

Annexe -2 Rapport Mission Suivi stratégique préfectures Boke, Boffa, Fria, Dubreka, 8 – 12.10 2018

Extraits de documents pertinents provenant d'autres sources



Table de matière

1. Gouvernance (DRS/DPS).....	2
1.1 Organisation Gouvernance au niveau Central (Directions, SG, DNSCMT, DNGELM et PR)	2
1.2 Activités DRS/DPS	8
Ressources humaines (RH).....	8
2. Subvention VIH.....	20
2.1 PTME – Centres intégrées	21
Dépistage des Conjointes	21
2.2 Activités Sensibilisation/ Dépistage volontaire	47
2.3 Services adaptés aux besoins	56
3. Suivi Biologique – Système laboratoire.....	59

1. Gouvernance (DRS/DPS)

1.1 Organisation Gouvernance au niveau Central (Directions, SG, DNSCMT, DNGELM et PR)

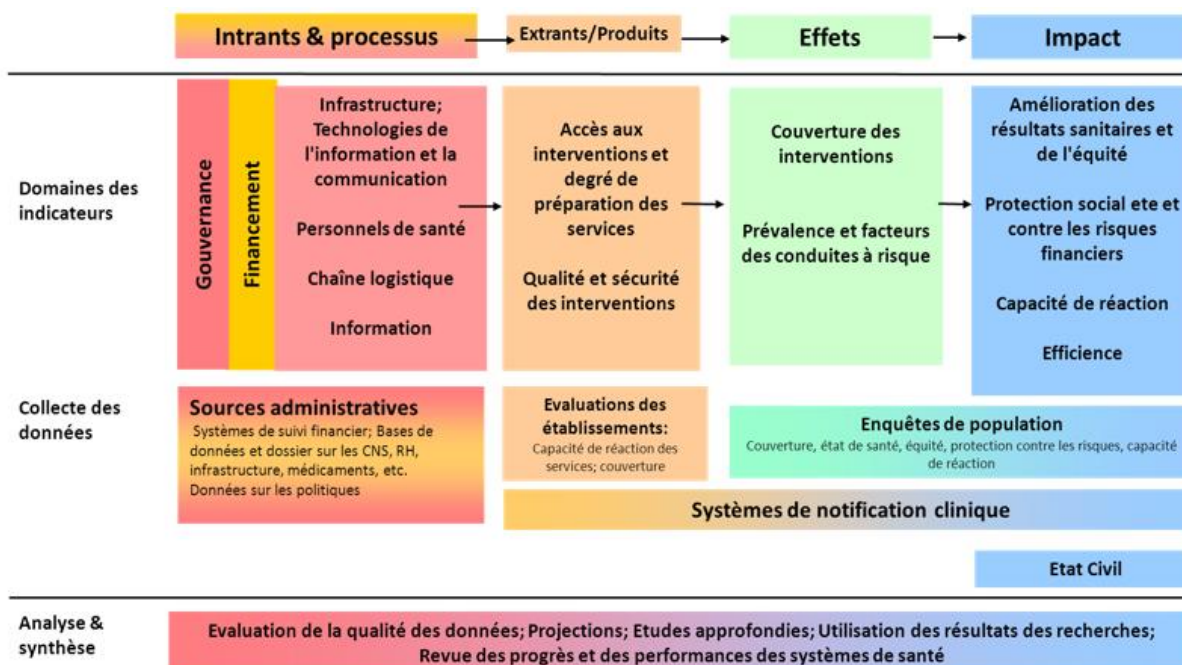
Gouvernance globale du secteur

Coordination du Secteur de la Santé

Indicateurs	2017		2018 1 ^{er} Semestre 2018	
	Cible	Résultat (%)	Cible	Résultat (%)
CTPS	76/76		38/38	38/38 (100)
CTRS	16/76		16/16	8/8 (100)
CCSS	2/2	3/2 (150)	1/1	0/1 (0)
CTC	2/2	0/2 (0)	1/1	1/1(100)
Revue Annuelle PNDS	1/1	0/1 (0)	1/1	NA
Conseils/Réunions de Cabinet	14/48 (29)		24/24	19/24 (79)

Source : Rapport bilan du ministère de la santé 2018, Equipe: SG, ST/CCSS, DN, BSD

Cadre de S&E du PNDS



Couverture du pays en DHIS2

- 8 régions sanitaires : 100%
- 38 districts sanitaires : 100%
- 33 hôpitaux régionaux/préfectoraux : 100%
- 10 centres médicaux communaux : 100%
- 3 Hôpitaux nationaux : 100%

Diagnostic et Fonctions à améliorer (PPT SG CTC 10.2018)

Diagnostic Nov. 2016	Fonctions à améliorer
<ul style="list-style-type: none"> - Faible contrôle du Ministère de la Santé sur les ressources - Duplication de fonctions - Ambiguïté des relations fonctionnelles et hiérarchiques - Faible partenariat avec le secteur privé - Services et organes consultatifs peu fonctionnels - Forte centralisation des décisions. 	<ul style="list-style-type: none"> - La fonction de leadership - La fonction de planification stratégique - La fonction de coordination du secteur de la santé - La fonction de régulation normative et de contrôle - La fonction d'allocation des ressources - La fonction de suivi et évaluation

Analyse situationnelle	Plan de recommandations
<ul style="list-style-type: none"> - Planification non intégrée - Supervisions non intégrées - Instances de coordination irrégulières - Code santé publique en retard - Contrôles et audits insuffisants - Régulations du secteur privé faible - Evaluation non systématisé avec reddition de compte - Financement Basé sur les Résultats en expérimentation - Politique des Ressources Humaines non encore achevée - Disponibilité des produits pharmaceutiques non encore suffisante - Normalisation des Infrastructures et des équipements non achevés - Début de la participation communautaire avec le PSC 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Planification intégrée avec directives pour tous les acteurs 2. Supervisions avec la notion d'intégration 3. Coordination centrée sur la tenue régulière des instances 4. Actualisation du cadre législatif et rédaction d'un code de santé publique 5. Renforcement de la fonction de contrôle et d'inspection 6. Régulation et Intégration du secteur privé 7. Cadre de gouvernance basée sur les résultats à tous les niveaux du système de santé ; 8. Amélioration du Financement avec le FBR 9. Renforcement des Ressources Humaines avec l'élaboration de la PNRHS 10. Amélioration de la Disponibilité de médicaments à la PCG

	11. Rationalisation des Infrastructures et des équipements avec actualisation des normes 12. Renforcement de la Participation communautaire en appliquant le code de la décentralisation.
--	--

Extraits PV Jour 2 et 3 CTC (constats – recommandations)

Parmi les problèmes qui ont attiré l'attention de l'assistance et qui se retrouvent dans la plupart des régions il faut citer :

- La faible disponibilité des médicaments et outils de gestion
- La faible utilisation des services de consultation curative au niveau des centres de santé,
- La faible utilisation des services de consultation prénatale et de de vaccination dans la plupart des régions
- L'insuffisance et la panne des réfrigérateurs pour la conservation des vaccins dans la plupart des régions.
- La mutation des agents de l'intérieur vers la capitale sans l'avis des autorités locales réduisant ainsi la disponibilité en personnel
- Les décès maternels qui restent encore un problème de santé publique
- Le taux d'occupation moyen élevé par endroit nécessitant l'augmentation du nombre de lits en fonction des possibilités des structures
- La pléthore administrative des agents dans les postes et centres dans la région de Kindia en dehors de la préfecture de Telémélé où les centres fonctionnent par endroit avec deux agents

A l'issu de ses différentes présentations il ressort des recommandations suivantes :

- Revoir la carte sanitaire pour réduire le taux d'occupation moyen de lits dans certains hôpitaux
- Normalisé les équipements à mettre dans les structures de santé
- Revoir la liste de produit de santé au niveau des structures vues que la liste nationale de médicament essentiel ne prenait pas en compte certains besoin.
- Réfléchir en profondeur sur la qualité des données pour qu'ils puissent refléter la réalité du terrain.
- Améliorer la promptitude et complétude des données saisies dans le DHIS2 pour faciliter la prise de décision
- Former les agents de saisi sur l'utilisation des nouveaux formulaires dans le DHIS2
- Décharger les agents de saisi pour qu'ils s'occupent uniquement des statistiques
- Réfléchir sur la gestion des ressources humaines tant dans la planification, le recrutement, l'affectation que dans la fidélisation.
- Améliorer les démarches des revues des décès maternels et identifier les stratégies qui permettront de réduire le nombre de décès maternels et néonatales en Guinée.

Recommandations

A l'issue des travaux du CTC, les recommandations Suivantes ont été formulées :

1. Améliorer l'analyse des problèmes à travers des études et l'utilisation des outils d'analyse
2. Développer la contractualisation avec les structures y compris le secteur privé
3. Utiliser la santé communautaire comme levier des interventions
4. Revoir les outils d'opérationnalisation des interventions : liste des produits de santé, les normes d'équipements, les normes d'infrastructure et surtout les Ressources Humaines en Santé
5. Améliorer l'utilisation des services de santé
6. Améliorer la gestion des Ressources Humaines pour la Santé
7. Améliorer le système d'information et de motivation
8. Actualiser la carte sanitaire pour une meilleure couverture sanitaire
9. Améliorer la promptitude et complétude des données saisies dans le DHIS2 pour faciliter l'utilisation des données à la prise de décision
10. Améliorer les démarches des revues des décès maternels et identifier les stratégies qui permettront de réduire le nombre de décès maternels et néonataux en Guinée.
11. Améliorer la Gouvernance en santé :
 - Renforcer la coordination, la planification aux différents niveaux
 - Renforcer l'alignement des partenaires aux priorités et interventions du PNDS
 - Améliorer l'équité dans la répartition des projets et les interventions des partenaires au niveau des régions sanitaires

Orientations SG pour 2019

Domaine de la gouvernance

1. Respect des conventions déjà signées
2. Alignement sur la politique nationale
3. Priorité à la lettre de mission sectorielle
4. Validation préalable de toute recherche et test
5. Réduction du nombre de comités de pilotage
6. Harmonisation des outils de travail (outils de collecte, approches etc)

Domaine de la planification

1. Prise en compte des problèmes à la base (Rapports des DPS et DRS)
2. Prise en compte des facteurs de faisabilité technique, procédurale et financière
3. Analyse et validation des PAO par le niveau central
4. Finalisation des PAO au mois de Novembre 2018
5. Non-exécution d'actions non planifiées.

Domaine des formations

1. Mise en œuvre selon un plan de formation intégré
2. Orientation des activités du niveau central vers la formation des formateurs
3. Utilisation de l'IPPS comme centre de formation continue
4. Suppression des formations séparées des projets et programmes
5. Intégration des missions de supervisions et utilisation d'un outil national.

Domaine des infrastructures et équipements

1. Validation préalable des plans et listes des équipements par le SNIEM;
2. Installations d'équipements autorisées seulement après validation par le MS

Utilisation de la PCG comme structure nationale d'approvisionnement à utiliser par les projets et programmes

Domaine du partenariat

1. Intégration de la Santé Communautaires dans les projets et programmes de santé
2. Utilisation du schéma national et arrêt des schémas verticaux
3. Prévision de l'appui au secteur privé dans les activités des DPS et des DRS
4. Utilisation des ONG locales agréées

Domaine de l'assistance technique

1. Instauration de l'examen préalable des dossiers des Assistants Techniques de longue durée
2. Application du code du travail ;
3. Obligations d'ordre de missions pour les missions dans les structurées sanitaires
4. Renforcement de l'assistance technique déconcentrée

Domaine du financement

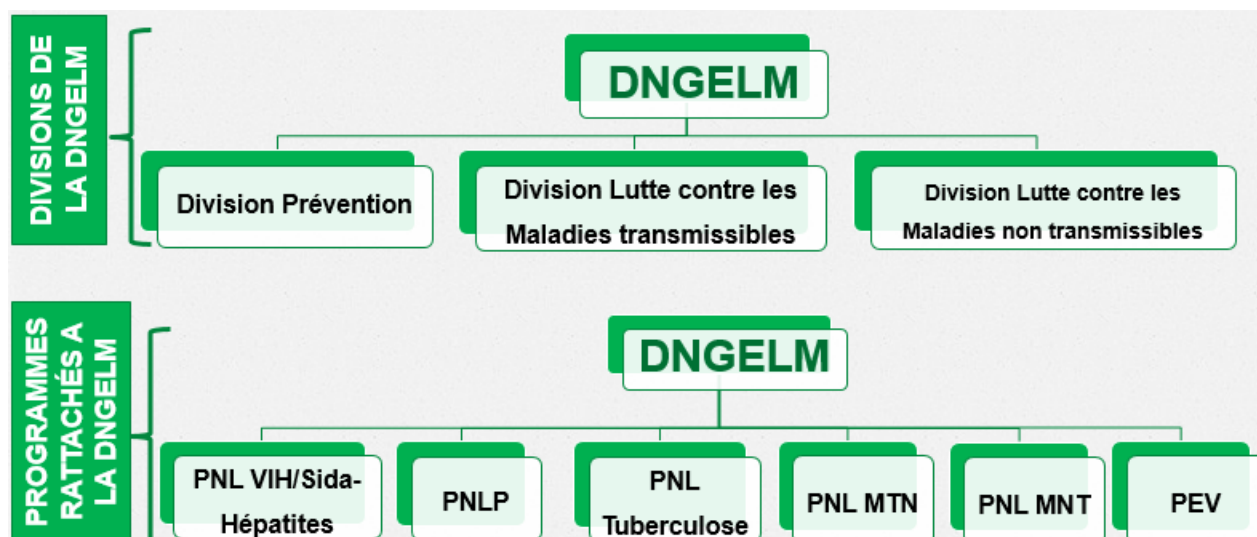
1. Information préalable du MS sur les fonds à mettre à la disposition des structures sanitaires
2. Poursuite de la déconcentration des fonds aux structures opérationnelles
3. Respect du code de travail guinéen qui fixe un SMIG
4. Mise en place d'un système de suivi de l'évaluation des fonds mis à disposition

Conclusion

- L'année 2018 est une année de transition pour mieux appréhender les problèmes
- L'année 2019 sera une année d'application et d'actions.
- Elle appelle un changement de paradigme par tous.

Défis de la lutte contre la maladie en Guinée : rôle et responsabilité de la DNGELM, présentation directeur Dr. Timothée CTC 1.10

Organisation de la DNGELM



Source : Défis de la lutte contre la maladie en Guinée: rôle et responsabilité de la DNGELM, présentation 15. Oct. 2018 CTC, Dr. Timothée

Défis dans la lutte contre les IST/VIH/SIDA et Hépatites	Defis dans la lutte contre le paludisme
<ul style="list-style-type: none"> - Maitrise de la gestion des stocks: approvisionnement, distribution et suivi des consommations; - Amélioration de la capacité du niveau opérationnel(DRS/DPS); - Meilleure coordination des supervisions au niveau périphérique - Rénovation des locaux du PNLSH: appui FM pour 2 ans; - Engagement de l'État: amélioration du rythme des décaissements - Disponibilité du financement pour les hépatites 	<ul style="list-style-type: none"> - Maintien et amélioration des acquis ; - Amélioration de la contribution de l'État; - Organisation correcte de campagne MILDA en 2019 dans toutes les régions y compris a Conakry qui a un GAPS a combler de 850000 MILDA - Respect des protocoles de PEC du paludisme dans les formations sanitaires privées, parapubliques et dans les hôpitaux

Défis dans la lutte contre la tuberculose et la co-infection TB/VIH

- Renforcement de la collaboration entre les programmes TB et VIH afin d'assurer l'approvisionnement régulier et suffisant en tests VIH et en ARV pour tous les malades tuberculeux;
- Redynamisation du Comité national TB/VIH et l'instauration de comités régionaux ;
- Dépistage du VIH et des services de conseil aux patients présumés ou diagnostiqués tuberculeux
- Insuffisance de ressources humaines au PNLAT
- Disponibilité de laboratoires de référence des cas de tuberculose pharmaco résistante
- Disponibilité de financement issu de sources nationales

1.2 Activités DRS/DPS

Ressources humaines (RH)

Extraits réunion CTC 10/2018

La mutation des agents de l'intérieur vers la capitale sans l'avis des autorités locales réduisant ainsi la disponibilité en personnel (CTC)	Réfléchir sur la gestion des ressources humaines tant dans la planification, le recrutement, l'affectation que dans la fidélisation.
Politique des Ressources Humaines non encore achevée <ul style="list-style-type: none">- Ambiguïté des relations fonctionnelles et hiérarchiques	Plan de recommandations <ul style="list-style-type: none">13. Renforcement de la fonction de contrôle et d'inspection14. Cadre de gouvernance basée sur les résultats à tous les niveaux du système de santé ;15. Amélioration du Financement avec le FBR16. Renforcement des Ressources Humaines avec l'élaboration de la PNRHS

GIZ Rapport de l'analyse situationnelle intégration VIH SR

Il ressort des discussions que la question de Ressources Humaines est un problème épineux au Ministère de la Santé depuis des décennies. Ce problème se résume par l'insuffisance de personnes qualifiées, l'inégalité dans la répartition : 17% des professionnels de la santé du secteur public servent dans les zones rurales pour couvrir 70% de la population du pays, contre 83% en zones urbaines pour 30% de la population générale de la Guinée. La région de Conakry, avec 15% de la population nationale, dispose de 49% du personnel professionnel de la santé.

L'absence de plan de carrière, l'absence de mesures incitatives et de motivation pour le maintien des agents à leurs postes constituent des facteurs de mobilité des agents de santé. Dans les structures sanitaires publiques visitées, les responsables reconnaissent que les services sont tenus par des agents

qui n'ont pas une formation spécifique de VIH et ou SR, parfois, il s'agit des stagiaires (jeunes sortant des écoles professionnelles et ou de l'Université).

Planification des activités (PAO) - cadre de performance

Causes profondes du faible degré de mise en œuvre des PAO DRS/DPS en 2017/18 (CTC, 10/2018)

Source : Analyse du Plan d'action opérationnel 2018 intégré du Secteur de la Santé, Dr Yéro-Boye CAMARA, DGA du BSD, Ministère de la Santé (MS), 1^{ère} session 2018 Comité Technique de Coordination (CTC), 15-18 oct.

Leçons apprises

- Principaux documents stratégiques du MS (PNDS, Feuille de route, SRMNIA...), plans des services centraux et plans de coopération avec les PTF peu ou pas connus par les services déconcentrés du MS
- Appui du niveau central et des PTF aux services déconcentrés relativement faible pour la planification opérationnelle
- Documents stratégiques peu pris en compte dans le processus de planification opérationnelle en périphérie
- Plans opérationnels (services déconcentrés, centraux et PTF) non intégrés, non harmonisés (détachés les uns des autres)
- Certaines activités planifiées sans financement
- Risque important de chevauchement et de retard dans la mise en œuvre
- Incohérence entre l'allocation des finances du PAO et les objectifs stratégiques du PNDS ou les priorités du MS
- Méconnaissance des principaux documents stratégiques
- Erreurs de classement des activités par objectif du PNDS ou priorité du MS, faute de critère à cet effet

Processus d'élaboration du PAO 2019

- Révision des guides d'élaboration des PAO, par niveau
- Formation du personnel à l'utilisation des guides
- Elaboration des PAO par niveau
- Consolidations préfectorales et régionales sous supervision du niveau central
- Consolidation des PAO au niveau central par une équipe du BSD, de la DAF et des PTF

Recommandations

- Diffuser les principaux documents stratégiques du MS (PNDS, Feuille de route, SRMNIA...),
- Partager les plans des services centraux et plans de coopération avec les PTF avec les services déconcentrés au moment de leur planification
- Elaborer les PAO de façon conjointe (Fournir l'appui technique approprié du niveau central et des PTF aux services déconcentrés au moment de la planification opérationnelle
- Définir une codification/des critères de classement des activités par objectif du PNDS ou priorité du MS

Plan d'action opérationnel intègre du secteur de la sante-2019

N° Activité	Orientations stratégiques du PNDS 2015-2024	Libellé de l'activité	Entité du MS responsable	Coût en GNF	Coût en USD	Coût en EURO	T1	T2	T3	T4	Source de financement (Bailleurs de Fonds)	Type de sources de financement	Partenaires	Niveau Bénéficiaire	Catégories de coût	Sous catégories de coût

PBF – Performance Based Financing

Rapport du 74ème cours FBR (Financement Basée sur les Résultats), du 10 au 22 Septembre 2018 à Coyah, Guinée

RESUME du 74ème COURS FBR et RECOMMANDATIONS

Le présent rapport rend compte du déroulement du 74ème cours international RBF tenu à Coyah en Guinée du 10 au 22 septembre 2018. Il y avait 43 participants gouvernementaux des niveaux central, régional et de district, trois représentants des partenaires et un représentant du secteur privé. Il y avait 31 fonctionnaires du Ministère de la santé, huit du Ministère de l'Administration Territoriale et de la Décentralisation et trois du Ministère des finances.

L'impact du 74ème cours RBF s'est reflété dans la bonne qualité des plans d'action des groupes (voir le présent rapport). Le score moyen de prétest était de 32% ce que signifie un progrès de 30% par rapport au posttest de 62%. Les trois participants suivants ont obtenu la « mention favorable » pour leur test final avec un score de 83% :

- Dr Ahmed Sekou Tidiane BARRY Ministère de Santé – DNESH
- Dr Moussa SOUMAH Ministère de Santé – SNAS
- Dr Houssainatou BAH DPS Dubreka

Contexte

Pour répondre aux besoins sanitaires de la population, le Ministère de la santé a expérimenté par le passé plusieurs approches visant à améliorer la qualité et l'efficacité des services de santé en Guinée. Malgré ces efforts, l'analyse de la situation des soins de santé révèle que de graves problèmes de qualité et d'efficacité persistent.

La qualité médiocre et l'inefficacité ont donc été au centre des préoccupations du Plan National de Développement de la Santé (PNDS) 2015-2024 et le Ministère de la Santé a identifié le financement basé sur les résultats comme une approche de réforme importante.

La première expérience en Guinée avec le FBR a été mise en œuvre dans la région de Mamou lors du projet pilote 2016-2018 qui couvrait 19 structures de santé. Il était soutenu par diverses organisations partenaires, notamment l'ONG Health Focus, le KIT Amsterdam, HDP Rwanda, la Banque mondiale et la GIZ. Les résultats ont été encourageants avec: a. Une augmentation substantielle du nombre de consultations curatives primaires dans les structures de santé FBR par

rapport à la période précédente ; b. Une augmentation significative du nombre de références et de contre-références entre les centres de santé et l'hôpital régional et ; c. Une amélioration considérable du score de qualité des structures de santé.

Sur la base de ces résultats et également des résultats prometteurs avec le FBR dans d'autres pays tels que le Burundi, le Rwanda, le Cameroun, le Zimbabwe et la RDC, le gouvernement s'achemine vers une phase pilote plus robuste dans quatre régions couvrant au total environ 2 à 4 millions d'habitants. Au cours de cette phase pilote, il sera décidé dans quelle mesure le FBR deviendra la politique nationale en Guinée.

C'est dans ce contexte que le ministère de la Santé, en collaboration avec ses partenaires comme la Banque mondiale, KfW et GIZ, a organisé le *premier* cours international RBF en Guinée.

But et objectifs du cours FBR

Le **but** du cours est de contribuer à l'amélioration de l'état de santé de la population en offrant des paquets d'activités de qualité d'une manière efficiente qui soit aussi (financièrement) accessibles pour la population.

Les objectifs du cours

- Comprendre ce que les marchés de santé font bien, mais aussi leurs défaillances, comment les corriger en appliquant des instruments fondés sur les mécanismes de marché;
- Atteindre une masse critique d'acteurs qui adhèrent au FBR et qui remettent en cause le système traditionnel d'input.
- Maîtriser les théories FBR, les meilleures pratiques et les outils pertinents pour sa mise en œuvre ;
- Développer les aptitudes et les attitudes pour pouvoir créer le changement.

Les points forts identifiés par les participants pour l'introduction du FBR

- Le Ministère a développé des initiatives de développement d'une approche unique du FBR sous leur leadership ;
- Une bonne volonté politique avec l'adoption du FBR comme intervention prioritaire du PNDS 2015-2024. Cette volonté est illustrée par la présence du Ministre d'État de la Santé à la clôture du 74^e cours FBR le 22 septembre 2018 à Coyah le Dr Edouard Niankoye LAMA ainsi que le Secrétaire Générale du Ministère de la santé, le Dr Sekou CONDE et le Représentant de l'OMS Dr Georges Alfred KI-ZERBO ;
- Un intérêt manifeste des partenaires.

Analyse des problèmes par les participants du système de santé en Guinée

- La Cellule Technique Nationale FBR n'a pas encore été mise en place ;
- Les structures de santé privées ne sont pas encore intégrés dans le système de santé national et ne reçoivent pas le même soutien que les structures de santé publics ;
- Il n'y a pas encore une bonne séparation des fonctions, en particulier des autorités de régulation, de la prestation de services de santé, du développement et de la vérification des contrats, du paiement et de la voix des consommateurs ;

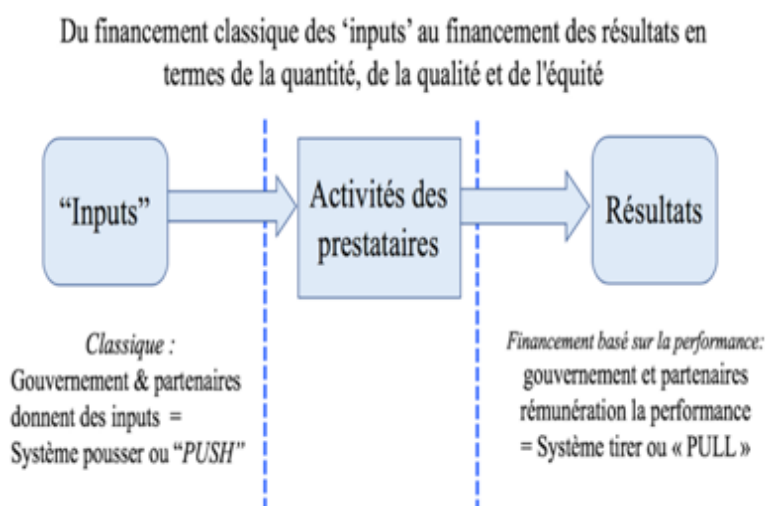
- Le système central de planification et distribution des inputs est toujours en place. Il existe un monopole dans l'achat des intrants par l'État à travers la Pharmacie Centrale de Guinée au détriment des autres fournisseurs ;
- L'autonomie des structures de santé publics est encore limitée en matière d'achat des intrants, de gestion des ressources humaines et de tarification ;
- Le financement FBR pour le programme FBR financé par la KfW et la Banque est trop faible par rapport à la population cible prévue avec moins de 4 dollars par personne et par an ;
- Il y a le recrutement centralisé du personnel des structures de santé publics, ce qui entraîne une répartition inégale du personnel qualifié surtout dans les zones rurales.
- Il existe plusieurs initiatives de soins de santé gratuits généralisés qui ne sont pas efficaces au lieu d'appliquer les instruments de soins de santé gratuits ciblés FBR.

Les problèmes ci-dessus ont conduit les participants du niveau central à constater que, dans la situation actuelle, le score de faisabilité du FBR n'était que de 28% ou 14 points sur 50. Le résultat souhaité du score pour un programme de FBR réussi devrait être de 80% ou plus. Les participants ont donc conclu que des améliorations significatives devaient encore être apportées dans le montage du nouveau programme pilote FBR en Guinée.

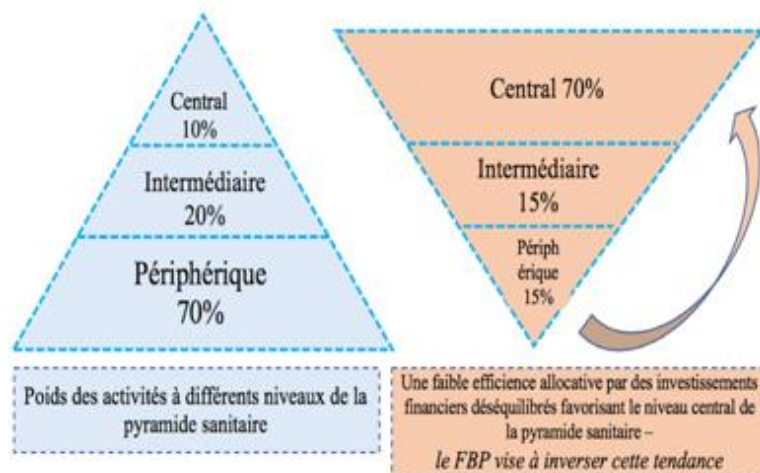
Recommandations du cours

Pour le Ministère de la Santé

1. Changer le paradigme « input » qui signifie l'achat centralisé des intrants par celui du paradigme « outputs » ou « performance » ce qui signifie qu'on contractualise, vérification et un paiement pour des résultats et de la performance déjà réalisés. On trouve ce changement de paradigme dans l'illustration suivante d'aller de « push (pousser) vers pull (tirer) ».

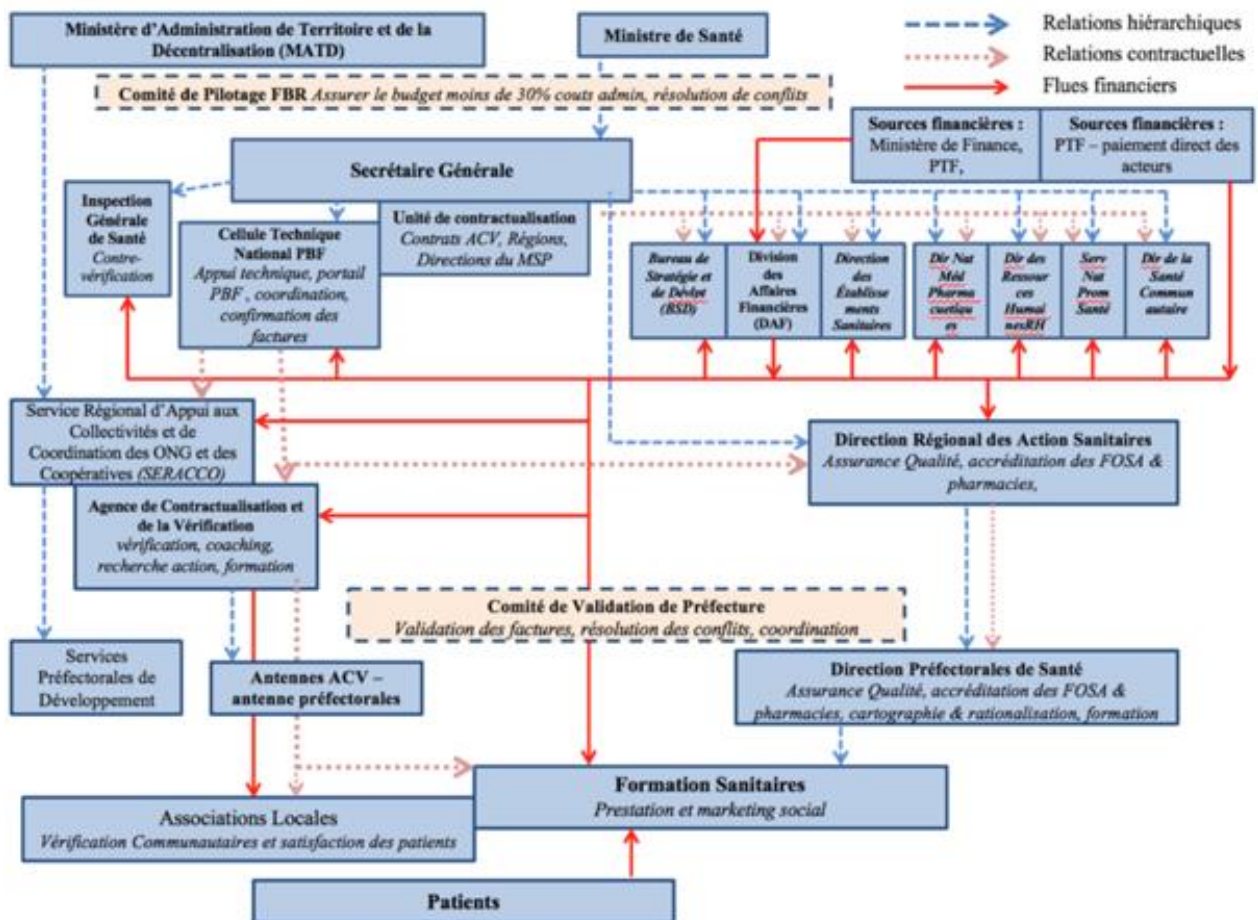


2. Injecter au moins 70% du budget public disponible du gouvernement et des partenaires directement dans les structures décentralisées (les CDS, les hôpitaux et les communautés). Cette approche est plus efficiente à travers de la connaissance supérieure des acteurs économiques décentralisés de l'offre de soins sur leurs besoins ainsi que l'importance pour créer des effets économiques multiplicateurs pour la croissance économique et la création de l'emploi dans l'économie locale du pays. Ce changement de paradigme est d'inverser la tendance de centraliser les décisions d'allocation des ressources. Il est illustré dans la figure suivante.



3. Créer d'urgence la Cellule Technique Nationale FBR intégrée au Ministère de la santé.
4. La pérennisation de l'approche FBR à travers un montage des ACV Régionales dans des structures déjà existantes (SERACCO-Service Régional d'Appui de Contrôle et de la Coordination des ONG, SPD-Service Préfectoral de Développement). Lors du cours FBR nous avons discuté une possibilité de montage institutionnel qui pourrait réunir les critères d'appropriation du FBR par le gouvernement et les Ministères concernés comme notamment aussi le Ministère d'Administration Territoriale et de la Décentralisation. Il faut signaler que les contrats entre la CTN-FBR et les Agences de Contractualisation et de la Vérification Régionales pourraient se faire sous la coordination directe des structures décentralisées comme celui de SERACCO. Ainsi les contrats ne nécessitent pas des appels d'offre internationales qui ont tendance à durer pendant des mois voir l'année, qui ne sont pas appropriés par les acteurs locaux et de retarder l'introduction du FBR. Cependant lors des discussions, il est également ressortie qu'il existe à court terme déjà des initiatives de certains PTF à introduire le FBR dans certains régions tel que la KfW et qu'il fallait tenir compte des engagements pris dans le cadre de la mise en œuvre des projets/programmes financés par les PTF.

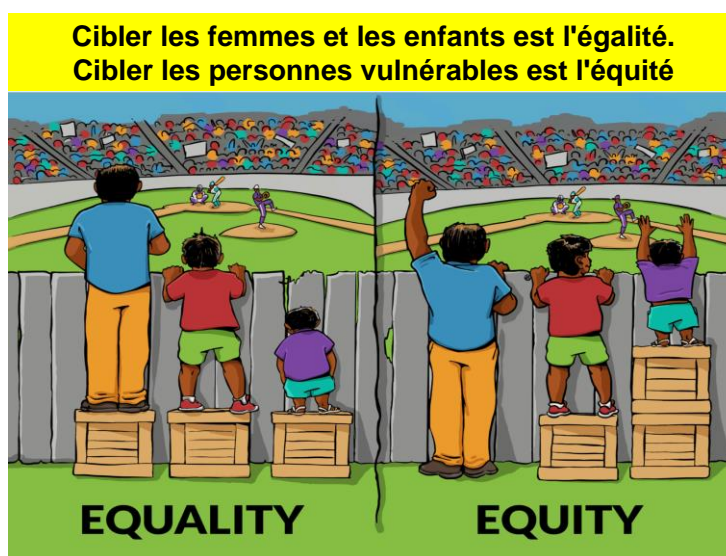
La figure suivante illustre les fruits des discussions pendant le cours.



5. L'importance de l'intégration du secteur privé et leur meilleur accompagnement dans le système de santé. Cette importance est illustrée par le constat que par exemple la Préfecture de Coyah a seulement six structures publiques et plus de 110 structures privées. Cela signifie que la majorité des contacts de santé sont réalisés par le secteur privé. L'enjeu est que le régulateur devrait mieux réguler et accréditer les structures de santé du secteur privé. Les ACV régionales peuvent offrir des contrats de performance aux structures privées qui sont capables de rendre les paquets d'activités au niveau primaire et secondaire de qualité qui respecte les normes définies par le Ministère de Santé. Ainsi les prestataires privés devraient avoir la même opportunité d'obtenir des contrats FBR que les prestataires publics.
6. Les autorités de régulation au niveau des préfectures devraient faire annuellement la cartographie et le découpage en unités (zone de responsabilité) pour une population cible d'entre 5000 (rural) et 14000 (urbain) pour le niveau primaire (CS) et 150 - 250 000 pour les hôpitaux de première référence.
7. Associer des organisations communautaires dans la mise en œuvre du FBR. Dans le FBR cela implique le financement des indicateurs communautaires comme ceux de la visite à domicile, l'identification des vulnérables, l'identification des malnutris et le suivi des abandons.
8. Accorder l'autonomie de gestion aux structures sanitaires pour l'achat des intrants, la gestion des ressources humaines et la tarification. Ces préalables du FBR nécessitent des dérogations vis-à-vis de certains textes pour les zones FBR.
9. Assurer la motivation et la fidélisation du personnel surtout en zone rurale à travers des primes de performance variables.
10. Appliquer les instruments d'équité en FBR :

- a. Des subsides élevés pour les *biens publics, externalités positives*, comme la planification familiale, la vaccination, la prévention de la transmission de tuberculose ou de la maladie à virus Ebola.
- b. Les subsides, pour les services curatifs, qui réduisent les tarifs du recouvrement de coûts. comme le traitement du paludisme, des Insuffisances Respiratoires Aiguës (IRA), de la diarrhée, du diabète, etc. Cela donne un signal pour que les prestataires publics et privés baissent leurs prix.
- c. *Les bonus régionaux, ou de district* qui corrigent la différence entre les régions et districts pauvres et riches.
- d. *Les bonus des structures* qui corrigent les différences entre les FOSA.
- e. Les *fonds d'équité individuels*. ce qui permet aux prestataires d'exempter ces patients de paiements directs.
- f. Subsides élevés pour le curatif *en cas de crises*. Les subsides plus élevés pour les établissements de santé qui sont dans des situations d'urgence humanitaire ou naturelle afin qu'ils puissent exempter une grande proportion de la population des paiements directs.

L'image suivant illustre la différence entre l'égalité qui bénéficie tout le monde inclusivement les fortunés (= gratuité générale) et l'équité ou la gratuité ciblée qui bénéficient surtout ceux qui sont vulnérables. L'approche FBR vise surtout le concept d'équité comme expliqué dans les six instruments équité FBR ci-haut.



11. La nécessité d'avoir un manuel de procédures national du FBR unique pour le Ministère de la santé et non des manuels de procédures des projets des différents partenaires. Bien sûr, cela n'exclut pas que chaque partenaire aura son manuel de procédures qui spécifie les aspects spécifiques opérationnels ;
12. Trouver des financements de l'État pour le FBR à travers la transformation des lignes existantes de la Loi de Finances.

Recommandations aux DRS et DPS, SERACCO, DMR et Collectivités Locales

13. Trouver le financement pour la poursuite de l'expérience de FBR dans le district sanitaire Mamou (GIZ?);
14. Commencer dès le retour à préparer les responsables administratifs, élus locaux, société civile, prestataires de santé à la mise en place du FBR dans les districts et régions de la phase pilote;
15. Faire la cartographie des structures publiques et privées ;
16. Faire le plaidoyer en faveur du FBR au niveau des autorités gouvernorats / communales / communautaires et organisations de la société civile pour leur participation effective ;
17. Susciter/stimuler la création d'associations locales dans les zones qui n'en disposent pas ;
18. Appuyer les districts sanitaires dans le processus de mise en place du FBR.

Recommandations aux partenaires techniques et financiers

19. Changer la pratique de subvention basée sur les inputs par celle basée sur les outputs ;
20. Soutenir l'extension de la mise en place du financement basé sur les résultats dans d'autres régions et préfectures du pays ;
21. Réaffecter la totalité du budget de la composante infrastructure et équipements à la composante FBR (KFW).

Recommandations des groupes spécifiques du cours FBR de Coyah

Groupe des hôpitaux

- Le gouvernement et les PTF doivent allouer un budget FBR à hauteur d'au moins 4 USD par habitant et par an ;
- Faire le recrutement des ACV ;
- Prendre les dispositions institutionnelles requises au niveau central comprenant les procédures de vérification, de validation et de paiement à l'échelle nationale des subsides FBR et commencer à négocier pour que les meilleures pratiques de réforme du FBR remplacent les lois et procédures en vigueur dans les structures de santé du FBR ;
- Revoir les indicateurs FBR des hôpitaux qui sont adaptées aux orientations internationales ;
- Le groupe des hôpitaux propose de restituer les résultats du cours FBR aux autorités préfectorales et au personnel des hôpitaux ;
- Initier le système FBR à partir des recettes propres des hôpitaux en utilisant l'outil indice du FBR ;
- Assurer la perception de toutes les recettes de recouvrement de l'hôpital au bureau des entrées et faire les versements à la banque ;
- Utiliser rationnellement les Bonus d'Amélioration de Qualité ou des unités d'investissement pour l'amélioration de l'infrastructure et de l'équipement des hôpitaux.

Groupe du niveau central

- Intégrer le FBR dans l'ordre du jour du prochain comité technique de coordination (CTC) et des partenaires ;
- Favoriser l'adoption de la stratégie de financement basé sur les résultats dans le système de santé guinéen par les autorités compétentes comme les directions du ministère, au conseil de cabinet et à la réunion de cabinet de Ministre ;
- Élaborer le projet de texte relatif à la mise en place de l'organe national de coordination de l'assurance qualité et actualise des normes de l'offre de soins. Cela inclut d'identifier, valider et disséminer les paquets de soins (PMA et PCA) ;
- Planifier la mise en place d'un cadre de concertation avec le secteur privé ;

- Planifier l'intégration des structures du secteur privé lucratif et non lucratif dans le système d'information et le suivi de la qualité des prestations ;
- Planifier la révision des normes et standards de l'offre de soins et les indicateurs quantitatifs et qualitatifs ;
- Planifier l'organisation de l'évaluation par les pairs des hôpitaux.

Pharmacie Centrale de Guinée (PCG)

- Élaboration du rapport de la participation du Chef de service des Ressources Humaines à la 74ème formation sur le FBR. Présenter ce rapport à tous les cadres de PCG ;
- Sensibiliser pour le FBR en organisant des échanges avec des collègues ;
- Proposer une équipe technique pour l'élaboration des outils FBR/PCG ;
- Élaborer un plan de business FBR – PCG
- Faire un plaidoyer de financement auprès des PTFs pour l'intégration du système FBR dans les activités de la PCG et des autorités de la régulation du marché pharmaceutique.

Groupe de KfW

Les régions de Kindia et Boké sont éligibles au Projet « Promotion de la santé reproductive et familiale » financé par le KfW qui concerne le financement d'un programme d'amélioration de l'offre et d'augmentation de la demande des services de Santé Reproductive avec trois composantes : 1. Infrastructure (réhabilitation, extension et équipement) ; 2. Paiement basé sur les résultats (Results based financing = FBR) et ; 3. Communication, sensibilisation et distribution à base communautaire.

Les problèmes :

- Le projet KfW a trois composantes avec des budgets différents. Le coût de la composante FBR n'atteint pas 4 \$US par habitant et par an, mais seulement 1,30 \$US au niveau de la zone du projet ;
- Les FOSA et les autorités ne sont pas informées et sensibilisées sur le PBF ;
- Le personnel n'est pas formé sur le FBR ;
- La cartographie et le découpage des aires de santé ne sont pas réalisés ;
- Les stratégies du partenariat public-privé ne sont pas encore inclut dans le montage du projet.

Recommandations :

Scénario 1: Réaffecter la composante budgétaire unde KfW pour les infrastructures / équipements à la deuxième composante du FBR en modifiant la stratégie pour toutes les composantes du financement d'input centralisé au financement décentralisé basé sur les performances.

Scénario 2: Réduisez la zone de couverture. Sélectionnez une population de manière à ce que le budget annuel par habitant soit de 4,00 USD. Cela pourrait entraîner le choix de deux districts dans les deux régions.

Scénario 3: Mettre au point une approche commune associant le gouvernement et les différents partenaires afin de garantir que, dans les zones FBR, tous les indicateurs seront incités et que le budget atteint au moins 4,00 USD par personne et par an. Tenez compte de tous les indicateurs de résultat du paquet minimum de santé et du paquet complémentaire de santé au lieu de concentrer uniquement sur la santé de la reproduction. Ceci pour éviter que le projet KfW ne devienne un programme vertical au détriment des indicateurs non-incités. Créer une structure qui intègre la

contribution de tous les donateurs (CTN-FBR). Mettez au niveau de SERACCO régional une structure d'État durable, l'ACV plutôt que l'AGFA.

Société civile / OCASS

Information sur OCASS -2 (4 – 9. 2018)

Source : Rapport des activités semestriels de l'Observatoire Citoyen d'Accès aux Services de Santé (OCASS-2) - du mois d'Avril au mois de Septembre 2018

1. Mission exploratoire de RAME en Guinée

2. Organisation de l'atelier d'échange et partage avec les acteurs parties prenantes

Facteurs ayant pesés négativement sur les activités de l'OCASS ont été cités :

- Dysfonctionnement dans les procédures et normes de gestion des fonds ;
- Manque de coordination entre les collecteurs et les superviseurs ;
- Le défaut de rémunération ;
- Crise de confiance entre le porteur du projet et les acteurs de mise en œuvre d'une part et entre les partenaires financier (EF) et technique (RAME) d'autre a eu pour conséquences l'arrêt des activités de collectes et la production de rapports ;

3. Identification des partenaires stratégiques du projet OCASS 2

Les associations permettront à l'observatoire d'atteindre efficacement les objectifs assignés intervenant dans les domaines : a.) Santé ; b.) Droit ; c.) Communication ;

4. Réunion de synthèse – 04/2018

- Le rôle des volontaires de la croix rouge reste une question à débattre
- La rencontre avec les populations clés (HSH, AJFDG), qui ont affirmé leur adhésion dans la seconde phase d'OCASS
- Avec MSF qui a apprécié la relance des activités d'OCASS II en Guinée, et ont exprimé leur disponibilité à accompagner la nouvelle structure porteuse du projet.
- Avec OSIWA, le projet OCASS 2 a été présenté aux responsables présents, à ce niveau OSIWA s'est montré prêt à travailler avec le nouveau dispositif qui sera mis en place. Afin de contribuer aux renforcements des capacités des acteurs du projet OCASS 2
- Avec REGAP+, la rencontre n'a pas duré plus de quinze minutes. En conséquence, le REGAP+ a fait savoir qu'il ne participera pas à OCASS 2.

5. Organisation d'une réunion avec les associations de PVVIH pour désigner leurs représentants

6. Organisation d'une réunion préparatoire de la mise en place du COPIL (2 Juillet 2018)

7. Mise en place des membres du comité de pilotage

a.) Les structures et associations de la société civile, b.) Les structures et ou institutions du ressort des partenaires techniques et financiers (PTF) ; c.) Groupe des champions ; d.) Observateurs

8. Elaboration d'une charte d'éthique

9. Lancement officiel du projet OCASS-2 (12.10.2018)

Résultats atteints

- Une mission exploratoire de la coordination régionale du RAME est effectuée ;
- Les ateliers de replanification, de partage et d'échange avec les acteurs de la société civile sont tenus ;
- Les membres du comité de pilotage sont mis en place et fonctionnel ;
- Le processus de recrutement des agents collecteurs et des superviseurs régionaux sont lancés ;
- Une série de prise de contact est réalisée au niveau de certains partenaires techniques et financiers et les acteurs de la SC est tenue ;
- Un document de charte d'éthique des agents collecteurs et des superviseurs régionaux est élaboré
- Un pool de champion est contacté et mis en place ;

Sociétés minières – appui au système sanitaire ?

Code minier de 1995 : Selon l'article 142, « les droits, redevances et taxes sont répartis entre les budgets de l'Etat, des collectivités locales et du Fonds de Promotion et de Développement Minier. Les taux de répartition sont fixés par arrêté conjoint du Ministre chargé des finances et du Ministre chargé des mines ».

Dans l'esprit d'explicitier l'article 142 du code minier, la note de service N° 0020/MMGE/03 en date du 31 juillet 2003, signé par le Secrétaire Général du MMG, fixe la répartition des taxes minières et celles de l'exploitation des carrières comme suit :

- Budget national : 20% ;
- Budget préfectoral : 25% ;
- Budget CRD : 25% (dont 10% pour le district concerné) ;
- Fonds Minier : 30%.

Les sociétés minières en Guinée sont tenues de conclure des accords de développement communautaire avec les communautés voisines où de telles questions devraient être négociées. Mais comme le travail de réglementation n'est pas encore terminé, cela n'est pas pratiqué.

Stratégie de développement économique durable des zones minières

Actuellement la seule stratégie nationale de développement communautaire qui est considérée comme une politique nationale est l'approche développée par le Programme d'Appui aux Communautés Villageoises (PACV). Elle est orientée sur le déroulement d'un processus de planification participative qui permet à la communauté d'élaborer son Plan de Développement Local (PDL) et un Plan d'Investissement Annuel (PIA) dont la mise en œuvre relève exclusivement de la responsabilité du Conseil Communal.

Trois types d'interventions existants :

Interventions par le biais de l'administration local

- Préfecture de Boké avec la CBG de 1987 à 1998 et dans les deux sites miniers gérés par Rusal (Rusal / Friguia à Fria et Rusal / Débélé à Kindia).

Approches projets

- Siguiri avec la SAG
- Dans la préfecture de Boké avec Rio Tinto / Alcan et l'AFD pour un projet de construction d'une usine d'alumine
- Beyla avec Simfer (Rio Tinto)
- Kouroussa avec la SEMAFO

Interventions directes qui sont proches du philanthropisme.

« Les enjeux de la gouvernance du secteur minier en Guinée », GLZ, 3/2011 – article
Guinée politique.com

2. Subvention VIH

Insuffisance de coordination de l'intégration des services SRMNIA et VIH liée à l'absence de dialogue entre les deux directions nationales DNSFN et DNPSC

D'après le document « Intégration du concept de la planification familiale et de la contraception dans les documents de counseling VIH en Guinée, 2017 élaboré par la GLZ, il existe des goulots d'étranglement/lacunes liés à l'intégration des services de SRMNIA et VIH ; il s'agit essentiellement d'un problème d'encrage de la PTME : La PTME est une unité du PNLSH, ce programme relève de la Direction Nationale de la Prévention et Santé Communautaire, tandis que la CPN relève du PNMSR, de la Direction Nationale de la Santé Familiale et Nutrition (DNSFN). Or la PTME est une composante de la CPN ;

Cette planification séparée entraîne :

- Non prise en compte des problèmes spécifiques de l'un de l'autre programme ;
- Doublons de ligne budgétaire par rapport à certaines activités ;
- Pertes de ressource financière (supervision séparée pour les mêmes agents ;

Cette situation pourra avoir évolué avec la réorganisation au niveau du MS, la création du DNGELM et autre, mais il sera utile d'examiner cette situation

Dépistage des Conjointes

Facteurs limitant l'implication des conjoints aux activités de la PTME dans la commune urbaine de Mamou, GIZ ¹

Commentaires et discussions :

La présente étude avait pour but d'identifier les principaux obstacles à la participation des hommes aux activités de la prévention de la transmission de la mère à l'enfant du VIH (PTME). L'approche utilisée est l'évaluation de la perception par des discussions de group au près des hommes, des femmes enceintes et des interviews approfondis au près du personnel de santé et leurs responsables hiérarchiques, sur les obstacles qui limitent la participation des hommes aux activités de la PTME. Ces différentes cibles sont les principaux acteurs des programmes de PTME. Bien que la méthode utilisée ait permis en un temps court de collecter de riches informations sur les principaux obstacles qui empêchent les hommes de participer aux activités de la PTME dans la commune urbaine de Mamou. L'organisation de cette enquête dans d'autres régions de la Guinée permettrait de vérifier dans quelle mesure, les résultats obtenus sont influencés par le contexte local dans lequel l'étude a été réalisée.

Les résultats indiquent, malgré les progrès obtenus en matière de traitement antirétroviral ces dernières années, que le Sida est une maladie qui fait peur à la population. Plusieurs facteurs ont été invoqués à la fois par le personnel de santé, les hommes et les femmes enceintes pour expliquer la faible participation des hommes aux activités de PTME. Comme le montre le document de l'OMS portant sur « Impliquer les hommes dans la prévention de la transmission mère-enfant du VIH »², ces facteurs peuvent être classés en trois catégories :

La première catégorie regroupe, les facteurs liés aux connaissances sur le VIH, à la discrimination et à la stigmatisation, ce sont :

- La peur d'être stigmatisé et rejeté par la société et les proches ;
- La peur d'une dislocation de la famille ;
- L'ignorance de la maladie et des services disponibles par manque d'informations ;
- La peur de la rupture de la confidentialité ;
- La peur de la culpabilité ou d'être blâmé par les proches ;
- La peur de passer le test à cause des pratiques sexuelles à risque ;
- Le sentiment que le Sida est une maladie sans médicaments ;
- Le déni des résultats et la perception du sida comme une maladie honteuse et imaginaire ;
- La peur des femmes d'informer leur mari de leur statut de séropositivité ;
- Le sentiment de ne plus pouvoir faire des enfants ou de vivre en couple quand l'un des conjoints est séropositif ;
- La conviction que la fidélité au sein du couple est suffisante pour empêcher toute contamination par le VIH ;
- La croyance des hommes à l'origine divine du Sida ;

¹ Toutes les références sont listées dans le document original

² Organisation Mondiale de la Santé : Impliquer les hommes dans la prévention de la transmission Mère enfant du VIH, 2012 P11

- La nécessité de faire le dépistage n'est pas perçue en l'absence des signes de la maladie.

La deuxième catégorie, regroupe les facteurs liés à l'offre, il s'agit de :

- La mauvaise qualité de l'accueil, le long délai d'attente dans les centres de santé et le manque de confiance à la qualité des médicaments et du diagnostic ;
- L'obligation de payer des frais de consultations ;
- La non prise en compte des besoins des hommes dans l'offre des soins en PTME.

La troisième catégorie, regroupe les facteurs liés aux normes sexo-spécifiques, il s'agit de :

- La priorité secondaire accordée à la santé par les hommes par rapport à leurs ; occupations habituelles
- La seule préoccupation des hommes est la procréation de leurs épouses ;
- La réticence des hommes à faire des consultations communes avec leurs épouses et discuter de leur vie privée au centre de santé et d'être examiné par des femmes ou des personnes très jeunes.

L'analyse du premier groupe de facteurs indique que la plupart des obstacles à la participation des hommes aux activités de la PTME est liée soit à un déficit d'informations, soit à la peur de la culpabilité ou du blâme par les proches ou à la peur de la rupture de confidentialité.

La peur de la stigmatisation et du risque de rejet par sa propre famille et par la société, souligné dans les travaux de Le Cœur S et al³ comme obstacle à la participation des hommes à la PTME, a été exprimée par une majorité des participants aux focus group, quel que soit le sexe et de façon intensive par les professionnels de santé. Comme le souligne d'autres travaux, la stigmatisation et la discrimination dont sont victimes les personnes vivant avec le VIH est un obstacle majeur à l'utilisation de la PTME.

Dans la présente étude l'expression des participants pour souligner l'importance de la stigmatisation comme facteur empêchant les hommes de façon générale et le couple en particulier à utiliser la PTME était sans équivoque. Nous avons noté, très souvent dans les focus group, des expressions du genre « ils ont honte de venir parce que, s'ils sont séropositifs, ils seront rejetés par leur famille ».

Les participants à cette étude ont également souligné l'importance qu'ils attachent au respect de la confidentialité qui doit entourer les résultats des tests VIH positifs. Selon eux, la peur de cette rupture de confidentialité peut les empêcher soit à utiliser la PTME ou, en cas de test VIH positif, soit à cacher le résultat au conjoint ou à la conjointe.

Selon les participants, la rupture de cette confidentialité peut émaner à la fois du personnel de santé et ceci est rapporté ici comme un rappel à l'ordre « certains docteurs ici doivent garder leur bouche, ce sont les docteurs qui racontent aux autres que telle personne est ceci ou cela ». Des expressions de ce genre ont été relevées plusieurs fois « si je viens faire le test à l'hôpital, dès que le docteur va voir un autre, il va lui dire l'autre vient de faire le test, il a la maladie. Les docteurs doivent se taire, c'est ce qui est bon pour nous ». Selon les sujets enquêtés, quelque fois la rupture de la confidentialité peut provenir de l'entourage immédiat de la personne séropositive « les hommes ne

³ Le Cœur S et al 2009, « Gender and access to HIV testing and anti retroviral traitement and Thaïlande : Why Women Have more and earlier accès ? », Soc sci Med, vol 69, Num 6, P 846-853

veulent pas que leurs femmes soient au courant parce que certaines parlent trop. Elles vont le raconter partout ».

La peur de la rupture de confidentialité comme obstacle à l'utilisation des tests de dépistage du VIH est également soulignée par Sarah Castle et al⁴ dans leurs travaux portant sur « Encourager les hommes à participer aux services de prévention et de dépistage du VIH Sida : évaluation de l'approche « Men as Partners » en Côte d'Ivoire, année 2013.

Selon les résultats de l'étude, le sida est très souvent associé à des pratiques sexuelles à risque incompatibles avec les normes sociales de la sexualité d'un couple. Cette réalité fait que les hommes, mais aussi les femmes, ont souvent peur d'être blâmés par leur entourage s'ils sont reconnus séropositifs au VIH.

Majoritairement dans les focus, les participants ont affirmé que « les gens ont honte de passer le test VIH, parce que c'est en fréquentant les bars que l'on peut attraper le Sida ». Nous avons noté plusieurs expressions qui témoignent de la peur des hommes à effectuer un test VIH à cause du blâme dont ils peuvent être victimes au cas où leur test VIH serait positif. « D'autres femmes, quand elles sont au courant de la maladie du mari, vont sortir au dehors taper les mains pour dire, mon mari a le Sida.

Elles vont demander le divorce parce que le mari a le sida, elles vont dire que leur mari s'est promené jusqu'à avoir le sida ». En outre, être séropositif est aussi considéré comme une souillure et une atteinte à l'honneur et au prestige de la personne concernée « c'est pour ne pas qu'on dise que, c'est ce grand homme qui a fait la débauche qui est avec la maladie ».

Dans les résultats, un fait noté avec constance pour expliquer les raisons de non utilisation de la PTME par les hommes et même le couple, quel que soit le répondant, est la peur d'une dislocation de la famille quand un des conjoints est séropositif. Ce phénomène a été également noté dans les travaux de Bor R , Gaillard P et al, de Paoli MM Manongi R et al, Kilewo C et al, Medley A et al.

Selon, les résultats de cette étude, le statut de séropositivité est considéré comme incompatible avec une vie de couple « ils savent que le Sida est une maladie grave, si les gens sont au courant qu'un homme a ça, il ne pourra pas se marier à une femme, il ne devra rester avec aucune femme. Certains hommes ont peur de ce côté ».

La peur du divorce est aussi invoquée pour expliquer pourquoi, quand les femmes sont séropositives, elles évitent d'informer leurs conjoints, bien qu'en étant conscientes des risques de transmission du VIH à leurs époux. « Elles ont peur de perdre leur foyer parce que certaines ont déjà fait des enfants et pourtant, elles vont contaminer leurs maris si elles ne le disent pas à ces derniers ».

L'ignorance de la maladie et des services disponibles pour sa prise en charge a été également relevée comme un facteur de blocage important à l'utilisation de la PTME par les hommes comme l'a également souligné Reece M, Hollub A et al⁵. La méconnaissance de la maladie peut aller jusqu'au déni de celle-ci « certains hommes n'ont pas confiance que le Sida existe. Ils pensent que ce n'est pas vrai, ça n'existe pas ».

⁴ Sarah Castle et al « Encourager les hommes à participer aux services de prévention et de dépistage du VIH Sida : évaluation de l'approche Menas Partenars en Côte d'Ivoire, année 2013

⁵ Reece M, Hollub A, Nangami M, Lane K. Assessing male spousal engagement with prevention of mother-to-child-transmission (pMTCT) programs in western Kenya. *AIDS Care*, 2010,22 (6): 743-750

Le déni de la maladie est plus accentué quand il s'agit d'un test VIH positif sans manifestations cliniques de la maladie « Ils m'ont dit que j'ai ça, mais ce n'est pas vrais. Celui qui a dit ça, le dit seulement parce que moi, je mange à ma faim, je fais tout mon travail comme je le veux, je n'ai pas cette maladie ».

Selon les résultats de l'étude, les hommes seraient beaucoup plus enclins à utiliser la PTME s'ils étaient mieux et suffisamment informés « C'est la méconnaissance qui amène la négligence des hommes à consulter les services de PTME, sinon, si tu es suffisamment informé, tu as compris, tu vas mettre ça dans ton esprit, tu s'auras si c'est vrai ou pas. Si tu es père de famille, tu as une femme, si c'est la femme seule qui se soigne, là tu sais que la maladie ne va pas quitter dans la famille ». Quelques fois c'est une combinaison de facteurs qui est évoqué pour expliquer la non utilisation de la PTME par les hommes. « Les gens ne sont pas informés, aussi ce qu'on apprend en ville sur ceux qui ont fait le test VIH ne permet pas aux hommes de venir au centre de santé ».

La fidélité au sein du couple est souvent considérée comme une norme sociale de grande valeur pour protéger les conjoints du VIH. Cette opinion a été exprimée spécifiquement par les femmes pour justifier le non recours au test VIH pour un homme quand sa femme lui est fidèle. « Certains hommes ne viennent pas parce qu'ils ont confiance à leurs femmes, mais aussi parce qu'ils sont en bonne santé ».

Un des facteurs de réticence du couple à utiliser la PTME est la peur de ne plus pouvoir faire des enfants en cas de test VIH positif d'un ou des deux conjