les personnes ayant déjà réalisé un test de dépistage VIH ou celles qui évaluaient faible le risque d'être infectées, avaient plus tendance à refuser le test.

En grande Bretagne, **Mc Garrigle et al.** [39] ont réalisé une étude dans le but d'estimer la prévalence du VIH et les facteurs associés dans la population britannique. De cette étude, il ressort que les comportements jugés à risque (le multi partenariat, les nouveaux partenaires étrangers) étaient significativement associés à l'acceptation du dépistage volontaire. Les auteurs africains se sont aussi intéressés à la question. En Afrique de l'Est, **Fiorillo et al.** [40] retrouvaient une prédominance féminine (55,3%) et une prépondérance des personnes mariées lors d'une étude réalisée à Moshi en

Tanzanie. Aussi, dans son étude avait-il retrouvé une médiane d'âge de 29,7ans. Le taux de dépistage était plus élevé chez les mariés, les veufs et les personnes âgées. **Dillnessa et al.** [41] ont réalisé une étude dans six sites de dépistage à Addis Abeba et rapportaient que les personnes ayant un niveau d'instruction du primaire étaient quatre fois plus susceptibles d'utiliser les services de dépistage volontaire.

Dans les pays d'Afrique Australe, **Hensen et al.** [42] de même que **Sherr et al.** [43] avaient fait le même constat dans leurs études réalisées respectivement dans une province rurale du Lusaka en Zambie et dans la province du Manicaland au Zimbabwe. Ils rapportaient que les facteurs indépendamment associés à l'acceptation du dépistage étaient le jeune âge (20 ans et plus), le niveau d'instruction (secondaire et supérieur), une bonne connaissance de l'infection à VIH et le fait d'être marié.

Malgré la diversité des caractéristiques des personnes acceptant le dépistage, le principal motif du test, reste la curiosité de savoir son statut sérologique. C'est ce qu'ont rapportés plusieurs auteurs de l'Afrique de l'Ouest tels que **Ndiaye et al.** [44] lors d'une étude dans un centre de dépistage volontaire de Pikine/Guediawaye, au Sénégal. La littérature burkinabè sur le conseil dépistage et les caractéristiques qui y sont associés est aussi riche: **Kirakoya-Samadoulougou et al.** [29] dans une étude réalisée à Ouagadougou, avaient trouvé que les personnes acceptant le plus le conseil dépistage étaient des adultes de sexe féminin. Ils rapportaient une moyenne d'âge de 27 ans. Dans cette étude, neuf clients sur 10 étaient des femmes (9% de femmes sur les 10,4% de personnes ayant accepté le test de dépistage). De plus, 65% de la population connaissaient les principales méthodes de prévention contre l'infection à VIH et 48,6% étaient mariés. La majorité de sa population avait un niveau d'instruction du primaire. **Somé et al.** [8] présentaient des résultats similaires après leur étude sur la pertinence, l'efficacité, et la faisabilité des campagnes de dépistage au Burkina Faso. Ils rapportaient en effet une majorité de femmes (57%) lors de ces campagnes de dépistage. Par contre, **Kirakoya-Samadoulougou et al.** [30] dans une étude chez les travailleurs de la santé, retrouvaient 34,6% de femmes dépistées contre 42,6% d'hommes.

2.2. Caractéristiques comportementales des personnes adhérant au dépistage volontaire du VIH

Des auteurs ont rapporté des résultats divergents sur l'association entre le comportement et la volonté de se faire dépister. A New York, **Calderon et al.** [37] trouvaient que 24,3% de leur population n'utilisaient pas le préservatif. **Mc Garrigle et al.** [39] en Grande Bretagne, retrouvaient qu'un grand nombre de partenaires sexuels, de nouveaux partenaires sexuels étrangers étaient des facteurs significativement associés au dépistage volontaire.

Fiorillo et al. [40] dans leur étude qui avait pour objectif d'évaluer le changement de comportements et de décrire les raisons du test, rapportaient que les principaux motifs de dépistage étaient l'infidélité et la nouveauté du partenaire.

Kirakoya-Samadoulougou et al. [30] avaient trouvé qu'un cinquième des agents de la santé avaient signalé de multiples partenaires. Parmi ceux-ci, 13% n'utilisaient pas de préservatifs. Les agents de la santé qui avaient eu plusieurs partenaires étaient beaucoup plus susceptibles d'être des hommes âgés de moins de 29 ans, célibataires, qui vivaient dans les zones rurales.

Par contre, **Sherr et al.** [43] dans une étude prospective sur une cohorte réunie, ne trouvaient pas d'association entre les comportements à risque et le conseil dépistage.

Le partage du résultat avec une tierce personne, entraîne souvent des conflits moraux et la révélation est plus faible lorsque le test est positif. Les raisons du partage du statut sont diverses. **Pride** [45] dans une étude réalisée dans un centre de référence de Cap Town en Afrique du Sud, rapportait différentes raisons de partage du résultat du test VIH. Les clients communiquaient leur statut sérologique avec leurs partenaires sexuels dans le but d'adopter des choix à moindre risque. Le partage du statut avait lieu avec les agents de santé pour accéder aux traitements et aux services de soins.

La famille était mise au courant du résultat du test pour obtenir diverses formes de soutien.

Cette étude aussi a trouvé que les membres de la famille étaient les principales personnes à qui ont confié un résultat de test. Ensuite suivaient les partenaires sexuels, puis les amis et d'autres personnes.

Ainsi soulignait-elle que le partage ou au contraire la dissimulation ont un impact sur l'observance des Traitements Anti Rétroviraux (TAR).

Au Sénégal, **Sow** [46] a réalisé une étude qualitative fondée sur des entretiens approfondis dans un CDV. Cette étude avait pour objectif de comprendre les motivations, les avantages et les contraintes liées au partage du statut VIH positif. Elle rapportait que la majorité des femmes mariées commençaient par partager leur statut VIH avec leur mère. La principale motivation d'un tel choix était la recherche d'un soutien. Dans les foyers polygames, les femmes tentaient de partager l'information seulement avec leur conjoint. Certaines craignaient une discrimination. Des récits rapportaient un rejet collectif de certaines femmes séropositives par leurs coépouses. Par contre, d'autres rapportaient une solidarité et un soutien de la part des membres de la famille.

Hardon et al. [47] soulignaient que les conseillers n'apportent qu'un appui insuffisant au partage du statut par les Pv VIH, comme le rapportent des clients. Les professionnels de la santé continuent à rencontrer des difficultés vis-à-vis de la révélation du statut et auraient besoin d'être mieux guidés et soutenus. Au niveau mondial et en Afrique Sub Saharienne, de nombreuses lois, politiques et programmes ont essayé d'encourager et parfois d'obliger la révélation du statut VIH, ce qui a donné lieu, selon **Bott et Obermeyer** [48] à des débats éthiques. **Sanon et al.** [49] affirment que donner la priorité à la prévention sur les sanctions est le meilleur moyen de respecter les droits des personnes vivant avec le VIH et le SIDA.

2.3. Evolution de la prévalence du VIH chez les personnes adhérant au dépistage volontaire du VIH

En Asie, **Kee et al.** [50] ont réalisé une étude dans les centres de santé primaires de la Corée. L'objectif de cette étude était d'analyser l'évolution de la prévalence du VIH des clients de ces dits centres entre 2000 et 2009. Ils rapportaient que la prévalence du VIH avait augmenté entre 2000 et 2005. C'est ainsi qu'ils notaient une prévalence de 1.3% pour 10 000 clients en 2000 et 5.3% pour 10 000 clients en 2005. Cette prévalence restait stable à partir de 2005.

En Afrique orientale, **Baryarāma et al.** [51], ont réalisé une étude dont l'objectif était de décrire l'évolution de la prévalence du VIH parmi les clients d'un centre de dépistage volontaire en Ouganda. Ils rapportaient une variation de l'incidence du VIH entre 1992 et 2003. La prévalence avait diminué de 1999 (23%) à 2000 (13%); puis augmenté à 15% en 2003.

2.4. Facteurs de risque associés à l'infection à VIH chez les adhérents au dépistage volontaire

2.4.1. Facteurs socio démographiques et économiques associés à l'infection à VIH

En Afrique de l'Est, **Biadlegne et al.** [52] avaient trouvé 56,4% de femmes séropositives. Dans leur étude, les personnes mariées, celles vivant en couple étaient les personnes les plus exposées à l'infection par le VIH. Aussi la prévalence du VIH était-elle plus élevée chez les salariés et les femmes au foyer.

En Afrique de l'Ouest, plus précisément en Côte d'Ivoire, **Dagnan et al.** [53] rapportaient les mêmes résultats. Dans leur étude, les personnes les plus instruites (niveau universitaire) présentaient 3,5 fois pour les hommes et 6 fois pour les femmes des taux d'infection plus élevés que les analphabètes. De même au Burkina, **Kirakoya-Samadoulougou et al.** [54] dans leur étude portant sur les enseignants ont rapporté une prévalence de 3,5% parmi ce groupe de personnes. L'EDS réalisée dans notre pays en 2010 rapportait des résultats similaires.

En effet, la prévalence du VIH était plus faible parmi les hommes et les femmes sans instruction et plus élevée parmi ceux qui ont, au moins un niveau secondaire [20]. Ce constat appelle à la mise en œuvre de programmes spécifiques de prévention du VIH dans le secteur de l'éducation ciblant les femmes plus particulièrement. Dans la même enquête, la séroprévalence était plus élevée (1,2%) chez les femmes de 15 à 49 ans par rapport aux hommes (0,8%) de la même tranche d'âge. Le ratio d'infection femme/homme est de 1,5; ce qui revient à dire que pour 10 hommes infectés, il y a 15 femmes infectées, confirmant ainsi la théorie de la féminisation de l'infection pour des raisons à la fois socio-économiques et biologiques [20].

De plus, chez les femmes, la prévalence augmentait rapidement avec l'âge pour atteindre son niveau le plus élevé (2,4%) à 30-34 ans. La prévalence des hommes était très faible jusqu'à 29 ans, augmentait et atteignait un maximum de 1,4 % à 40 - 44 ans. Les écarts de prévalence au niveau du milieu de résidence étaient importants : la prévalence du VIH est près de trois fois plus élevée parmi les hommes vivant en milieu urbain (1,4%) que parmi ceux vivant en milieu rural (0,5%). Chez les femmes, elle était près de quatre fois plus élevée en milieu urbain (2,6%) qu'en milieu rural (0,7%). C'est dans les régions du Centre (2%), du Centre-Ouest (1,7%) et dans les Hauts Bassins (1,4%) que la prévalence était la plus élevée [20].

2.4.2. Facteurs comportementaux associés à l'infection à VIH

Les moyens de prévention du VIH étaient globalement bien connus dans la population générale lors de l'enquête de santé à indicateurs multiples réalisée au Burkina Faso en 2010. Quatre-vingt-dix-huit pourcent (98%) de femmes et d'hommes de 15-49 ans avaient déjà entendu parler de l'infection à VIH. Près de trois quarts des femmes (74%) et 87% d'hommes avaient déclaré que l'abstinence et la limitation des rapports sexuels à un seul partenaire fidèle non infecté, permettait de réduire les risques de contracter le VIH/SIDA. L'utilisation du préservatif a aussi été citée comme moyen de prévention de l'infection à VIH par 90% d'hommes et 78% de femmes. Par contre, la prévalence était plus élevée, contre toute attente, chez les femmes ayant déclaré avoir utilisé un préservatif. Il en était de même chez les clientes n'ayant pas eu de rapports sexuels (2,1% dans les deux cas) ainsi celles ayant déclaré ne pas avoir utilisé de préservatif (1,1%). Chez les hommes, on notait également une prévalence plus élevée parmi ceux ayant déclaré avoir utilisé un préservatif que parmi ceux ayant déclaré ne pas en avoir utilisé (1,5% contre 0,7%). Le niveau de prévalence augmente avec le nombre de partenaires sexuels. La prévalence était nettement plus élevée chez les hommes qui ont eu des rapports sexuels avec une professionnelle du sexe que chez les autres (5,4% contre 0,8%).

En résumé, la revue de la littérature nous révèle que le profil des personnes adhérant au CDV est pratiquement similaire dans les pays d'Afrique et change peu dans les autres continents. Ce sont les jeunes, mariés, avec un niveau d'éducation du primaire qui sont les plus adhérant au CDV. Les femmes sont généralement plus fréquentes dans les CDV que les hommes. Parmi les agents de santé, il y'a plus d'hommes dépistés que de femmes. La curiosité est le principal motif du dépistage dans les CDV d'Afrique. Les femmes, les personnes mariées avec un niveau d'instruction du secondaire au moins, y ont un risque plus élevé d'être infecté par le VIH. Les facteurs comportementaux associés au VIH sont le multipartenariat, l'absence d'utilisation de préservatifs, les rapports sexuels tarifés.

Aux Etats Unis d'Amérique et en Grande Bretagne, ce sont plutôt des jeunes, célibataires ayant des comportements à risque (multipartenariat, nouveaux partenaires étrangers) qui sont plus fréquents dans les CDV. La prévalence du VIH dans les CDV varie en fonction du temps et du lieu.

3. OBJECTIFS

3.1.Objectif général

Décrire le profil épidémiologique et la prévalence de l'infection à VIH chez les clients du CADI de Bobo-Dioulasso de 1996 à 2014.

3.2.Objectifs spécifiques

- 1- Déterminer les caractéristiques des personnes dépistées au CADI durant les dix-huit années d'activité.
- 2- Décrire l'évolution de la prévalence du VIH de 1996 à 2014.
- 3- Identifier le profil épidémiologique des personnes dépistées VIH positifs au CADI.

4. METHODOLOGIE

4.1. Cadre et champ d'étude

4.1.1. Cadre de l'étude

❖ Le Burkina Faso

Notre étude a eu pour cadre d'étude le Burkina Faso. Le Burkina Faso est un pays enclavé, situé en Afrique de l'ouest dans la boucle du Niger. Il couvre une superficie de 273 187 km² [55]. Selon les projections de l'Institut National de la Statistique et de la démographie, le Burkina compte 18 450 494 habitants en 2015 dont 51,73% de femmes [11]. La population est en majorité jeune (46,6 % des habitants avaient moins de 15 ans en 2006). Le Burkina est classé parmi les pays en voie de développement. L'économie a évolué à un rythme moyen de l'ordre de 4,5% par an, le pays a enregistré une croissance de 9,7% en 2012 avec un Produit Intérieur Brut (PIB) par habitant de 225 259 FCFA [56]. Sur le plan socio sanitaire, le Burkina fait face à des pathologies telles que le paludisme, l'infection à VIH, les affections respiratoires. En 2013, le Burkina Faso totalisait 123 dispensaires isolés, 24 maternités isolées, 1 606 CSPS, 32 CM, 45 CMA, 9 CHR, 4 CHU, 398 formations sanitaires privées tous types confondus [56].

❖ La ville de Bobo-Dioulasso

Bobo-Dioulasso est la deuxième ville du Burkina Faso et est le chef-lieu de la région des Hauts-Bassins. Selon les projections démographique la ville serait habitée en 2015 par 1 273 939 habitants en 2015 [11]. Sur le plan sanitaire, la ville compte un Centre Hospitalier Universitaire (CHU), un Centre Régional de Transfusion Sanguine (CRTS), deux Centres Médicaux avec Antenne Chirurgicale (CMA), 135 Centres de Santé et de Promotion Sociale (CSPS), 93 formations sanitaires privées de soins et 34 officines [56].

4.1.2. Champ de l'étude

Notre étude a eu pour champ d'étude le Centre Anonyme de Dépistage et d'Information (CADI) situé au secteur N°8 de la ville de Bobo-Dioulasso. Le CADI a

été créé à Bobo-Dioulasso en 1996 avec comme slogan « *Faire Face* ». Il est situé à l'intérieur du centre Muraz. Le CADI est une structure gérée par une association locale créée en 1995 et dénommée APRODEC (Association de lutte contre le Sida par la Promotion du Dépistage et du Conseil) [27]. Cette association a pour mission de former des professionnels de la santé en conseil en vue de promouvoir les activités de CDV dans les services sanitaires publics. La mise en place et le fonctionnement du CADI ont été possibles grâce à la subvention de la coopération française. Le CADI reçoit un appui technique et financier du Programme d'Appui au Monde Associatif (PAMAC) créé en mars 2003.

Les objectifs du CADI sont non seulement de permettre le dépistage du VIH, d'apporter des informations sur la maladie, mais aussi de créer un cadre d'écoute pour le plus grand nombre de personnes. C'est dans cette optique que l'accès aux prestations du centre est gratuit pour toutes les femmes et après une contribution de 500 francs CFA pour les hommes. Le centre mène trois principales activités :

- l'information sur l'infection à VIH à travers sa bibliothèque, les conférences et les émissions radio qu'elle organise, mais aussi ses conseillers formés à cet effet ;
- le conseil dépistage ;
- l'orientation vers un centre de prise en charge pour les personnes dépistées séropositives.

Ces activités sont planifiées et assurées par une directrice, quatorze conseillers, une technicienne biomédicale, une secrétaire, un gardien.

Le centre est ouvert tous les jours du lundi au vendredi de 8 heures à 17 heures. Le centre compte trois salles de conseils, un laboratoire, une bibliothèque faisant office de salle d'attente et deux bureaux.

Pour ce qui concerne le dépistage, l'anonymat, le volontariat et la confidentialité sont les mots clés. La personne désirant connaître son statut sérologique est d'abord confiée à un conseiller qui a pour rôle de le préparer à un éventuel résultat positif et surtout de l'amener à mettre en place un plan préventif. La personne est alors identifiée par un numéro de code pour préserver les informations recueillies sur elle. Le test proprement

dit est réalisé dans un laboratoire. Le conseiller est encore chargé de confier le résultat au client et de le référer si le résultat est positif. Le « *Determine®* » est utilisé pour le dépistage initial. En cas de résultat positif lors de ce premier test, la confirmation et le typage du VIH est faite à l'aide de « *l'Immuno Comb®* ».

De mai 1996 à juin 2014, le CADI a contribué au dépistage de 161 382 personnes en stratégie fixe ; la tendance étant à l'augmentation d'année en année.

4.2. Type d'étude et période d'étude

Nous avons réalisé une étude transversale descriptive. L'étude a concerné les données déjà existantes recueillies durant les dix-huit années d'activité du CADI de mai 1996 à juin 2014.

4.3. Population d'étude

L'ensemble des personnes qui ont été dépistées au CADI depuis sa création constituaient notre population d'étude. La durée totale de la collecte des renseignements utilisés dans cette étude est de 18 années.

4.4. Echantillonnage

4.4.1. Calcul de la taille de l'échantillon

La taille de l'échantillon a été calculée pour mettre en évidence une différence de 5 points de pourcentage entre les prévalences enregistrées entre deux années distinctes. La puissance minimale retenue est de 80% pour un seuil d'erreur de 5% [57].

La taille d'échantillon ainsi calculée a été fixée à 755 observations par an. Le total des observations attendues était de 13 590.

Pour les années où moins de 755 dépistages ont été réalisés (1996 à 2000), l'ensemble des enregistrements disponibles ont été utilisés. Les observations à inclure dans l'échantillon ont été tirés de manière aléatoire à partir de 2001. Ainsi la taille réelle de l'échantillon obtenu était de 11 455 observations.

4.4.2. Méthodes et techniques d'échantillonnage

L'échantillonnage de l'étude a été aléatoire simple et stratifié. La population d'étude a été divisée en groupes homogènes en fonction de la date du dépistage. Les strates ainsi formées étaient composées de personnes dépistées chaque année. Un échantillonnage par année. Pour ce faire, une table 755 nombres aléatoires a été établie chaque année grâce au logiciel Epi info 6.

Les données ont été recueillies sur des fiches de collecte d'information (annexe 2 et 3). Ces fiches ont évolué dans le temps. Une première fiche a été utilisée de 1996 à 2007. A partir de 2007, les fiches de collecte d'information pour dépistage volontaire VIH ont été uniformisées sur toute l'étendue du territoire Burkinabè. C'est ainsi que le CADI a adopté la nouvelle fiche de collecte d'information. Cependant, certains renseignements recueillis diffèrent d'une fiche à l'autre. Ce sont les modalités des variables « le statut matrimonial, l'activité professionnelle, le motif de dépistage, l'utilisation de préservatif ».

De plus, la variable rapports sexuel tarifés n'est pas renseignée dans la fiche de 2007 à 2014. Les informations telles que le partenaire actuel, le comportement en cas de résultat négatif et positif, ne sont pas renseignées dans la fiche de 1996 à 2007. Les données recueillies sur les fiches de collecte dressées à cet effet, ont été stockées dans des armoires fermées à clef.

4.5. Instruments utilisés

Les données ont été recueillies sur des fiches de collecte d'information (annexe 2 et 3). Ces fiches ont évolué dans le temps. Une première fiche a été utilisée de 1996 à 2007. A partir de 2007, les fiches de collecte d'information pour dépistage volontaire VIH ont été uniformisées sur toute l'étendue du territoire Burkinabè. C'est ainsi que le CADI a adopté la nouvelle fiche de collecte d'information. Cependant, certains renseignements recueillis diffèrent d'une fiche à l'autre. Ce sont les modalités des variables « le statut matrimonial, l'activité professionnelle, le motif de dépistage, l'utilisation de préservatif ».

De plus, la variable rapports sexuel tarifés n'est pas renseignée dans la fiche de 2007 à 2014. Les informations telles que le partenaire actuel, le comportement en cas de résultat négatif et positif, ne sont pas renseignées dans la fiche de 1996 à 2007. Les données recueillies sur les fiches de collecte dressées à cet effet, ont été stockées dans des armoires fermées à clef.

4.6. Description des variables étudiées

Les caractéristiques démographiques, socio-économiques et comportementales ont été étudiées.

Les caractéristiques démographiques étudiées étaient :

- l'âge a été pris comme une variable quantitative continue. Pour faciliter l'analyse nous avons réalisé des intervalles de classe. En effet, les personnes dépistées au CADI ont été réparties selon des classes d'âge quinquennaux ;
- le sexe.

Les caractéristiques socio-économiques et culturelles des personnes dépistées au centre étaient :

- la nationalité,
- le niveau d'instruction.

Parmi les caractéristiques socio-économiques et culturelles les variables « statut matrimonial et activité professionnelle » ont des modalités qui diffèrent d'une fiche à l'autre. Pour des besoins d'analyse et d'uniformité nous avons choisi certaines options de regroupement ou de création de modalités. En ce qui concerne :

- la situation matrimoniale : nous avons additionné les fréquences relatives des modalités qui se ressemblaient et créé de nouvelles modalités pour celles qui différaient ;
- l'activité professionnelle : nous avons repartis ces modalités en groupes selon la classification internationale des types de professions (CITP).

Les caractéristiques comportementales des personnes dépistées au centre étaient :

- le motif de la demande du test,

-l'utilisation de préservatif : les modalités de cette variable différaient aussi d'une fiche à l'autre. Nous avons regroupé les modalités en deux c'est à dire « utilisation du préservatif ou non utilisation du préservatif ».

-le partage du statut sérologique avec un tiers.

-le multi partenariat et l'existence de partenaires sexuels occasionnels.

-les méthodes de prévention du VIH.

-l'existence de relations sexuelles tarifées.

-l'existence de voyages fréquents.

Une caractéristique biologique a été étudiée : le résultat de la sérologie VIH.

4.7. Définitions opérationnelles

➤ **L'activité professionnelle** désigne l'action de quelqu'un dans un domaine défini. Elle est structurée en plusieurs groupes selon la CITEP (Classification internationale type des professions) :

- Groupe 1 : agriculture, élevage, pêche, forêt ;
- Groupe 2 : administration (cadres supérieurs, professions libérales ; cadres moyens ; manœuvres ; employés ; ouvriers ; cadres subalternes) ;
- Groupe 3 : commerce
- Groupe 4 : artisanat
- Groupe 5 : services domestiques et services divers
- Groupe 6 : forces armées et sécurité
- Groupe 7 : autres métiers et profession
- Groupe 8 : sans profession
- Groupe 9 : profession non précisée (annexe 1).

➤ **Adolescent** : l'OMS considère que l'adolescence est la période de croissance et de développement humain qui se situe entre l'enfance et l'âge adulte, entre les âges de 10 et 19 ans [58].

➤ **Le terme «jeune»** désigne selon l'OMS les personnes âgées de 15 à 24 ans [59].

4.8. Collecte des données

La collecte des renseignements des personnes dépistées au CADI s'est faite auprès de chaque client pendant le conseil dépistage et ce, durant les 18 années d'activité du centre par des conseillers. Pour ce faire, un numéro individuel d'anonymat a été attribué à chaque fiche de collecte, afin d'assurer la confidentialité des clients. Pour notre étude, nous avons collecté les fiches de renseignements déjà existantes du CADI et stockées dans des armoires.

4.9. Analyses des données

4.9.1. Gestion et organisation des données

Une double saisie a été réalisée grâce au logiciel Epidata 3.1. A l'issue de cette double saisie, un contrôle a été réalisé.

4.8.2. Analyse statistique

L'analyse des données recueillies a été faite par le logiciel Stata SE 13. Les caractéristiques socio démographiques, économiques et culturelles des personnes dépistées au centre ont été analysées simultanément. Ainsi, les caractéristiques de la population d'étude étaient décrites par leurs effectifs et leurs pourcentages pour les variables qualitatives, par leurs moyennes, leurs médianes pour les variables quantitatives. Les proportions ont été comparées par le test de chi² de Pearson ou celui exact de Fischer lorsque celui-ci était plus approprié. Le seuil de significativité des tests était fixé à une valeur de $p < 5\%$. La description des caractéristiques de la population d'étude chez les clients dépistes positifs au VIH a été faite sur deux périodes:

- la période allant de mai 1996 à août 2007 ; puis
- la période de septembre 2007 à 2014.

Cette analyse a été ainsi réalisée compte tenu du changement de variables et de modalités des fiches survenue en 2007.

5. CONSIDERATIONS ETHIQUES

L'étude a été autorisée par la Directrice du CADI. La confidentialité est l'un des principes du centre. En effet, en aucun moment du dépistage, l'identité des personnes dépistées au centre est demandée. Les informations recueillies sur ces personnes ont été codées, manuscrites sur une fiche, et conservées dans des armoires fermées à clé. Aucune personne extérieure n'a accès à ces informations. Lors de la collecte, seules les fiches de l'échantillon ont été prises et reclassées après utilisation.

Les personnes dépistées positives ont bénéficié d'un soutien psychologique et ont été référées vers des centres spécialisés dans la prise en charge des personnes vivant avec le VIH.

6. RESULTATS

Nous avons inclus dans notre étude 11 455 clients soit 7,10% des 161 382 personnes dépistées au CADI de mai 1996 à juin 2014. La répartition mensuelle de la population d'étude montrait un taux de dépistage plus important en janvier, novembre et juin (figure 2).

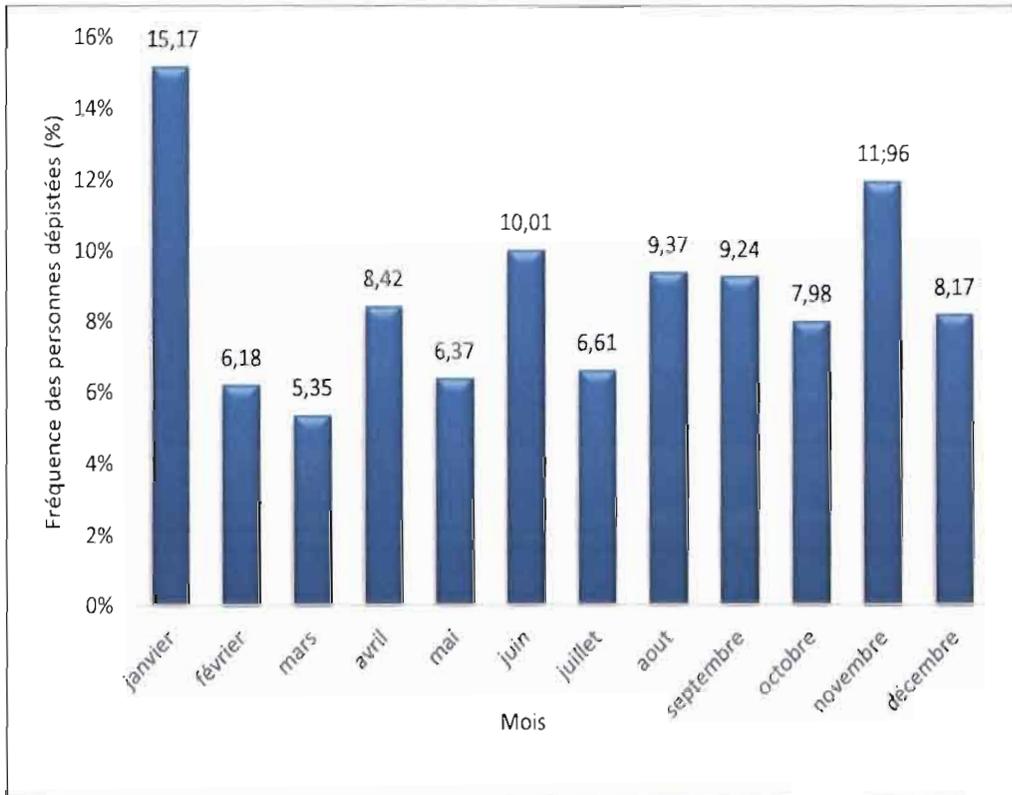


Figure 2: Taux moyens mensuels de dépistages du VIH au CADI de 1996 à 2014.



6.1. Description de la population d'étude

6.1.1. Les caractéristiques socio démographiques et culturelles

6.1.1.1. Age

La moyenne d'âge était de $30 \pm 10,8$ ans avec des extrêmes allant de 1 an à 87 ans. L'âge médian était de 28 ans. La tranche d'âge la plus représentée était celle des [20-25 ans]. La répartition des clients en fonction de l'âge est détaillée sur la figure 3.

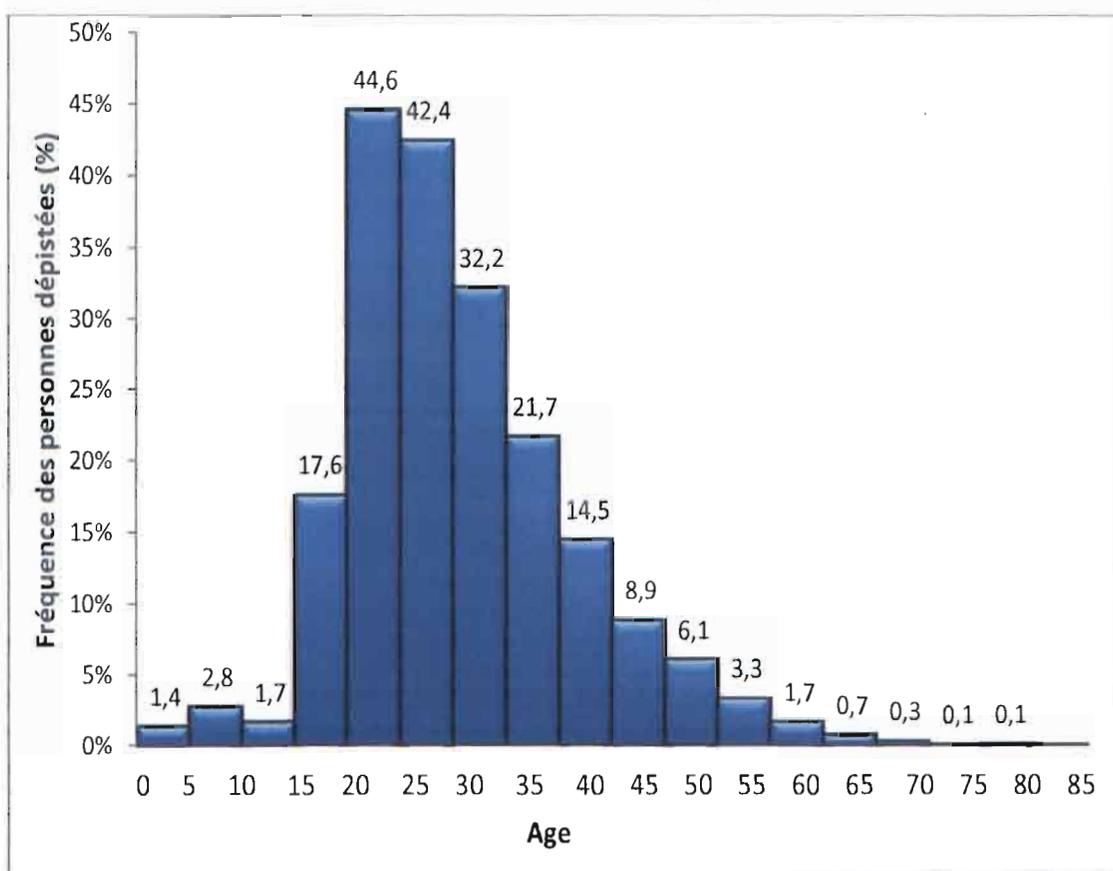


Figure 3: Répartition des personnes dépistées au CADI de 1996 à 2014 en fonction de l'âge.

La répartition par année des personnes dépistées montrait des tendances divergentes selon la classe d'âge. La proportion de personnes âgées de [25-50 ans], augmentait au fil du temps (de 0,62% en 1996 à 4,11% en 2014). La proportion de jeunes oscillait avec des pics en 2004 (30,04%) et 2014 (2,81%). La figure 4 précise ces résultats.

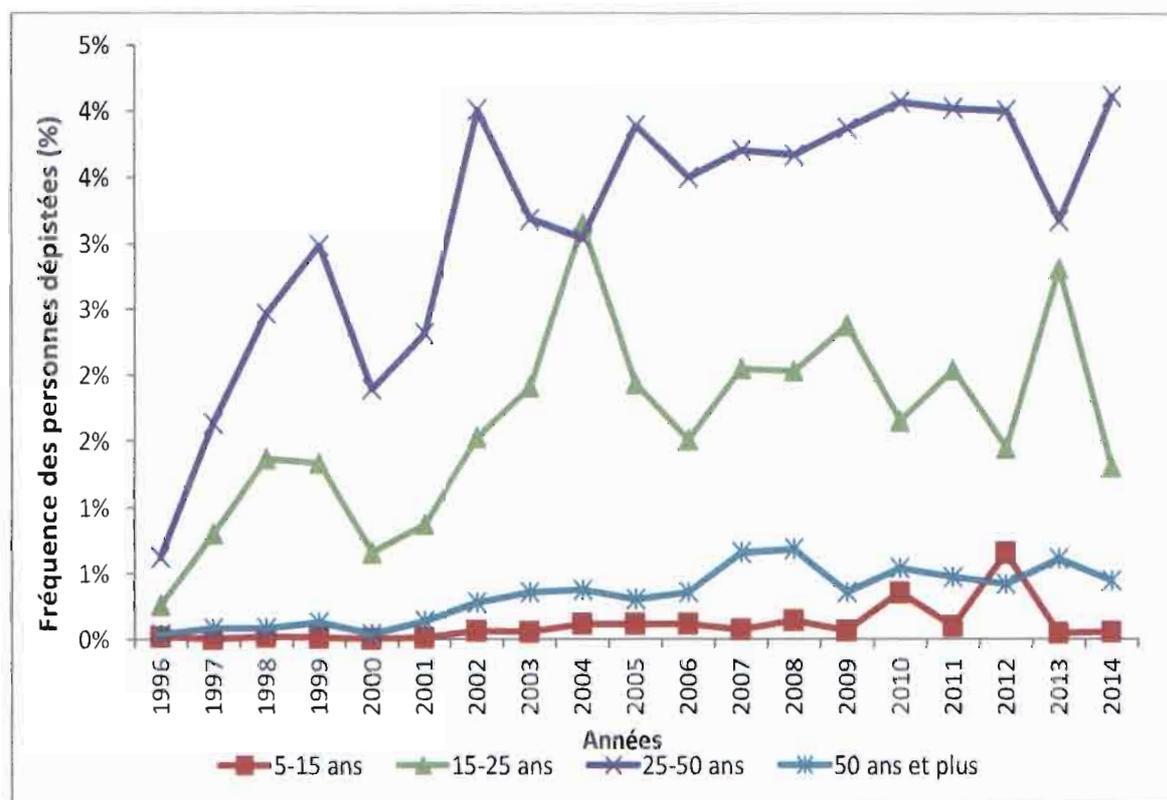


Figure 4: Evolution de la population d'étude de 1996 à 2014 selon des classes d'âge.

6.1.1.2. Sexe

Dans notre étude la prédominance féminine était nette avec 6354 personnes de sexe féminin (55,47%) contre 5025 personnes (44,53%) de sexe masculin. Le sex-ratio était de 0,80. L'évolution sur dix huit années des personnes adhérentes au centre, en fonction du sexe, a montré également une prédominance féminine de 2000 à 2013. Une prédominance masculine de 1996 à 1999 a été observée. Le nombre de personnes de sexe féminin se faisant dépister au centre a augmenté au fil du temps mais il y a eu une baisse depuis 2011, comme le montre la figure 5.

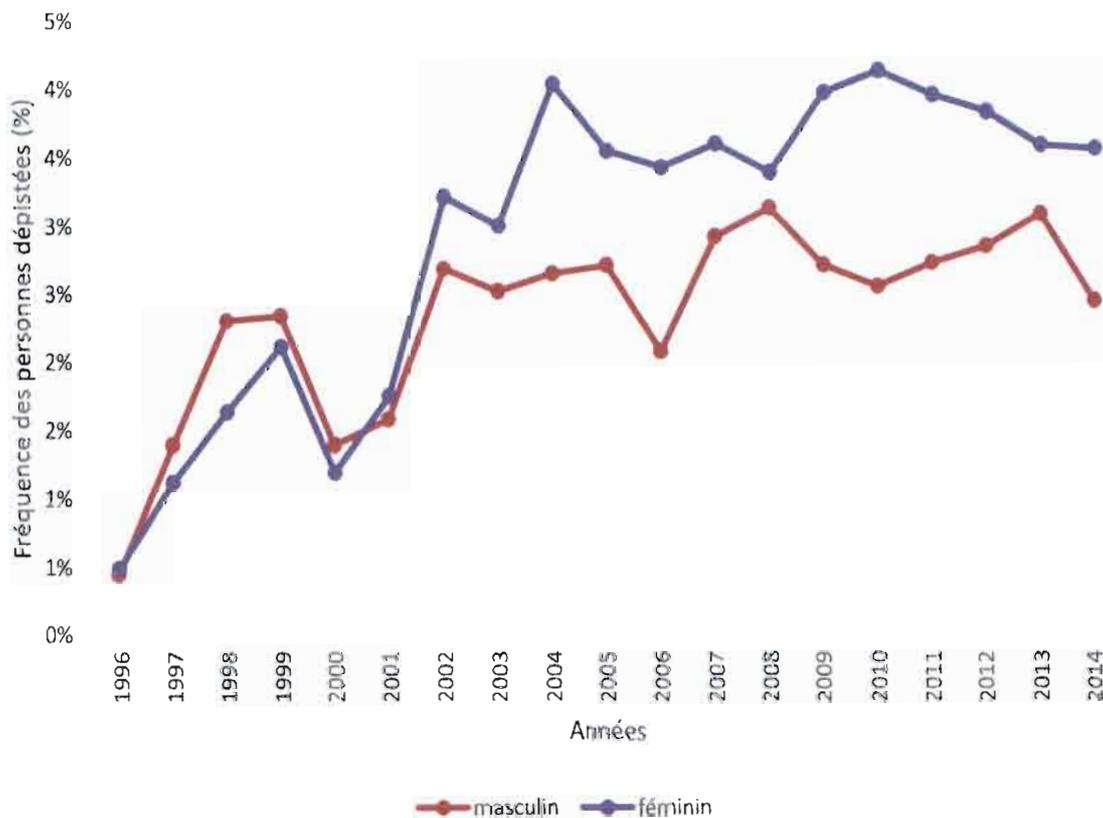


Figure 5: Evolution du nombre de personnes dépistées au CADI de 1996 à 2014 en fonction du sexe.

6.1.1.3. Nationalité

La majorité des personnes dépistées lors de notre étude était des burkinabé représentant 10 961 personnes, soit 95,69%.

6.1.1.4. Statut matrimonial

Le statut matrimonial a été renseigné dans 10 999 cas (96,01%). La répartition des personnes dépistées en fonction de leur statut matrimonial est illustrée dans la figure 4. Les monogames représentaient la majorité des personnes dépistées et constituaient 37,47% des cas. Ils étaient suivis par les célibataires (25%) et les personnes vivant en concubinage (17%). Les veufs (7,04%), les divorcés (7,42%) et les polygames (5,05%) étaient les moins représentés dans notre étude (figure 6).

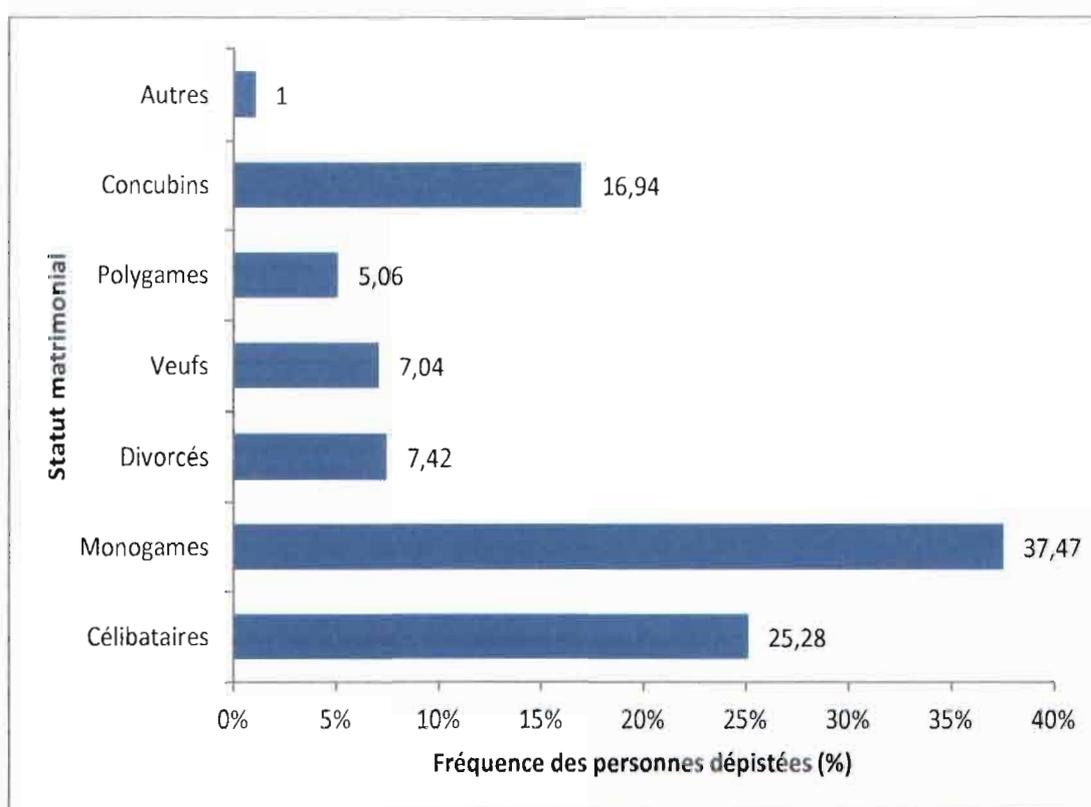


Figure 6: Répartition des clients du CADI de 1996 à 2014 en fonction du statut matrimonial.

Lorsqu'on compare le profil des personnes dépistées au centre à celui de la population urbaine, on observe que la proportion de monogames adhérant au CADI est similaire à celle d'une population urbaine du Burkina Faso. La proportion de veufs, de concubins et de divorcés dans notre étude est supérieure à celle des citoyens. Par contre, on observe que le nombre de célibataires et surtout de polygames dépistés au CADI est en deçà de celui de la population urbaine (figure 7).

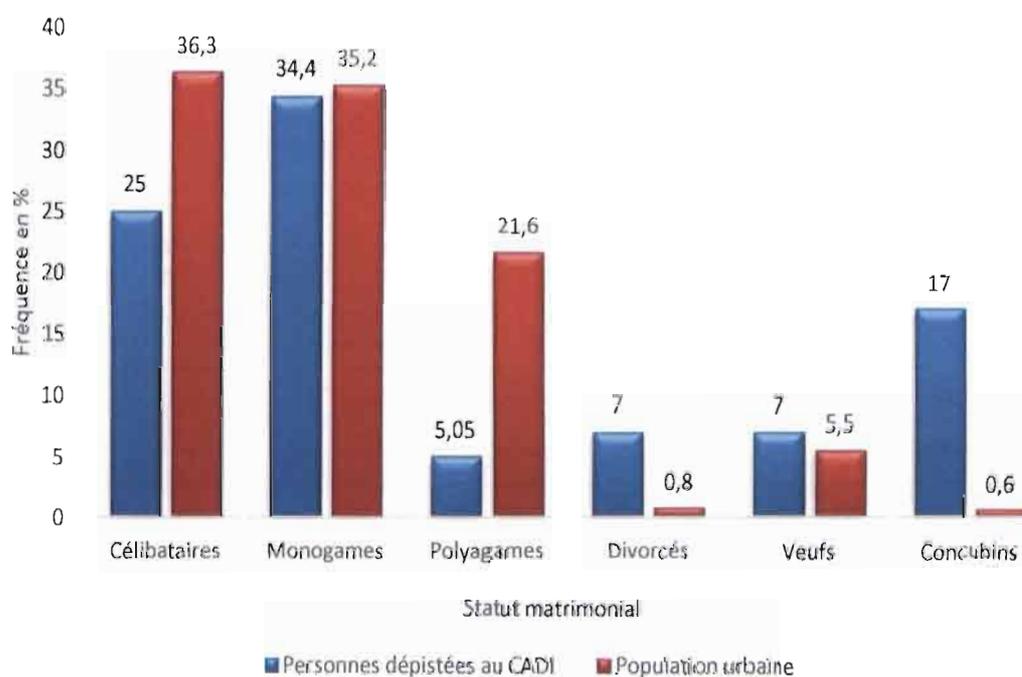


Figure 7: Répartition des personnes dépistées et de la population générale selon le statut matrimonial.

6.1.1.5. Niveau d'instruction

Le niveau d'instruction a été renseigné dans 11 010 (96,11%) cas. Dans notre population d'étude, 8912 (77,80%) personnes dépistées avaient été scolarisées. Près de la moitié (46,28%) des scolarisés avait atteint le secondaire contre 19,47% pour le primaire et 11,43% pour le supérieur. L'éducation franco-arabe représentait 0,63% des cas. La figure 8 illustre la répartition des personnes dépistées au centre en fonction du niveau d'instruction.

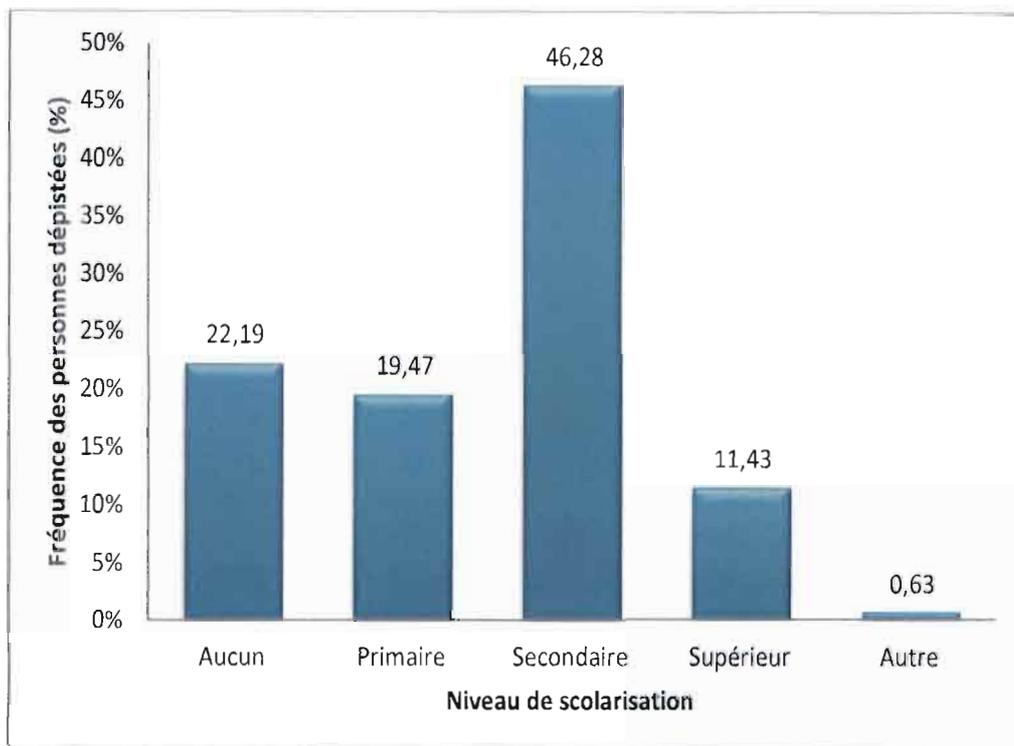


Figure 8: Répartition des clients du CADI de 1996 à 2014 en fonction du niveau d'instruction.

Le nombre de personnes scolarisées augmentait plus rapidement que celui des non scolarisés. La proportion des clients ayant un niveau de scolarisation du secondaire augmentait au fil des années. Les primaires, les supérieurs, ainsi que des clients non scolarisés variaient peu avec le temps, comme le montre la figure 9.

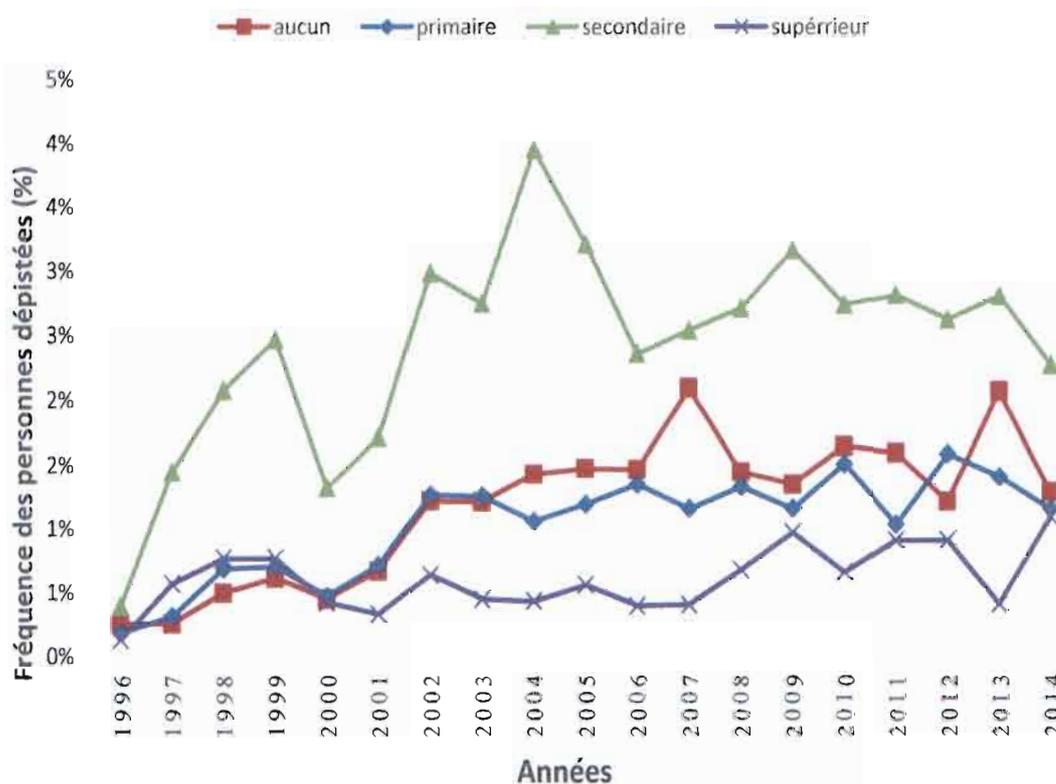


Figure 9: Evolution des clients du CADI de 1996 à 2014 en fonction du niveau de scolarisation.

6.1.2. Les caractéristiques socio-économiques et comportementales

6.1.2.1. Activité socio-professionnelle

L'activité socio-professionnelle des personnes dépistées était renseignée pour 11 188 cas (97,67%). Tous les groupes professionnels de la Classification Internationale des Types de Professions (CITP) étaient représentés dans notre étude (annexe 2). Près d'un client sur deux (48%) n'avait pas d'activité professionnelle (groupe 8). Le deuxième groupe le plus fréquent (groupe 2) était constitué de cadres de l'administration qui représentaient 17,9% de la population d'étude. Les commerçants (groupe 3) étaient présents dans 11,9% de cas, suivis des agriculteurs (groupe 1) dans 13,3% de cas. Les clients exerçant une activité domestique étaient présents dans 4% des cas. Les artisans, les hommes de tenue et les clients exerçant une profession non classée par la CITP étaient faiblement représentés dans notre étude. Leurs proportions étaient respectivement de 2%, 1,9% et 0,7%. Le groupe 7 réunissant entre autre le personnel

de culte musulman, chrétien, les tradithérapeutes, étaient les moins représentés dans notre étude (0,7%) (Figure 10).

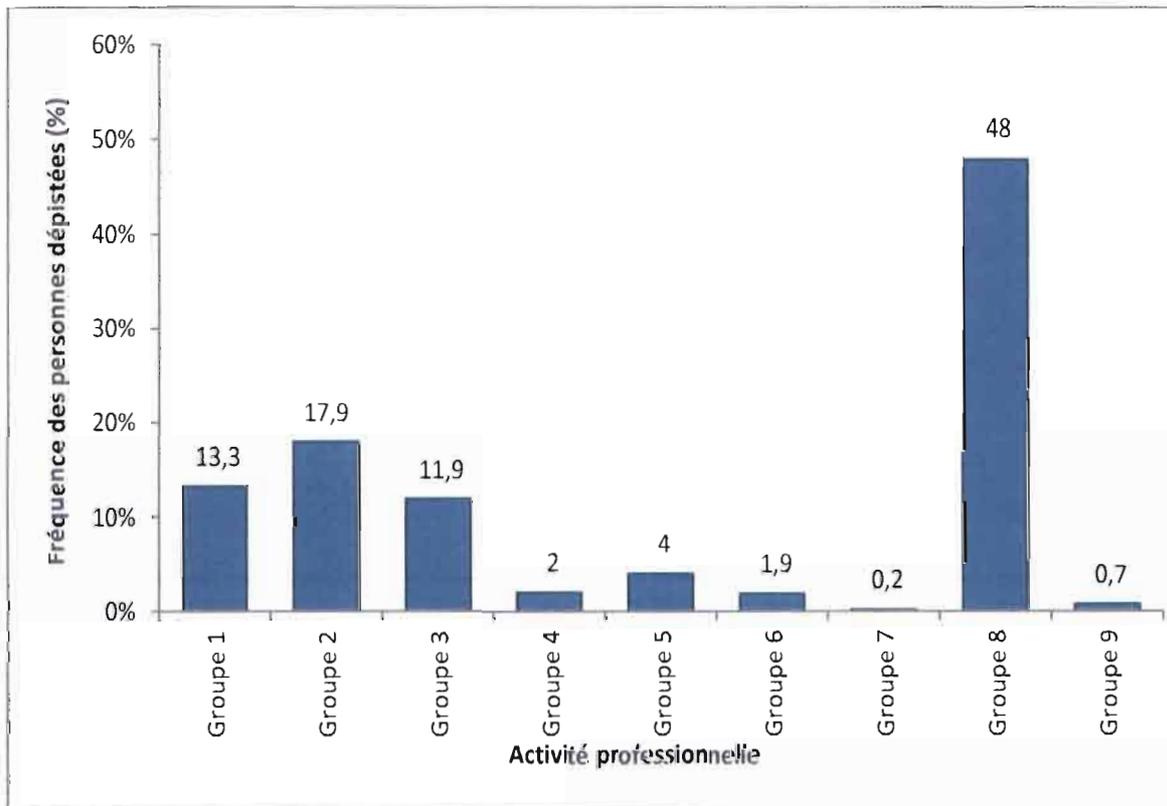


Figure 10: Répartition des clients du CADI de 1996 à 2014 en fonction du type d'activité selon la CTIP.

Parmi les clients n'ayant pas d'activité professionnelle (groupe 8), les chômeurs occupaient la première place (36,52%) suivies des femmes au foyer (27,12%). Les étudiants étaient représentés dans 21,48% des cas et les élèves dans 13,30% des cas. Nous avons enregistré 1,58% de retraités comme l'illustre la figure 11.

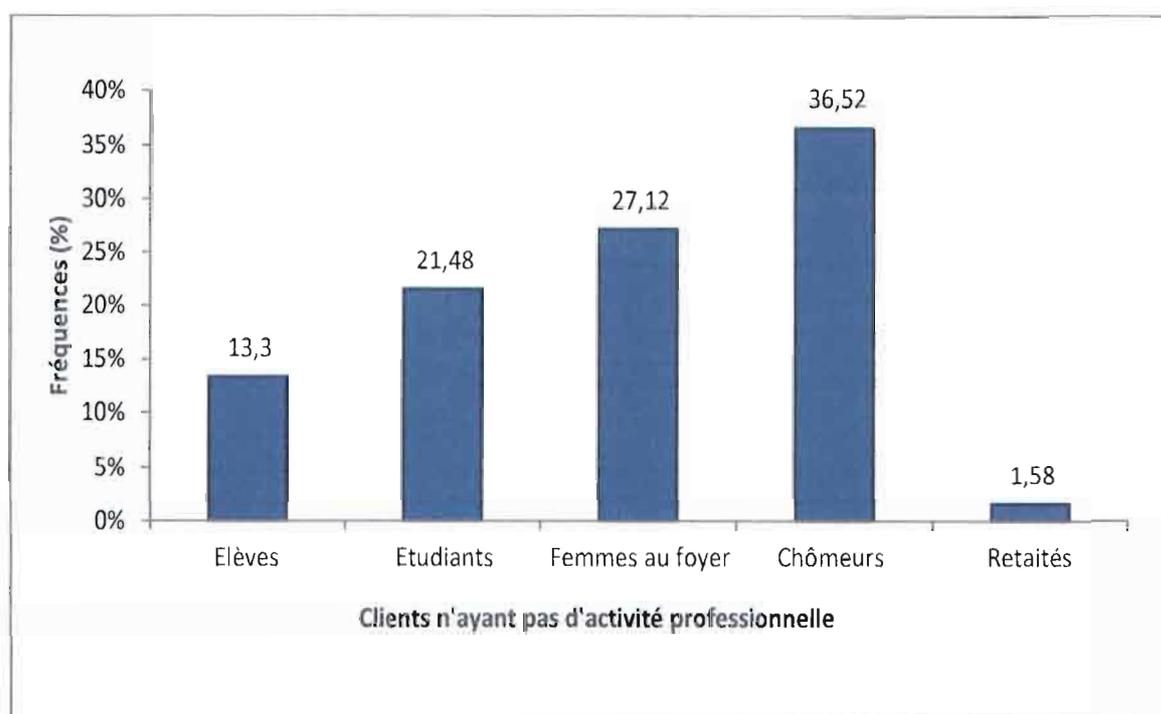


Figure 11: Répartition des personnes dépistées au CADI de 1996 à 2014 et n'ayant pas activité professionnelle.

Les cadres de la fonction publique et privée étaient les plus nombreux (49,6%) parmi les clients du groupe 2. Les enseignants représentaient 13,5% de ce groupe, suivis par les agents de santé (5,8%).

6.1.2.2. Motif de dépistage

Nous avons obtenu les informations relatives au motif de dépistage de 94,27% de personnes dépistées au CADI durant la période de notre étude. Plus de la moitié (57,14%) des personnes ont désiré connaître leur statut sérologique en dehors de toute autre cause. Dans 6,65% des cas, les clients du centre présentaient des symptômes de l'infection à VIH. Les rapports sexuels jugés à risque étaient le motif de dépistage dans 6,27% des cas. Le bilan prénuptial représentait 5,52% des motifs de dépistage. Les raisons les moins retrouvées dans notre étude étaient le désir de voyager et la transfusion sanguine. Les autres motifs tels que la demande de dépistage par un tiers (médecin, partenaire, parents etc...) représentaient 21,10% des cas (figure 12).

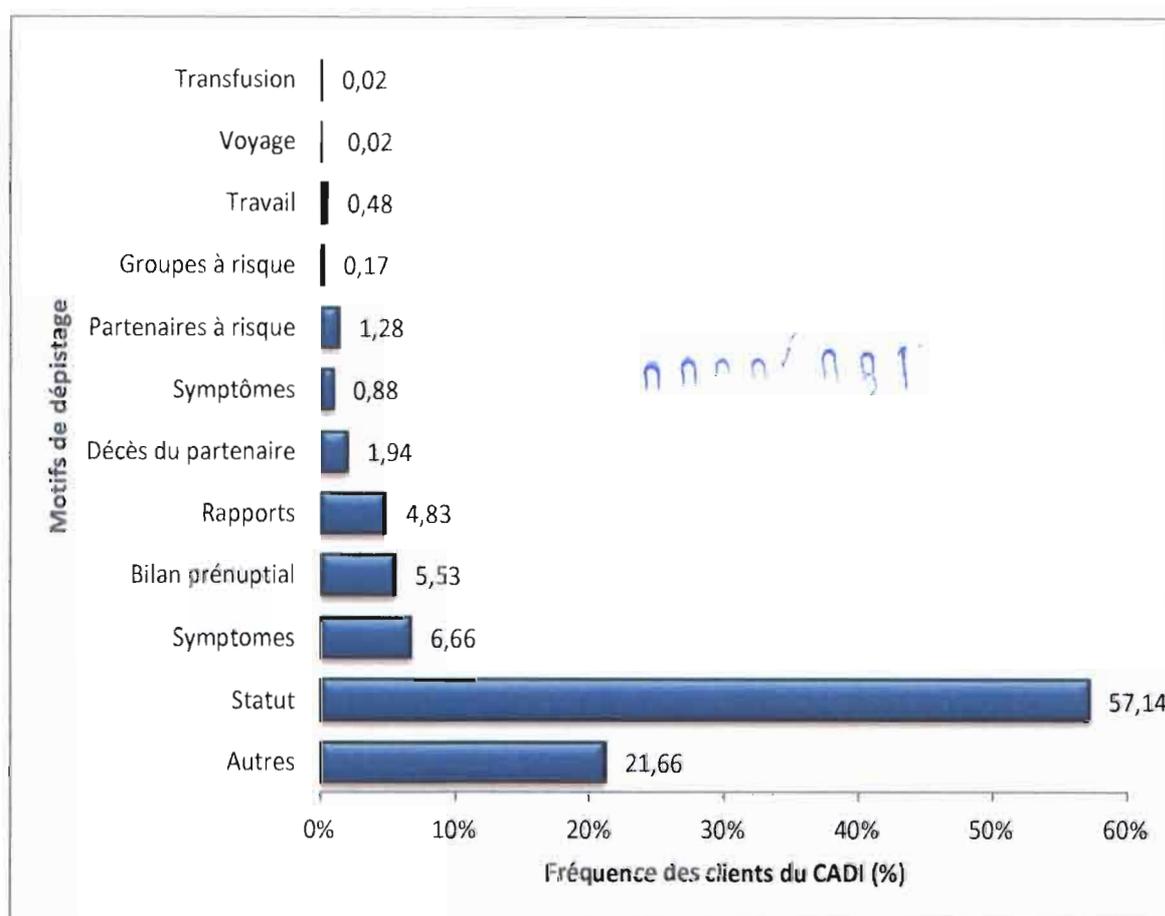


Figure 12 : Répartition des motifs de dépistage des clients du CADI de 1996 à 2014.

6.1.2.3. Rapports sexuels et partenaires actuels

Dix mille sept cent vingt personnes dépistées au CADI, soit 94,86% déclaraient avoir déjà eu des rapports sexuels. Parmi eux, 80,58% avaient un partenaire sexuel lors du test de dépistage et 21,34% avaient indiqué les voyages fréquents de ce dernier. Dans 4537 cas (49,82%), le partenaire sexuel avait déjà réalisé un test de dépistage au VIH.

6.1.2.4. Multi partenariat et utilisation de préservatif

Sept mille cinq cent vingt-quatre clients du centre, soit 65,69% avaient indiqué avoir déjà eu au cours de leur vie plusieurs partenaires sexuels.

Parmi eux, 62,57% avaient encore plusieurs partenaires au moment du dépistage, comme le montre la figure 14.

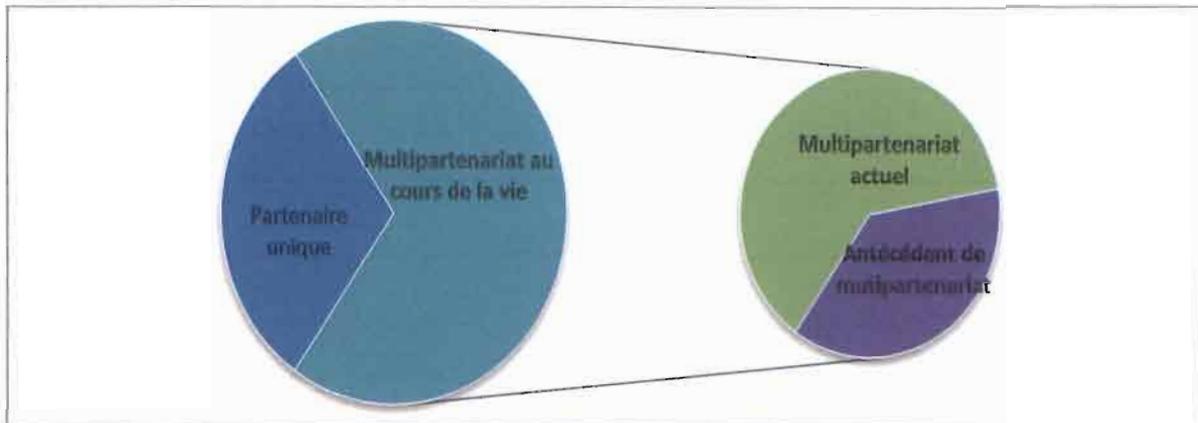


Figure 13: Répartition des clients du CADI de 1996 à 2014 en fonction du facteur multi partenariat.

Moins de la moitié des personnes dépistées au centre (41,77%), utilisaient le préservatif. Les courbes de la figure 14 représentent l'évolution de l'utilisation du préservatif et l'existence de plusieurs partenaires sexuels. Elles évoluaient simultanément jusqu'en 2010 où l'on notait une diminution de l'utilisation des préservatifs contre une augmentation du multi partenariat au sein des personnes dépistées. En 2013, on notait une légère baisse du multi partenariat.

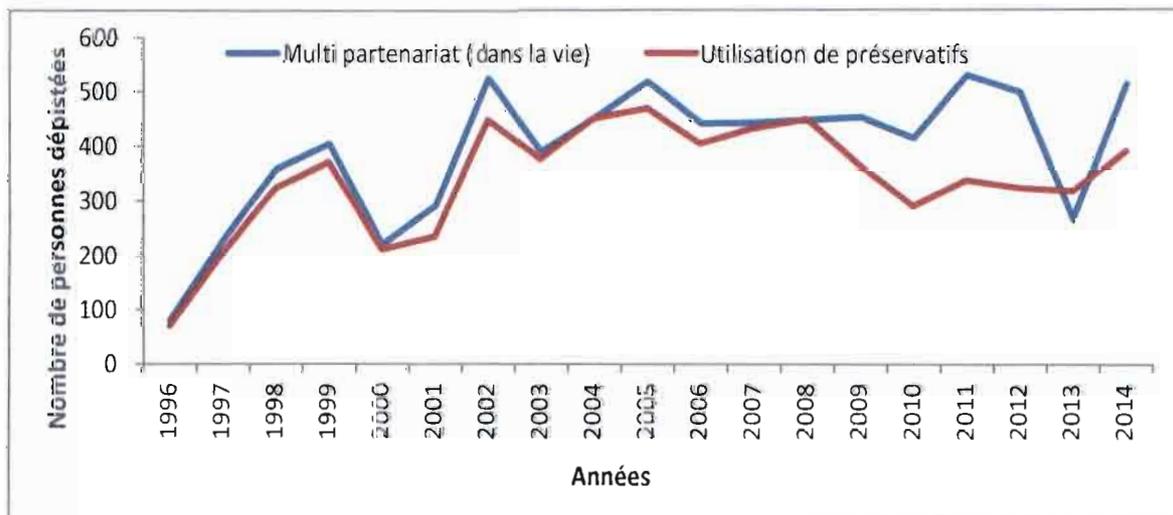


Figure 14 : Evolution du multi partenariat et de l'utilisation du préservatif chez les personnes dépistées au centre entre 1996 et 2014.

6.1.2.5. Partage du résultat avec une tierce personne

Sur 10 990 clients (95,94%) ayant répondu à la question portant sur le partage du résultat avec une tierce personne, 10 072 (91,64%) déclaraient vouloir partager leur

statut sérologique avec une tierce personne. Le partenaire sexuel était choisi dans 62,70% des cas, et les parents dans 33,16%. Le nombre de personnes désirant partager leur statut sérologique avec une tierce personne avait augmenté entre 1996 et 2014. Le nombre de personnes ayant refusé de partager le résultat du test avec une tierce personne évoluait peu dans le temps; cependant on notait une légère hausse en 2008 (figure 15).

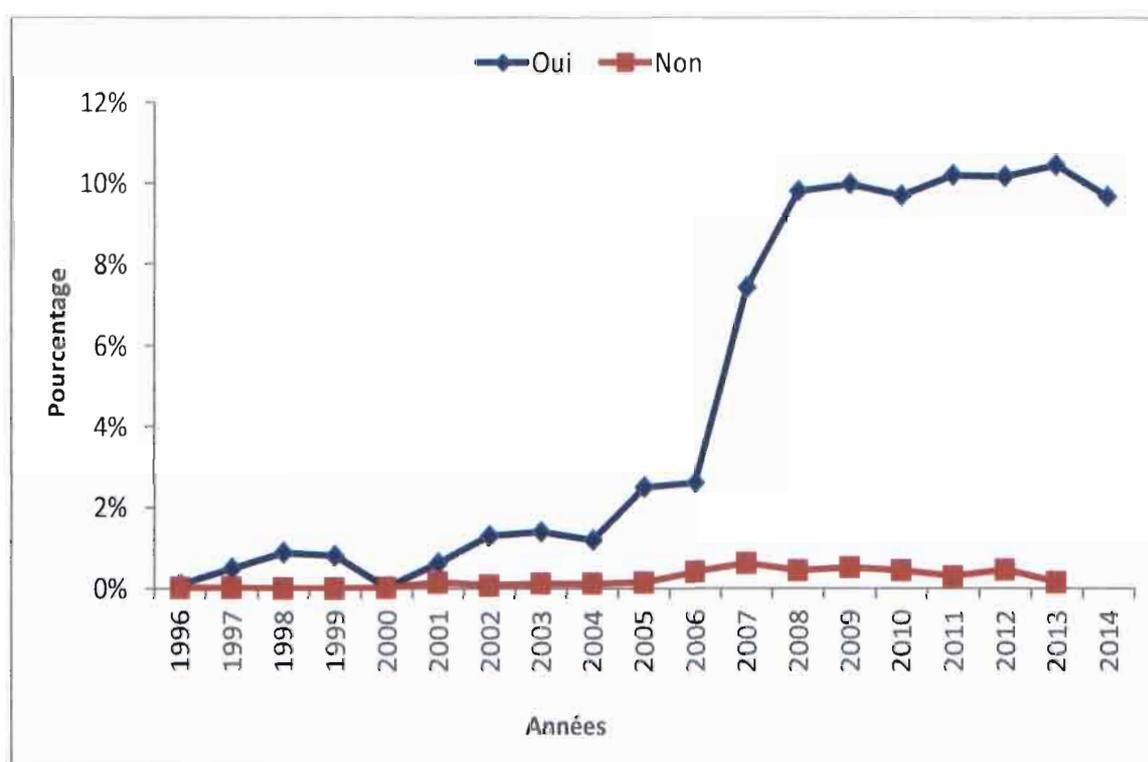


Figure 15 : Evolution du désir de partager le statut sérologique chez les clients du CADI de 1996 à 2014.

6.1.2.6. Méthodes de prévention

Cinq mille trois cent soixante-deux des clients du CADI, soit 44,55% avaient choisi le préservatif comme moyen de prévention de l'infection à VIH. La fidélité a été retenue dans 31,60% des cas, suivie de l'abstinence dans 15,11% des cas. Neuf cent quatre-vingt-quatorze personnes, soit 8,26% des clients, voulaient sensibiliser leur partenaire sexuel au dépistage.

Moins d'un pourcent des personnes dépistées avaient choisi d'autres méthodes de préventions telles que l'éviction des objets souillés (figure 16).

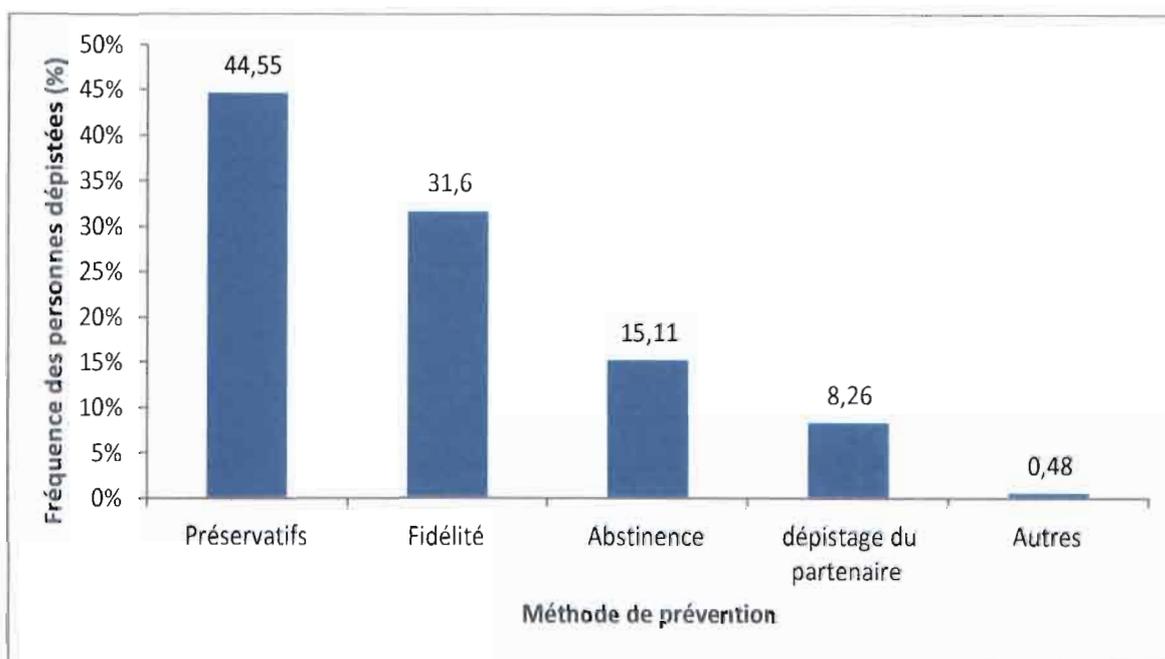


Figure 16: Répartition des méthodes de prévention choisies par les clients du CADI de 1996 à 2014.

6.2. Prévalence du VIH chez les personnes dépistées au CADI

Le résultat du test VIH des personnes dépistées était renseigné chez 11 452 clients soit 99,97% de la population d'étude. Parmi eux, 2005 personnes soit 17,5% ont été dépisté positif au VIH et 81,71% ont été dépisté séronégatif au VIH. Dans 0,79% des cas le résultat était indéterminé, comme l'illustre la figure 17.

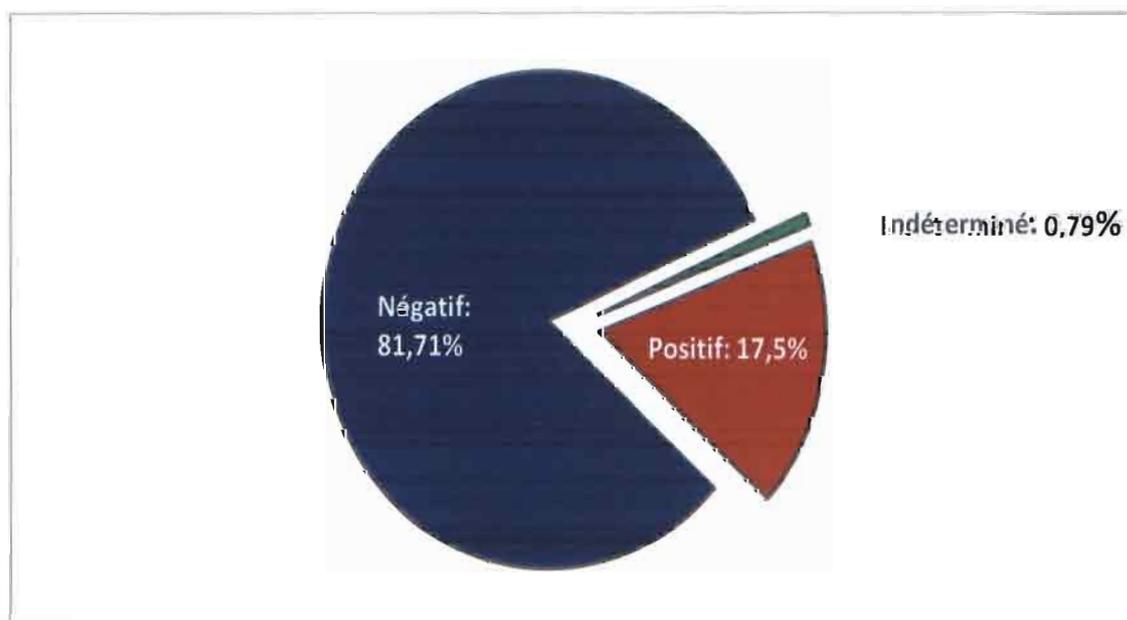


Figure 17 : Prévalence du VIH chez les clients du CADI de la période de 1996 à 2014

La prévalence du VIH chez les clients du centre avait diminué depuis 1996. En effet, à l'ouverture du centre en 1996, elle était de 45,71%. Durant la période de 1996 à 2007, la prévalence du VIH chez les clients du centre était de 21,87% avec 0,89% de résultat indéterminé. Durant la période de 2007 à 2014, six cent trente-neuf clients soit 10,10% ont été dépistés séropositifs au VIH avec 0,68% de résultat indéterminé. La prévalence globale oscillait autour de 15% avec un pic de 35% en 2001. A partir de 2008, la prévalence du VIH était stationnaire autour de 13% avec un légère baisse en 2011, 2012, 2013 avec respectivement 12,19%, 9,8%, 3,44%. En 2014 on notait un rebond de la prévalence du VIH à 13,41% par rapport à l'année 2013. La figure 18 illustre cette évolution.

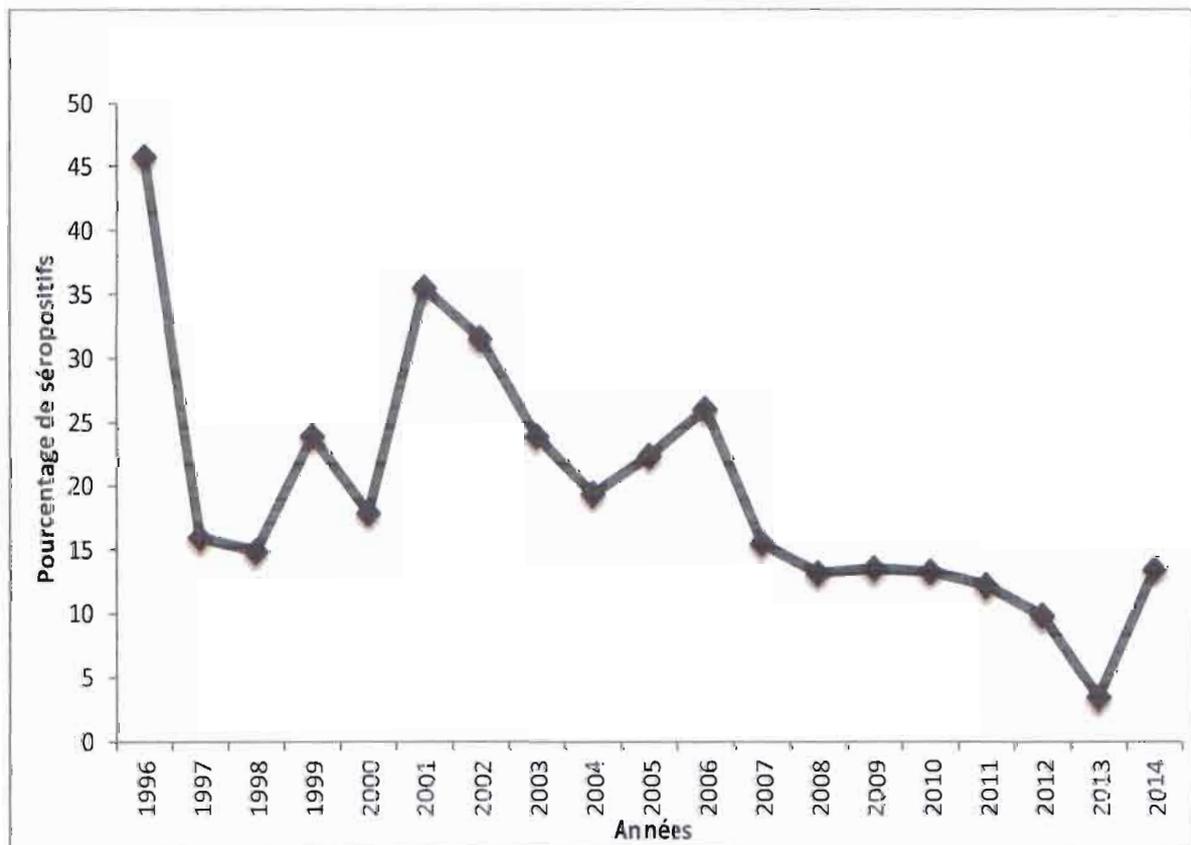


Figure 18: Evolution de la prévalence du VIH au cours des années chez les clients du CADI de 1996 à 2014.

6.3. Caractéristiques des personnes dépistées séropositives au CADI

Il faut souligner que la description de la population d'étude chez les clients dépistés séropositifs a été faite sur deux périodes du fait du changement de fiches survenu en 2007.

6.3.1. Durant la période de mai 1996 à septembre 2007

6.3.1.1. Les caractéristiques socio démographiques

Les tranches d'âges les plus touchées par l'infection à VIH durant cette période étaient celles des [30-35ans [(22,78%) et des [25-30 ans [comme l'illustre la figure 19.

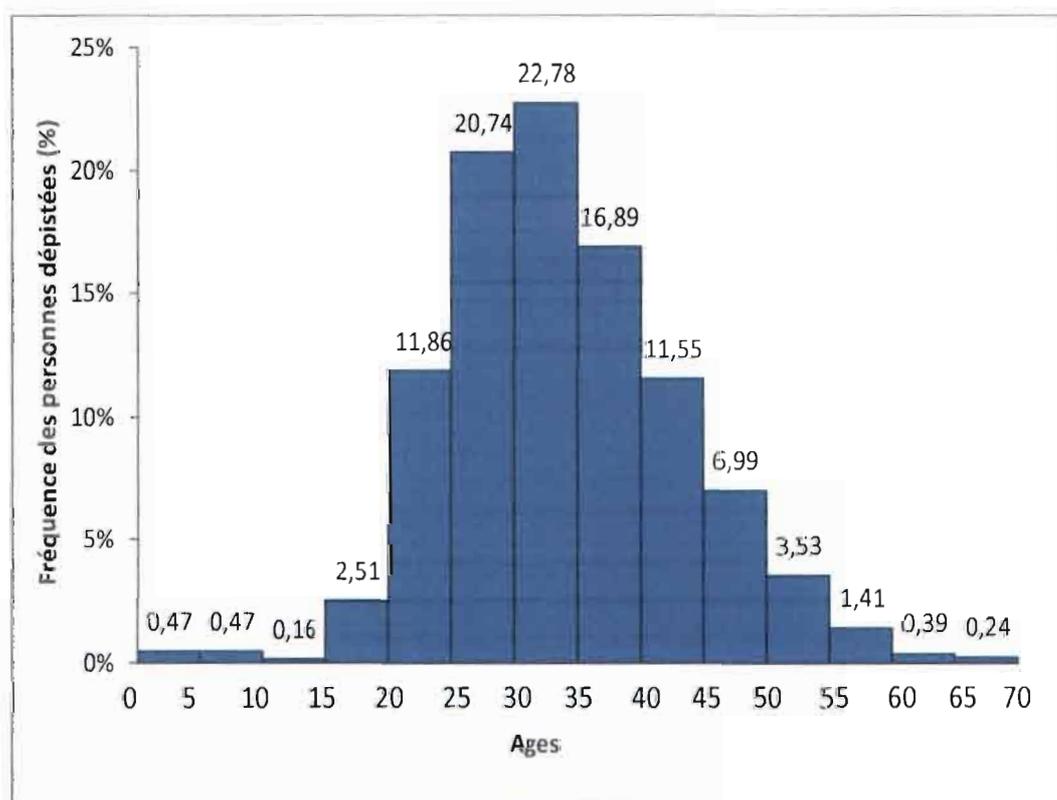


Figure 19: Répartition des personnes dépistées séropositives au VIH en fonction de l'âge de la période de mai 1996 à septembre 2007 au CADI.

Le taux de séropositivité était plus élevé chez la gente féminine (28,22%). La relation était statistiquement significative ($p < 0,0001$). De même, le nombre de séropositifs était plus élevé chez les personnes non scolarisées (40,64%) et les veufs (58%) avec

une relation statistiquement significative ($p < 0,0001$). Ces données sont résumées dans le tableau I.

Tableau I: Prévalence de l'infection à VIH en fonction des caractéristiques socio démographiques des clients dépistés entre 1996 et 2007.

Variables	VIH positif		P
	Effectif	Pourcentage	
Sexe			
Masculin	481	18,27	< 0,0001
Féminin	864	28,22	
Niveau de scolarisation			
Non scolarisés	454	40,64	< 0,0001
Scolarisés	891	19,51	
Statut matrimonial			
Veufs	290	58	< 0,0001
Divorcés	231	39,49	
Polygames	176	36,14	
Mariés	460	29,95	
Vie de couple	435	29,75	

Dans notre étude, plus d'un commerçant sur quatre (30,45%) était séropositif avec une relation statistiquement significative ($p < 0,0001$). Le taux de séropositivité était aussi élevé chez les salariés du secteur public ou privé (27,62%) ainsi que chez les clients exerçant une activité domestique (27,78%) et les sans emploi (23,97%). Il existait aussi une relation statistiquement significative ($p < 0,0001$) en fonctions de ces caractéristiques. Le tableau II récapitule ces résultats.

Tableau II: Prévalence de l'infection à VIH en fonction de l'activité professionnelle des personnes dépistées au centre de 1996 à 2007.

Activités professionnelles	VIH positif		P
	Effectif	pourcentage	
Commerce	264	30,45	
Services domestiques	35	27,78	
Agriculture-élevage	130	27,62	
Administration	162	18,41	< 0,0001
Artisanat	33	14,62	
Forces armées et sécurité	28	22,58	
Autre métiers et profession	153	18,64	
Sans profession	573	23,97	
Profession non précisée	9	10,12	

6.3.1.2. *Les caractéristiques comportementales*

La distribution des résultats du test de dépistage en fonction des caractéristiques comportementales est résumée dans le tableau III. Le taux de séropositivité était élevé chez les clients ayant déclaré avoir plusieurs partenaires sexuels, voyageant fréquemment et n'utilisant pas le préservatif. La relation statistiquement significative avec des valeurs de p respectivement égales à 0,003 ; 0,008 et <0,0001. Par contre, il n'y avait pas de relation statistiquement significative entre les rapports sexuels tarifés, l'existence de partenaire occasionnels et le statut sérologique.

Tableau III : Prévalence de l'infection à VIH en fonction des caractéristiques comportementales des personnes dépistées au centre de 1996 à 2007.

Variables	VIH positif		p
	Effectif	Pourcentage	
Plusieurs partenaires sexuels dans la vie			
Non	323	20.97	0,003
Oui	1021	24.72	
Utilisation de préservatif			
Non	567	30.05	< 0,0001
Oui	777	20.49	
Voyages fréquents			
Non	948	21.85	0,008
Oui	248	18.45	
Partenaires occasionnels			
Non	988	23.54	0,614
Oui	356	24.18	
Rapports sexuels tarifés			
Non	1159	23.48	0,278
Oui	185	25.31	

6.3.2. Durant la période de octobre 2007 à juin 2014

6.3.2.1. Les caractéristiques socio démographiques

Les tranches d'âges les plus touchées par l'infection à VIH durant cette période étaient celles des [30-35ans [(22,78%) et des [25-30 ans [comme l'illustre la figure 20.

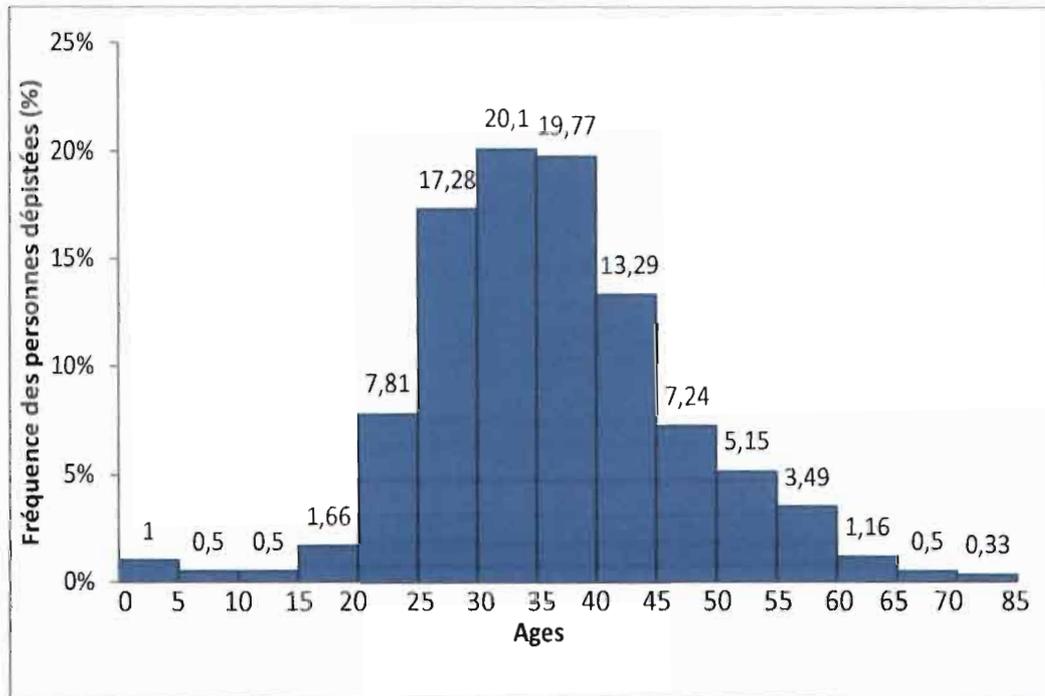


Figure 20: Répartition des personnes dépistées séropositives au VIH en fonction de l'âge de la période d'octobre 2007 à juin 2014 au CADI.

Durant cette période, la séropositivité était plus élevée chez les femmes (13,69%) et il existait une relation statistiquement significative ($p < 0,0001$). Le taux de séropositivité décroissait au fur et mesure que le niveau de scolarisation s'élevait. Il était de 19,67% chez les clients non instruits.

La prévalence de l'infection à VIH était de 14,63% chez les clients ayant un niveau du primaire, 7,11% chez ceux ayant un niveau du secondaire. Les personnes ayant un niveau du supérieur étaient les moins infectées par le VIH (2,97%).

Les veufs étaient plus atteints par l'infection à VIH que les personnes ayant un autre statut matrimonial. Ces données sont résumées dans le tableau IV.

Tableau IV : Prévalence de l'infection à VIH en fonction des caractéristiques socio démographiques des clients dépistés entre 2007 et 2014.

Variables	VIH positif		P
	Effectifs	Pourcentage	
Sexe			
Féminin	440	13.69	< 0.0001
Masculin	194	8.11%	
Niveau d'instruction			
Aucun	261	19,67%	< 0.0001
Primaire	159	14,63%	
Secondaire	157	7,11%	
Supérieur	19	2,97%	
Statut matrimonial			
Veufs	102	36.69%	< 0.0001
Concubins	33	19.41%	
Célibataires	131	5,42%	
Mariés	294	14,18%	
Divorcés	28	21.54%	

D'octobre 2007 à juin 2014, ce sont les clients n'ayant pas d'activité professionnelle (12,09%), les administrateurs (7,05) et les clients exerçant d'autre profession (10,35%) qui avaient les taux de séropositivité les plus élevés. La relation était statistiquement significative ($p < 0,0001$) comme le montre le tableau V.

Tableau V : Prévalence de l'infection à VIH en fonction de l'activité socio-professionnelle des personnes dépistées au centre de 2007 à 2014.

Activités professionnelles	VIH positif		P
	Effectifs	Pourcentage	
Sans profession	259	12,09	
Autres métiers	155	10,35	
Administration	28	7,05	
Agriculture-élevage	123	6,21	
Commerce	7	6,80	
Artisanat	14	4,35	
Services domestiques	17	3,88	
Forces armées et sécurité	5	5,68	
Profession non précisée	2	2,36	

6.3.2.2. *Les caractéristiques comportementales*

Le tableau VI résume la répartition des résultats du test VIH en fonction des caractéristiques comportementales des clients du centre durant la période de 2007 à 2014.

Tableau VI: Prévalence de l'infection à VIH en fonction des caractéristiques comportementales des personnes dépistées au centre de 2007 à 2014.

Variables	VIH positif		p
	Effectifs	Pourcentage	
Plusieurs partenaires sexuels dans la vie			
Oui	414	12.58%	
Non	187	11.73%	0.400
Voyages fréquents			
Non	333	10.61%	0.654
Oui	88	10.49%	
Partenaires occasionnels récents			
Non	434	12.08%	< 0.0001
Oui	32	6.0%	
Utilisation de préservatif			
Jamais	296	16.55%	
Toujours	54	5.82%	
Parfois	168	9.59%	< 0.0001
Transfusion			
Non	580	11.02%	< 0.0001
Oui	39	28.06%	

Il n'y avait pas de relation statistiquement significative entre le multi partenariat, les voyages fréquents et le statut sérologique. Le taux de séropositivité était plus élevé chez les personnes qui avaient déclaré ne jamais utiliser de préservatif (16.55%) et chez ceux ayant eu un partenaire sexuel occasionnel récent (6%) avant le test de dépistage. La relation était statistiquement significative ($p < 0.0001$). Il en était de même pour les clients ayant déjà été transfusés (28.06%) avec une valeur de $p < 0.0001$.

7. DISCUSSION

7.1. Limites méthodologiques

Notre étude a permis de décrire le profil épidémiologique et la prévalence de l'infection à VIH chez les clients du CADI de Bobo-Dioulasso de 1996 à 2014. L'étude présente néanmoins certaines limites. La première limite est la conséquence des difficultés que pose le recueil des données existantes avec plusieurs variables mal renseignées ou manquantes. Cette limite est minime car elle n'a concerné que moins de 5% des fiches de collecte du CADI.

La seconde limite est liée notamment aux précautions éthiques d'anonymat en vigueur pour le VIH, ce qui explique qu'une personne testée plusieurs fois, apparaît plusieurs fois dans l'analyse des caractéristiques des personnes. Cette limite est tout aussi minime que la première dans ce sens qu'elle entraîne une dilution des proportions de aussi bien au niveau des séronégatifs qu'au niveau des séropositifs.

En dépit de ces limites, notre étude offre des résultats sur les caractéristiques des personnes dépistées dans le plus ancien centre de dépistage VIH du Burkina Faso ; ce qui représente la principale force de l'étude. De plus, les renseignements de ces clients du centre ont été améliorés avec l'uniformisation des questionnaires pour le conseil dépistage volontaire sur tout le territoire Burkinabé à partir de 2007. Ceci nous certes contraint à réaliser une analyse en deux périodes mais constitue un atout majeur quant à la qualité des données recueillies.

7.2. Discussion des principaux résultats

7.2.1. Caractéristiques sociodémographiques et culturelles

7.2.1.1. L'âge

La moyenne d'âge des personnes dépistées dans notre étude était de $30,12 \pm 10,8$ ans similaire l'âge moyen de la population urbaine et générale (21,8 ans) . **Kirakoya-Samadoulougou et al.** [29] dans une étude réalisée en population générale à Ouagadougou avaient trouvé une moyenne d'âge de 29 ± 8 ans chez les utilisateurs de centre de dépistage. Cette moyenne légèrement plus faible que la nôtre, est due au fait que l'étude a été menée sur une population de 15 à 49 ans ; alors que le CADI offre un dépistage pour les personnes de plus de 18 mois et au-delà de 49 ans. Avant cet âge,

les anticorps maternels ne permettent pas de faire le diagnostic de l'infection à VIH avec des tests rapides. Or le centre n'offre pas de test par PCR qui pourtant, est le test de référence pour le dépistage précoce des enfants nés de mères séropositives.

Ceci pourrait expliquer la faible adhésion au centre par cette population. L'âge médian dans notre étude était de 28 ans. Cette médiane d'âge est proche des données rapportées par **Fiorillo et al.** [40] en Tanzanie qui avait trouvé un âge médian de 29,7ans. La tranche d'âge la plus représentée dans notre étude était celle des [20 à 25 ans]. Ceci pourrait s'expliquer par le fait que les jeunes représentent la majeure partie de la population du Burkina [15]. De plus ils sont sexuellement les plus actifs et donc plus exposés à l'infection par le VIH avec 5000 nouvelles infections de jeunes âgés de [15 à 25 ans] chaque jour dans le monde [16].

Le nombre de jeunes de [15 à 25 ans] se faisant dépister au centre augmentait au fil du temps. Il s'agit d'un résultat satisfaisant dû aux multiples actions menées pour la sensibilisation des jeunes au Burkina Faso notamment lors des campagnes de dépistage. Par contre, le nombre d'enfants de moins de 5 ans et de personnes de plus de 65 ans, restait constant au fil du temps. Ces résultats témoignent d'une éventuelle inefficacité des stratégies de prévention menées particulièrement au niveau des femmes et des personnes âgées de plus de 65 ans.

Ce constat peut être expliqué par le fait que le taux d'adhésion des femmes (82,3%) aux structures sanitaires ayant intégré la PTME est en deçà de l'objectif national (90%) [55]. De plus on est en droit de s'interroger sur la qualité des services offerts pour ce programme. En 2013, seulement 59% des enfants nés de mères séropositives ont bénéficié d'un test de dépistage [60].

7.2.1.2. Le sexe

Notre population était majoritairement féminine avec 55,53% de femmes contrairement à la population urbaine à prédominance masculine. Ces résultats sont comparables à ceux de **Somé et al.** [8] qui rapportaient une prépondérance féminine dans les sites fixes. L'évolution des personnes adhérentes au CADI en fonction du sexe montrait également une prédominance féminine de 2000 à 2012 et une prédominance masculine de 1996 à 1999 puis en 2013. Nos résultats sont similaires à ceux rapportés au Burkina Faso par l'EDS IV [20].

Nos résultats sont aussi comparables à ceux rapportés par **Fiorillo et al.** [40] avec 55.3% de femmes dépistées dans un CDV de Tanzanie.

Ces résultats peuvent s'expliquer par le fait que dans ces deux pays (Burkina Faso et Tanzanie), les politiques nationales de lutte contre le VIH offrent davantage aux femmes la chance de bénéficier d'un counseling pour le dépistage volontaire du VIH, notamment lors des consultations prénatales. De plus, au Burkina Faso comme en Tanzanie, les femmes représentent plus de la moitié de la population [12,61]. En effet, le quatrième Recensement Général de la Population et de l'Habitation indique que la population totale résidente du Burkina Faso est composée de 6 768 739 hommes (48.3%) et 7 248 523 femmes (51.7%) [12].

7.2.1.3. Le statut matrimonial

Les personnes mariées représentaient la majorité des personnes dépistées dans notre étude (34.47%) similaire aux résultats du dernier recensement de la population burkinabè qui rapportait 35.2% de mariés [12]. La comparaison du profil des personnes dépistées au CADI avec celui de la population urbaine révèle une faible adhérence des célibataires et surtout des polygames au CADI. Pourtant les polygames tout comme la plupart des célibataires ont plusieurs partenaires sexuels. Ce qui suscite des inquiétudes face à la non adhérence et à la séro-ignorance de ces personnes.

Kirakoya-Samadoulougou et al. [29] à Ouagadougou rapportaient des résultats similaires au notre avec 48.6% de personnes mariées. **Fiorillo SP et al.** [40] en Tanzanie et **Hensen et al.** [42] en Zambie trouvaient un taux de dépistage élevé chez les mariés, les veufs et les personnes âgées. Aux Etats-Unis d'Amérique, **Schechter-Perkins et al.** [38] rapportaient que les personnes les plus susceptibles d'accepter un test de dépistage étaient les célibataires.

7.2.1.4. Scolarisation

Le niveau de scolarisation de notre population était plus élevé (77.80 %) que celui des citadins (56.3%) et de la population générale (26.8%). Ce qui pourrait sous-entendre que les personnes scolarisées se font plus dépister. Or la plus grande partie de la population burkinabè n'est pas scolarisée. Dans notre étude, 46.28% des personnes scolarisées étaient au secondaire contre 19,47% pour le primaire et 11.43% pour le

supérieur. L'éducation franco arabe représentait 0,63% des cas. **Kirakoya-Samadoulougou et al.** [29] notaient des résultats similaires avec la majorité de leur population d'étude qui avait terminé le primaire.

Par contre, **Dillnessa et al.** [41] rapportaient que les personnes ayant un niveau d'instruction du primaire étaient quatre fois plus susceptibles d'utiliser les services de dépistage volontaire. Au cours des années, les personnes dépistées au centre étaient de plus en plus scolarisées. Ces résultats sont probablement dus aux différentes sensibilisations effectuées dans les écoles surtout auprès des filles.

7.2.1.5. *La nationalité*

La majorité des personnes dépistées lors de notre étude était des burkinabé, représentant 95,75% contre 4,25% d'étrangers. Ce faible taux d'étrangers dans notre étude est concordant à la structure de la population burkinabé qui ne compte que 0,6% d'étrangers [12].

7.2.2. **Caractéristiques socio-économiques et comportementales de notre population**

7.2.2.1. *Les activités socio-professionnelles*

Tous les groupes professionnels de la Classification Internationale des Types de Professions (CITP) étaient représentés dans notre étude (annexe 2). Près d'un client sur deux (48%) n'avait pas d'activité professionnelle (groupe 8). Parmi ces derniers, les chômeurs occupaient la première place (36,52%) suivis des femmes au foyer. Ces résultats sont différents du profil général des citoyens qui sont en grande majorité des salariés et des commerçants.

Les étudiants étaient les plus représentés (21,48%), suivis des élèves (13,30%). Nous avons enregistré 1,58% de retraités.

Ces résultats sont justifiés par le bas niveau économique du Burkina Faso avec dans la région des Hauts-Bassins, 46,8% de ménages qui vivent en dessous du seuil de pauvreté [62]. Le deuxième groupe le plus fréquent (groupe 2) était constitué de cadres de l'administration qui représentaient 17,9% de la population d'étude. Les cadres de la fonction publique et privé constituaient 49,6% de ce groupe, suivis des enseignants (13,5%). Le personnel de santé était présent dans seulement 5,8% des cas.

L'une des préoccupations soulevées par ces résultats, est la faible adhésion aux centres de dépistage volontaire: même pour les populations sensées avoir des informations justes sur l'infection à VIH (le personnel de santé). Pourtant, l'OMS prône le conseil dépistage l'initiative du soignant. On est en droit de se poser la question suivante: comment un agent de santé peut-il encourager le dépistage VIH si lui-même n'est pas convaincu de sa nécessité? Des études comportementales doivent être menées dans ce sens pour cerner les causes d'une faible adhésion de ces personnes qui représentent un pilier pour la lutte contre le VIH.

7.2.2.2. Le motif de dépistage

Le désir de connaître son statut sérologique a été noté comme première cause de dépistage dans notre étude. De même, **Ndiaye et al.** [44] avaient trouvé que le motif de dépistage était dans 69% des cas la curiosité de savoir son statut sérologique. Plusieurs auteurs ont aussi rapporté des résultats divergents. **Mc Garrigle CA, et al.** [39] en grande Bretagne, trouvaient qu'un grand nombre de partenaires sexuels, de nouveaux partenaires sexuels étrangers, étaient des facteurs significativement associés au dépistage volontaire. Ces résultats pourraient être expliqués par le fait que la majorité de la population de la Grande Bretagne a déjà fait un dépistage volontaire pour le VIH et donc connaît son statut sérologique. De ce fait, la réalisation d'un nouveau test de dépistage n'est motivée que lors de l'adoption de comportements à haut risque. De plus, la différence de perception de l'infection à VIH par les population britannique et burkinabé pourrait aussi expliquer ces résultats.

Fiorillo et al. [40] rapportaient que les principaux motifs de dépistage dans leur étude étaient l'infidélité et la nouveauté du partenaire.

Ces résultats sont dus au fait que dans leur étude, ils s'intéressaient aux raisons pouvant motiver les personnes ayant déjà bénéficié d'un dépistage à se représenter pour la deuxième fois au moins dans un centre de dépistage.

Dans notre étude, nous avons aussi observé que le nombre de personnes désirant connaître leur statut sérologique en dehors de toute autre cause, évoluait de façon croissante de 1996 à 2005. Entre 2006 et 2012 la courbe était décroissante, puis l'on observait un pic en 2013. Cette courbe décroissante depuis 2006 nous interpelle car

elle voudrait peut être dire qu'il y a un nombre croissant de personnes qui attendent d'avoir un comportement à risque pour s'intéresser au conseil dépistage.

7.2.2.3. Le multi partenariat

Les clients du centre avaient indiqué dans 65,69% des cas avoir déjà eu plusieurs partenaires sexuels au cours de leur vie. Ces résultats témoignent de la fréquence élevée des comportements à haut risque surtout dans la population jeune, les exposant à l'infection à VIH. Lors de l'EDS IV, 5 557 personnes enquêtées soit 45.83%, avaient affirmé avoir déjà eu plus de deux partenaires sexuels dans leur vie. Aussi faut-il rappeler que les questions concernant les comportements sexuels sont très délicates à poser et qu'il est possible que certains comportements à risque n'aient pas été déclarés.

7.2.2.4. L'absence d'utilisation de préservatif

Le 1^{er} danger objectivé par notre étude est le relâchement des comportements de la population qui a tendance à amoindrir les risques qu'elle encoure. En effet, plus de la moitié des personnes dépistées (58.23%) au centre, n'utilisaient pas le préservatif. Ainsi la majorité de notre population avait-elle des comportements jugés à risque. **Calderon et al.** [37] dans une étude prospective réalisée à New York, avaient trouvé que 24.3% des patients reçus aux urgences et ayant accepté le dépistage au VIH, n'utilisaient pas le préservatif. **Sherr et al.** [43] dans une cohorte rurale du Zimbabwe, ne retrouvaient pas d'association entre les comportements à risque et le conseil dépistage. Depuis 2010, les clients dépistés au centre, prennent plus de risque. C'est le constat observé lors de la comparaison de la courbe d'utilisation de préservatifs et celle de l'existence de plusieurs partenaires. Elles évoluaient simultanément jusqu'en 2010 où l'on notait une diminution de l'utilisation des préservatifs contre une augmentation du multi partenariat au sein des personnes dépistées.

En 2013, on notait une légère baisse du multi partenariat. Cette prise de risque croissante témoigne-t-elle d'un relâchement de la vigilance ou d'une banalisation de l'infection à VIH de la part de la population ? Des études montrent que dans le grand public, les réactions ont pu passer d'un extrême à l'autre: d'une peur panique de la contamination jusqu'à une certaine banalisation depuis l'arrivée de traitements

efficaces. De plus, en plus de personnes n'ont plus peur de cette maladie considérée comme chronique.

7.2.2.5. Partage du résultat avec une tierce personne

La majorité des personnes dépistées (91,29%) au centre, déclaraient vouloir partager leur statut sérologique avec une tierce personne. Le partenaire sexuel était choisi dans 62,70% des cas et les parents dans 33,16%.

Les résultats retrouvés par **Guïro et al.** [61] au Burkina Faso, sont différents. Ils rapportaient que seulement 22% des personnes ont partagé leur statut sérologique avec leur partenaire. Ces résultats sont dus au fait que la révélation du statut sérologique dépend du résultat. Il existe un bas niveau de révélation du statut par ceux qui reçoivent un diagnostic positif.

La stigmatisation et les conflits moraux jouent un rôle important dans la décision de ne pas partager. Les personnes positives au test du VIH ont donc besoin de conseil de professionnel pour les aider à surmonter les difficultés émotionnelles et à s'intégrer dans la société.

Dans notre étude, le nombre de personnes désirant partager leur statut sérologique avec une tierce personne avait augmenté entre 1996 et 2014. Par contre, le nombre de personnes ayant refusé de partager le résultat du test avec une tierce personne évoluait peu dans le temps.

7.2.2.6. Prévalence du VIH

Dans notre étude, 1979 personnes dépistées, soit 17,51%, étaient séropositives contre 9321 personnes (82,48%) séronégatives. Cette prévalence est similaire à celle rapportée par plusieurs auteurs africains. Au Burkina Faso, **Somé et al.** [8] trouvaient une prévalence de 24,6% lors des campagnes de dépistages volontaires déroulées entre 2006 et 2010 au Burkina Faso.

Ces résultats montrent que les campagnes de dépistages restent une stratégie tout aussi efficace pour la prévention et l'accès au traitement. En Tanzanie, **Fiorillo et al.** [40] rapportaient une prévalence de 18,4%. De même, **Johnston et al.** en Ouganda notaient une prévalence de 12,3%. Notre prévalence est différente de celle retrouvée par **Dagnan et al.** [53] qui rapportaient 5,30% de séropositifs. Cette plus faible

prévalence peut s'expliquer par le fait que l'étude de **Dagnan et al.** [53] s'est déroulée en zones rurales et sur une durée d'un an. La prévalence du VIH en zone rural semble plus faible que celle des zones urbaines.

La prévalence du VIH chez les clients du centre, avait diminué depuis 1996. En effet, à l'ouverture du centre en 1996, elle était de 45,71%. Elle oscillait autour de 15% avec un pic de 35% en 2001. A partir 2008, la prévalence du VIH était stationnaire autour de 13% avec un légère baisse en 2011, 2012, 2013 avec respectivement 12,19%, 9,8%, 3,44%. En 2014, on notait un rebond de la prévalence du VIH à 13,41% par rapport à l'année 2013. Aussi, le changement de la prévalence est lié au changement constant de la population fréquentant le CADI. En effet, le profil des clients du CADI est différent entre 1996 et 2014. A titre illustratif en 2014, les personnes dépistées au centre étaient en majorité ceux qui avaient pris un risque ; ce qui pourrait expliquer l'augmentation de la prévalence du VIH cette année.

Des auteurs ont rapporté une variation de la prévalence du VIH au fil du temps. C'est le cas de **Kee et al.** [50] qui rapportaient que la prévalence du VIH chez les clients des centres de santé primaire de la Corée avait augmenté entre 2000 et 2005 (1,3% pour 10 000 à 5,3 pour 10 000 clients). Cependant, ils notaient une stabilisation de la prévalence du VIH depuis 2005. **Baryarama et al.** [51] avaient rapporté que la prévalence avait diminué de 1999 (23%) à 2000 (13%) ; puis augmenté à 15% en 2003. Les rapports de l'ONUSIDA sur l'épidémie du VIH décrivent une diminution de la prévalence de la maladie dans certains pays africains. Ces résultats témoignent des avancées concernant la lutte contre le VIH de par le monde et en particulier en Afrique sub-saharienne.

7.2.3. Les caractéristiques socio démographiques en fonction du statut sérologique

7.2.3.1. Selon les caractéristiques socio démographiques

Le sexe

Le taux de séropositivité était plus élevé chez les femmes dans notre étude. Ce constat est aussi fait par **Biadglegne et al.** [52] en Ethiopie et **Dagnan et al.** [53] en Côte d'Ivoire qui avaient respectivement retrouvé 56,4% et 6 fois plus de femmes

séropositives. Ces données traduisent la féminisation de l'infection à VIH qui pourrait s'expliquer par la vulnérabilité biologique, socio culturelle et économique de la femme. En effet, la vulnérabilité biologique de la femme du fait de son anatomie, augmente le risque d'être contaminée lors des rapports sexuels. La vulnérabilité socioculturelle de la gente féminine est accentuée dans les pays en voie de développement. Certaines pratiques telles que les mariages précoces et forcés y sont des causes. La vulnérabilité économique de la femme est un facteur de risque à l'infection à VIH. La pauvreté et le faible revenu économique entraînent les femmes vers les comportements à risques tels que les rapports sexuels tarifés.

➤ **Le statut matrimonial**

Le taux de séropositivité était plus élevé chez les veufs (58%), les divorcés (39,49%) et les polygames (36,14%). **Biadlegne et al.** [52] avaient trouvé que les personnes mariées (OR 2,83 ; IC à 95% : 1,70 à 4,71, $p < 0,001$), celles vivant en couple (OR 3,88 ; IC à 95% : 2,47 à 6,09, $p < 0,001$) étaient les personnes les plus exposées à l'infection par le VIH. Ces résultats mettent en exergue la pertinence de la prévention de l'infection à VIH chez les couples, considérés par certains auteurs comme les premières personnes à risque. La contamination d'un partenaire peut induire celle de l'autre et ceci soulève des questions difficiles dans le domaine de l'éthique, des droits humains et de la santé publique [45;48].

➤ **Le niveau d'instruction**

Dans notre étude, les personnes n'ayant pas bénéficié d'une instruction classique étaient plus atteints par l'infection à VIH (40,64% de séropositifs non instruits contre 19,51% de séropositifs instruits). Ces résultats sont dus au fait que l'éducation a un effet bénéfique dans la lutte contre l'infection à VIH. A titre indicatif, au cours des quatre dernières décennies, le développement de l'éducation des femmes dans le monde a permis d'éviter la mort de plus de 4 millions d'enfants. En Afrique subsaharienne, la vie de près de 1,8 millions d'enfants aurait pu être sauvée en 2008 si leurs mères avaient toutes bénéficié d'une instruction secondaire minimal [63]. L'éducation est un catalyseur essentiel de l'égalité du genre qui elle-même joue un rôle majeur dans la lutte contre l'épidémie du VIH. La stratégie de lutte contre le VIH au Burkina Faso inclut des campagnes de sensibilisations auprès des personnes non

instruites dans le but d'obtenir une baisse de la prévalence au niveau de cette population. **Ndiaye et al.** [44] ont fait le même constat dans leur étude réalisée au Sénégal. **Dagnan et al.** [53] notaient des résultats divergents. Dans une étude réalisée en Côte d'Ivoire, ils notaient que les personnes les plus instruites (niveau universitaire) présentaient 3.5 fois (pour les hommes) et 6 fois (pour les femmes) des taux d'infection plus élevés que les non instruits.

Aussi, dans la dernière enquête démographique de santé à indicateurs multiples réalisée au Burkina Faso, la prévalence du VIH chez les personnes non instruites est plus faible (0.8%) que celle des personnes du primaire (1,3%) et du secondaire et plus (1.5%). La faible utilisation de préservatifs, l'adoption de comportements à haut risque et la mauvaise information sur l'infection à VIH pourraient expliquer ces résultats.

➤ **Le type d'activité socio-professionnelle**

Dans notre étude, plus d'un commerçant sur quatre était séropositif. Le taux de séropositivité était aussi élevé chez les salariés (groupe 1), chez les clients exerçant une activité domestique (groupe 5) et les sans-emplois (groupe 8).

Nos résultats sont semblables à ceux de **Biadlegne et al.**[52]. Ils rapportaient une prévalence du VIH plus élevée chez les salariés et les femmes au foyer.

7.2.3.2. *Selon les caractéristiques comportementales*

➤ **Multi partenariat**

La répartition des personnes dépistées au centre entre 1996 et 2007, indique une relation statistiquement significative entre le multi partenariat et le statut sérologique. Par contre, de 2007 à 2014, il n'y avait pas de relation statistiquement significative entre le multi partenariat et le statut sérologique. Cette évolution peut être justifiée par l'évolution des comportements depuis l'avènement de l'infection par le VIH. A l'échelle nationale, l'EDS IV montrait que la prévalence du VIH augmentait significativement avec le nombre croissant de partenaires sexuels [20].

➤ **Utilisation de préservatif**

Dans notre étude, l'absence d'utilisation de préservatif était un comportement fréquent parmi les séropositifs. L'EDS IV notait une prévalence de 1,7% chez les

personnes n'ayant pas utilisé de préservatif au cours des 12 mois précédant l'enquête contre 0,9% pour celles ayant utilisé des préservatifs durant la même période [20].

➤ **Rapports sexuels tarifés**

Dans notre étude, il n'y avait pas de relation statistiquement significative entre les rapports sexuels tarifés et le statut sérologique. Ces résultats peuvent s'expliquer par le fait que les actions menées auprès des travailleuses de sexe, les poussent à prendre de plus en plus de précautions contre les infections sexuellement transmissibles. Cependant la « prostitution » clandestine dans le contexte burkinabè, se développe. Or, cette forme est plus dangereuse, d'abord pour les pratiquantes qui resteront à l'écart des messages adéquats de sensibilisation qui sont destinés aux travailleuses du sexe et donc des changements de comportements escomptés ; ensuite pour leurs partenaires sexuels qui, ne les percevant pas comme travailleuses du sexe, n'auront peut-être pas de recours systématique au préservatif. Cette forme de prostitution touche la société globale dans la mesure où les sujets/acteurs sociaux sont souvent encadrés dans un réseau (informel) plus ou moins vaste de partenaires sexuels [64].

CONCLUSION

Révolutionner la prévention du VIH est la première orientation stratégique adoptée par l'ONUSIDA pour enrayer la propagation du VIH. Au Burkina Faso, les expériences en matière de CDV ont été tardives. Ce n'est qu'en mai 1996 que le CADI, 1^{er} centre de dépistage du Burkina Faso, a commencé des activités de sensibilisation de la population et de dépistage de l'infection à VIH. Le centre a accueilli depuis lors, plus de 161 382 personnes en stratégie fixe. La présente étude a permis de révéler que les clients du CADI ont un profil épidémiologique différent de celui des habitants en zones urbaines malgré quelques similitudes. En effet, la population urbaine tout comme les clients du CADI sont en majorité des jeunes, des personnes ayant été scolarisés, et/ou des personnes mariées sous le régime de la monogamie. Cependant, les célibataires et les polygames sont les moins adhérents au centre. La prédominance féminine observée dans notre étude n'est pas retrouvée en milieu urbain. Aussi, nous notons une faible proportion de personnes actives dépistées au centre ; pourtant ces dernières représentent la majeure partie de la population urbaine. Ces résultats suscitent des inquiétudes par rapport à la faible adhésion de certains groupes de la population urbaine (les célibataires, les polygames, les personnes non instruites). La prévalence du VIH parmi les clients du CADI est supérieure à celle de la population générale de l'ordre de 17,51%. Le taux de séropositivité y est plus élevé chez les femmes, les veufs, les clients n'ayant aucun niveau de scolarisation ainsi que ceux ayant des comportements à risque (multi partenariat et absence d'utilisation du préservatif).

Notre étude a permis d'enrichir les données sur le profil des clients du CADI et de certaines caractéristiques plus fréquentes chez les séropositifs. Cependant, des études analytiques et socio-anthropologiques axées sur les motifs de non adhérence au conseil dépistage pourraient être d'un grand apport aux actions menées pour le changement de comportement et contribueraient ainsi à atteindre l'objectif « *zéro nouvelle infection, zéro discrimination, zéro décès lié au sida* » de l'ONUSIDA. Aussi devons-nous avoir conscience qu'au-delà de son impact sur la santé, la lutte contre le VIH met en exergue les maux de la société et les faiblesses de nos systèmes sociaux et sanitaires.

SUGGESTIONS

- **Au Ministre de la santé :**
 - Cibler les groupes les plus vulnérables et les moins adhérent ainsi que les foyers de transmission du VIH
- **Au Ministre de l'Education Nationale et de l'Alphabétisation et à son homologue des Enseignements Secondaire et Supérieur (MESS) :**
 - Introduire dans le programme national de l'enseignement du Burkina une éducation sexuelle.
- **Au secrétariat permanent du CNLST/IST :**
 - garantir un accès équitable à des programmes de prévention du VIH en créant des centres de dépistage doté de personnel qualifié et suffisant.
- **Au directeur régional de la santé des Hauts-Bassins :**
 - Mener des actions de sensibilisation axée sur les groupes à risque
- **Aux personnels de santé :**
 - sensibiliser les populations à chaque contact avec un service de santé quel que soit le motif de consultation ;
 - donner l'exemple en se faisant soi-même dépisté.
- **A la directrice de CADI**
 - Intensifier les campagnes de sensibilisations pour le dépistage du VIH ;
 - Informatiser les données du centre.
- **Aux clients du CADI :**
 - Sensibiliser l'entourage proche sur l'importance du test dépistage (« *Faire face au VIH pour mieux le combattre* ») ;
 - conduire et s'approprier la lutte contre cette maladie ;
- **A la population :**
 - Utiliser les moyens de prévention contre le VIH en particulier les préservatifs ;
 - Adhérer au conseil dépistage.

REFERENCES

1. ONUSIDA. Objectif : Zéro 2011-2015 Stratégie. Genève : ONUSIDA : 2011.
2. ONUSIDA. Traitement 2015. Genève : ONUSIDA : 2012.
3. Calderon Y, Chou K, Cowan E, Rhee JY, Mathew S, Ghosh R, et al. Analysis of HIV testing acceptance and risk factors of an adolescent cohort using emergency department-based multimedia HIV testing and counseling. *Sex Transm Dis.* 2013;40(8):624-8.
4. Sherr L, Lopman B, Kakowa M, Dube S, Chawira G, Nyamukapa C, et al. Voluntary counselling and testing: uptake, impact on sexual behaviour, and HIV incidence in a rural Zimbabwean cohort. *AIDS Lond Engl.* 2007;21(7):851-60.
5. OMS. Le point 2013 de l'OMS sur le traitement de l'infection à VIH dans le monde : résultats, impact et opportunités. 2013 p. 26.
6. Johnson C, Curran K, Napierala Mavedzenge S, D'Ortenzio E, Baggaley R. L'autotest de dépistage du VIH pour les travailleurs du sexe et les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes en Afrique de l'Ouest: défis et perspectives de cette stratégie. *La Lettre de Solthis.* 2014;2Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA). Directives pratiques pour l'intensification de la prévention du VIH. Genève : ONUSIDA : 2007.
7. ONUSIDA. Rapport mondial: rapport ONUSIDA sur l'épidémie mondiale de sida 2012. Genève: 2012.
8. Somé JF, Desclaux A, Ky-Zerbo O, Lougué M, Kéré S, Obermeyer C, et al. Les campagnes de dépistage du VIH, une stratégie efficace pour l'accès universel à la prévention et au traitement ? L'expérience du Burkina Faso. *Med Sante Trop.* 2014;24(1):73-9.
9. Le dépistage VIH et le conseil en Afrique au Sud du Sahara: aspects médicaux et sociaux. 1ere édition. Paris: Karthala; 1997. 326 p.
10. SP-CNLS/IST. Prévention : Résultats obtenus et acquis [Consulté le 12/04/2015]. URL: <http://www.cnls.bf/index.php/layout/prevention>.
11. INSD. Projections démographiques de 2007 à 2020 par région et province. Ouagadougou : INSD : 2009.

12. INSD. Recensement général de la population et de l'habitation (RGPH) de 2006: état et structure de la population. Ouagadougou : INSD ; 2009.
13. Biadglegne F, Anagaw B, Tessema B, Getachew A, Andargie G, Abera B, et al. Voluntary HIV counseling and testing service in Northwest Ethiopia: the cases of counselor's perception, client's satisfaction, and in-service observations. *Ethiop Med J.* 2011;49(3):169-77
14. ONUSIDA. Directives pratiques pour l'intensification de la prévention du VIH. Genève: 2007.
15. OMS | Principales causes de mortalité dans le monde [consulté le 28/04/2015]. URL: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets>.
16. ONUSIDA. Rapport mondial : rapport ONUSIDA sur l'épidémie mondiale de sida 2013. Genève : ONUSIDA ; 2013.
17. CNLS/IST. Normes et directives nationales de conseil dépistage de l'infection à VIH au Burkina Faso. Ouagadougou : CNLS/IST ; 2014.
18. CNLS/IST. Normes et directives nationales de conseil dépistage de l'infection à VIH au Burkina Faso. Ouagadougou : CNLS/IST ; 2008.
19. ONUSIDA | Burkina Faso [consulté le 29 juin 2015]. URL: <http://www.unaids.org/fr/regionscountries/countries/burkinafaso>.
20. INSD. Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples (EDSBE-MICS IV). Ouagadougou : INSD ; 2012.
21. Girard P-M, Katlama C, Pialoux G. VIH. Edition 2011. Paris : DOIN éditeur. 2011 : 839.
22. Philippe Morlat. Prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH : recommandations du groupe d'experts. Edition 2013. Paris : La documentation française. 2013 : 476.
23. Hureau J-M, Agnut H, Nicolas J, Peigue-Lafeuille H. Traité de virologie médicale. Paris : Boeck / Estem ; 2003 : 699.
24. Girard P-M, Katlama C, Pialoux G. VIH. 6^e Edition. Paris : DOIN éditeur. 2004 : 725.

25. Tsafack Temah C. Les déterminants de l'épidémie du VIH/SIDA en Afrique subsaharienne. Rev Déconomie Dév. 2009;17(1):73.
26. SP-CNLS/IST. Historique et organisation. [Consulté le 14/04/2015]. URL: <http://www.cnls.bf/index.php/component/k2/item/57-historique-et-organisation.htm>.
27. Laura Achilli et Fabienne Hejoaka. Les associations dans la réponse à l'épidémie VIH/Sida au Burkina Faso. Face à face [En ligne] juin 2005 [consulté le 14/04/2015]. URL : <http://faceaface.revues.org/305>.
28. Staveteig S, Wang S, Head SK, Nybro E. Demographic patterns of HIV testing.
29. Kirakoya-Samadoulougou F, Yaro S, Fao P, Defer M-C, Ilboudo F, Langan Y, et al. Who Is Going for VCT? A Case Study in Urban Burkina Faso. Isrn Aids. 2012;2012:307917.
30. Kirakoya-Samadoulougou F, Yaro S, Deccache A, Fao P, Defer M-C, Meda N, et al. Voluntary HIV testing and risky sexual behaviours among health care workers: a survey in rural and urban Burkina Faso. BMC Public Health. 2013;13:540.
31. OMS. Directives pour l'évaluation des techniques de dépistage du VIH en Afrique. Genève : OMS ; 2001
32. OMS. La stratégie mondiale du secteur de la santé sur le VIH/SIDA 2011-2015. Genève : OMS ; 2011.
33. OMS. Interventions Prioritaires : Prévention, traitement et soins du VIH/sida dans le secteur de la santé. Genève : OMS ; 2010.
34. OMS. Déclaration sur le conseil dépistage du VIH. Genève : OMS ; 2012.
35. CNLS/IST. Cadre Stratégique de lutte contre le VIH/SIDA et les IST (CSLS) 2006-2010. Ouagadougou : CNLS/IST ; 2005.
36. CNLS/IST. Cadre stratégique de lutte contre le VIH/SIDA 2001-2005. Ouagadougou : CNLS/IST ; 2001.
- 37.

38. Schechter-Perkins EM, Koppelman E, Mitchell PM, Morgan JR, Kutzen R, Drainoni M-L. Characteristics of patients who accept and decline ED rapid HIV testing. *Am J Emerg Med.* sept 2014;32(9):1109-12.
39. McGarrigle CA, Mercer CH, Fenton KA, Copas AJ, Wellings K, Erens B, et al. Investigating the relationship between HIV testing and risk behaviour in Britain: National Survey of Sexual Attitudes and Lifestyles 2000. *AIDS Lond Engl.* 3 janv 2005;19(1):77-84.
40. Fiorillo SP, Landman KZ, Tribble AC, Mtalo A, Itemba DK, Ostermann J, et al. Changes in HIV risk behavior and seroincidence among clients presenting for repeat HIV counseling and testing in Moshi, Tanzania. *AIDS Care.* 2012;24(10):1264-71.
41. Dillnessa E, Enquesselassie F. Couples voluntary counselling and testing among VCT clients in Addis Ababa, Ethiopia. *Ethiop Med J.* avr 2010;48(2):95-103.
42. Hensen B, Lewis JJ, Schaap A, Tembo M, Mutale W, Weiss HA, et al. Factors Associated with HIV-Testing and Acceptance of an Offer of Home-Based Testing by Men in Rural Zambia. *AIDS Behav.* mars 2015;19(3):492-504.
43. Sherr L, Lopman B, Kakowa M, Dube S, Chawira G, Nyamukapa C, et al. Voluntary counselling and testing: uptake, impact on sexual behaviour, and HIV incidence in a rural Zimbabwean cohort. *AIDS Lond Engl.* 23 avr 2007;21(7):851-60.
44. Ndiaye P, Diedhiou A, Ly D, Fall C, Tal-Dia A. [HIV/AIDS prevalence among the attendees at the Center for Voluntary Anonymous Detection and Support in Pikine/Guediawaye, Senegal]. *Médecine Trop Rev Corps Santé Colon.* juin 2008;68(3):277-82.
45. Linda P. To tell or not to tell: negotiating disclosure for people living with HIV on antiretroviral treatment in a South African setting. *SAHARA J J Soc Asp HIVAIDS Res Alliance SAHARA Hum Sci Res Counc.* juill 2013;10 Suppl 1:S17-27.

46. Sow K. [HIV disclosure in polygamous settings in Senegal]. SAHARA J J Soc Asp HIVAIDS Res Alliance SAHARA Hum Sci Res Council. juill 2013;10 Suppl 1:S28-36.
47. Hardon A, Desclaux A, Lugalla J. Disclosure in times of ART: a relational analysis of social practices. SAHARA J J Soc Asp HIVAIDS Res Alliance SAHARA Hum Sci Res Council. juill 2013;10 Suppl 1:S1-4.
48. Bott S, Obermeyer CM. The social and gender context of HIV disclosure in sub-Saharan Africa: a review of policies and practices. SAHARA J J Soc Asp HIVAIDS Res Alliance SAHARA Hum Sci Res Council. juill 2013;10 Suppl 1:S5-16.
49. Sanon P, Kaboré S, Wilen J, Smith SJ, Galvão J. Advocating prevention over punishment: the risks of HIV criminalization in Burkina Faso. *Reprod Health Matters*. nov 2009;17(34):146-53.
50. Kee M-K, Lee J-H, Whang J, Kim SS. Ten-year trends in HIV prevalence among visitors to public health centers under the National HIV Surveillance System in Korea, 2000 to 2009. *BMC Public Health*. 2012;12:831.
51. Baryarama F, Bunnell RE, Ransom KL, Ekwaru JP, Kalule J, Tumuhairwe EB, et al. Using HIV voluntary counseling and testing data for monitoring the Uganda HIV epidemic, 1992-2000. *J Acquir Immune Defic Syndr* 1999. 1 sept 2004;37(1):1180-6.
52. Biadgiegne F, Belyhun Y, Tessema B. Sero-prevalence of human immunodeficiency virus (HIV) among voluntary counseling and testing (VCT) clients in Burie Health Center, West Gojjam, Ethiopia. *Ethiop Med J*. avr 2010;48(2):149-56.
53. Dagnan NS, Tiembré I, Bi Vroh JB, Diaby B, Zengbe-Acray P, Attoh-Touré H, et al. [Seroprevalence of HIV infection in the context of a mobile counseling and voluntary testing strategy in rural areas of Côte d'Ivoire]. *Santé Publique Vandoeuvre-Lès-Nancy Fr*. déc 2013;25(6):849-56.

54. Kirakoya-Samadoulougou F, Nagot N, Yaro S, Fao P, Defer M-C, Ilboudo F, et al. Are teachers at higher risk of HIV infection than the general population in Burkina Faso? *Int J STD AIDS*. août 2013;24(8):651-9.
55. INSD|Géographie.[consulté le 29/06/2015].URL : <http://www.insd.bf/n/index.php/burkina/geographie>
56. Direction générale de l'information et des statistiques. *Annuaire statistique 2013*. Ouagadougou : Ministère de la santé. 2014 : 225.
57. Machin D, Campbell MJ, Tan S-B, Tan S-H. *Sample Size Tables for Clinical Studies*. New Jersey: John Wiley and Sons. 2011: 314
58. Organisation Mondiale de la santé (OMS). Santé de l'adolescent [Consulté le 29/04/15].URL:http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence.
59. Organisation Mondiale de la santé (OMS). Les jeunes et le VIH [Consulté le 29/04/15].URL:http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/hiv/fr.
60. CNLS. Document de la mise en œuvre du plan multisectoriel de lutte contre le VIH, le SIDA et les IST (PNM). Ouagadougou : CNLS. 2014 :163.
61. Guiro AK, Traore A, Somida A, Huang S-L. Attitudes and practices towards HAART among people living with HIV/AIDS in a resource-limited setting in northern Burkina Faso. *Public Health*. nov 2011;125(11):784-90.
62. Institut national de la statistique et de la démographie(INSD). Analyse de quelques résultats des données de la phase principale de l'enquête intégrale sur les conditions de vie des ménages EICVM 2009. Ouagadougou: INSD. 2010: 13.
63. Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture. *Education et VIH: Evolution et perspectives*. Paris : UNESCO, 2014. 221.
64. Berthé A, Huygens P, Ouattara C, Sanon A, Ouédraogo A, Nagot N. Comprendre et atteindre les jeunes travailleuses du sexe clandestines du Burkina Faso pour une meilleure riposte au VIH. 2008;(3):163-73.

ANNEXES

Annexe 1 : Professions et métiers de la CIP (Classification internationale type des professions) adaptés au Burkina Faso

GROUPE 1 : Agriculture Elevage Pêche Forêt

Agriculteur, cultivateur, Maraîcher, jardinier, fermier, exploitant de verger, pépiniériste, bûcheron, éleveur de bétail, éleveur de volaille, berger, garde-animaux, pêcheur, chasseur, autres métiers de ce groupe non classés ailleurs.

GROUPE 2 : Administration (Cadres supérieurs, Professions libérales ; Cadres Moyens ; Manœuvres ; Employés ; Ouvriers ; Cadres Subalternes)

- Cadres de l'administration territoriale, du travail et de la sécurité Sociale
- Cadres de l'Enseignement et de la recherche
- Cadres de la santé et des affaires sociales
- Cadres des télécommunications, des transports et du bâtiment
- Cadres des ressources financière, du Budget et de la planification
- Cadres de l'agriculture de l'élevage, des eaux et forêts
- Géologues et Miniers
- Cadres de la justice, de l'information et des relations extérieures
- Autres Cadres Supérieurs non classés ailleurs.

GROUPE 3 : Commerce

- Commerçant, boutiquier
- Vendeur de tissus, de fruits, de beignets, de dolo et de condiments
- Démarcheur
- Conseiller commercial
- Libraire, meunier
- Autres métiers du commerce

GROUPE 4 : ARTISANAT

GROUPE 5 : SERVICES DOMESTIQUES SERVICES DIVERS

- Cuisinier, gouvernante, serveur de restaurant, servante de bar, maître et gérant d'hôtel
- Propriétaires de restaurants
- Gardien de nuit
- Taxi man - chauffeur - conducteur de bus

- Blanchisseur coiffeur
- Coiffeuse
- Cireur
- Entrepreneur
- Boulanger

GROUPE 6 : FORCES ARMEES ET SECURITE

- Militaire
- Gendarme
- Agent de police
- Pompier
- autre personnel de la sécurité

GROUPE 7 : AUTRES METIERS ET PROFESSION

- personnel du culte chrétien, du culte musulman: marabout, imam, maître coran.
- tradipraticien, guérisseur traditionnel
- autres professions non classées ailleurs

GROUPE 8 : SANS PROFESSION

Etudiants, élèves, retraités, sans emplois, ménagères.

GROUPE 9 : PROFESSION NON PRECISEE

Annexe 2 : Fiche de collecte du CADI de 1996 à 2007.

Structure de dépistage.....
 Nom du conseiller.....
 Date du pré test.....

Condom avec part. occasionnel : toujours / parfois / jamais
 Plusieurs part. actuellement : oui / Non
 Condom avec plusieurs partenaires actuels : toujours / parfois / jamais
 Plusieurs partenaires dans la vie : Oui / Non
 Condom avec plusieurs part. dans la vie : toujours / parfois / jamais

1. CARACTERISTIQUES SOCIO-CULTURELLE

Numéro d'anonymat.....
 Age.....
 Sexe.....
 Nationalité.....
 Lieu de résidence.....Secteur.....
 Situation matrimoniale.....
Religion : Chrétien Musulman Animiste
 Sans religion
Niveau d'étude : Aucun Primaire
 Secondaire Supérieur
Activités professionnelles : Salariés Commerçant
 Employé simple Secteur informel
 Homme de tenue Ménagères sans revenu
 Retraité Sans Emploi Etudiant Elève
 Autre
 Préciser.....

c) **Transfusion** : Oui Non
 Votre partenaire : Oui Non Nsp
 Si oui, période.....
 IST : Oui Non
 Votre partenaire : Oui Non Nsp
 Exposition au sang : Oui Non
 Risque VIH perçu par le client lui-même :
 Nul Faible Important
 Risque VIH perçu par le conseiller :
 Nul Faible Important

2. EVALUATION DE LA PRISE DE RISQUE

a) **Motif de la demande du test** :
 Pour connaître son statut Pour se marier
 symptômes Séropositivité du partenaire Décès du partenaire
 Travail Voyage en vue
 Autres.....
 Test première fois
 Test contrôle 3 mois
 Test déjà réalisé il y a plus de 3 mois
Résultat du dernier test :
 Négatif Positif Indéterminé Nsp
 Période.....Lieu.....
 Avez-vous déjà eu des rapports sexuels
 Oui Non (si non, allez à la partie c)

3. EVALUATION DE COMPORTEMENT APRES ANNONCE

En cas de résultat négatif : méthode de prévention choisie par le client : Condom Fidélité Abstinence
 Dépistage du partenaire Autres
En cas de résultat positif : Êtes-vous prêt à supporter un résultat positif : Oui Non Nsp
 Allez-vous vous confier à quelqu'un : Oui Non
 Si oui Parent Partenaire ami
 Association
 Autre.....
 Souhaiterez-vous voir : un médecin
 Un psychologue un religieux
 Autre.....
 Comment allez-vous gérer désormais votre sexualité ?
 Rapport sans capote Avec capote Abstinence

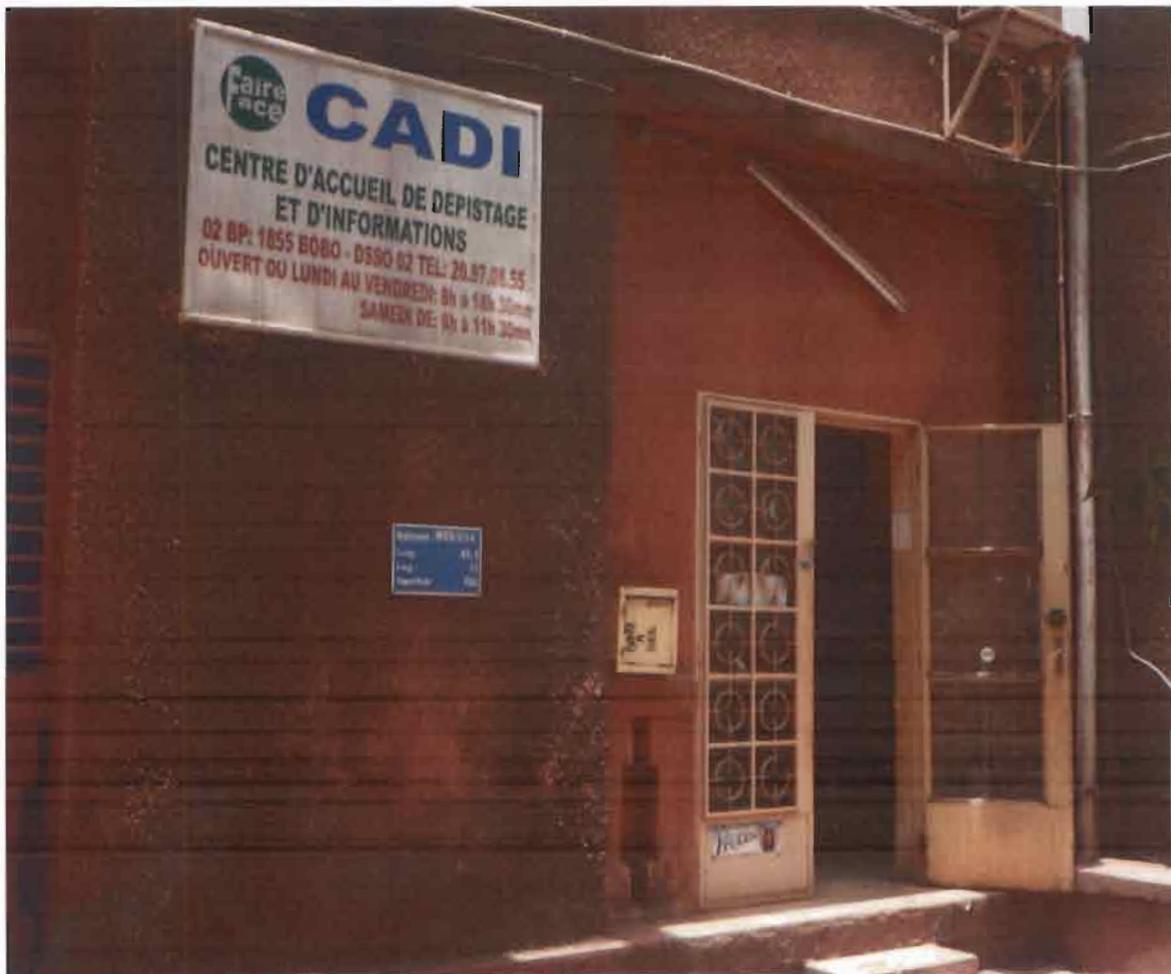
b) **Part. régulier actuel** : Oui Non

Voyage-t-il fréquemment Oui Non
 Vous arrive-t-il de douter de la fidélité de votre partenaire ?
 Oui Non
 A-t-il fait un test de dépistage Oui Non Nsp
 Si oui, résultats : Positif Négatif Nsp
 Utilisez-vous le condom : toujours parfois jamais
 Partenaire occasionnel récent : oui non

4. POST TEST/ANNONCE DES RESULTATS

Le client est-il revenu chercher les résultats :
 Oui Non
 Date de l'annonce des résultats.....
Résultats du test de dépistage :
 Négatif Positif Indéterminé
 Si indéterminé, désire refaire un autre test dans le même centre : Oui Non
 Référé : Oui Non
 Structure de référence.....
 Date de référence / /

ICONOGRAPHIE



Source : DA M'winmalo Inès Evelyne, photographie prise le 27/04/15

Photographie 1 : le Centre Anonyme de Dépistage et d'Information (CADI).



Source : DA M'winmalo Inès Evelyne, photographie prise le 27/04/15

Photographie 2 : le laboratoire du CADI



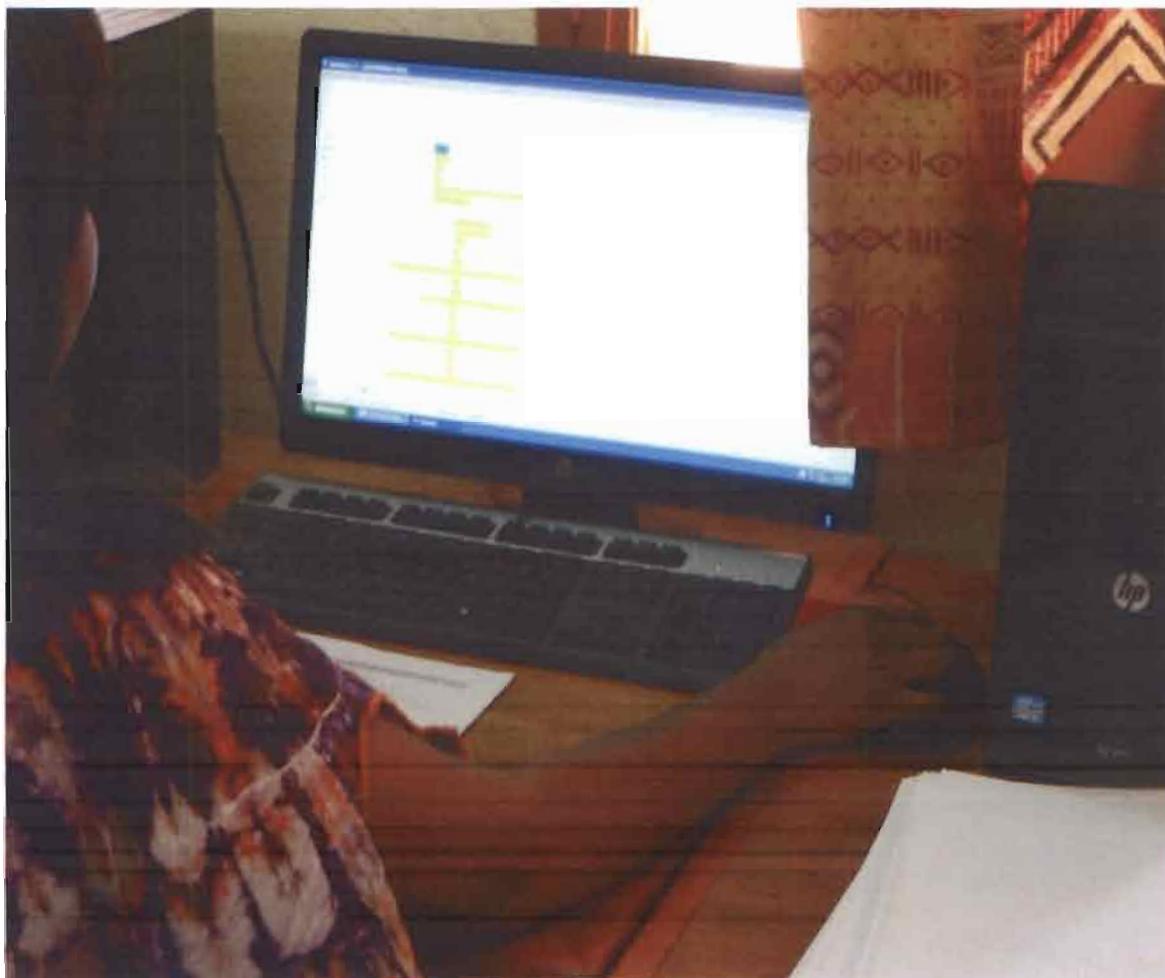
Source : DA M'winmalo Inès Evelyne, photographie prise le 27/04/15

Photographie 3 : *Le Détermine*®.



Source : DA M'winmalo Inès Evelyne, photographie prise le 27/04/15

Photographie 4 : L'immunocombs ®.



Source : DA M'winmalo Inès Evelyne, photographie prise le 27/04/15

Photographie 5 : La saisie des fiches du CADI.

SERMENT D'HIPPOCRATE

« En présence des Maîtres de cette école et de mes chers condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais de salaire au-dessus de mon travail.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser les crimes.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les Hommes m'accordent leur estime si je suis resté fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque ».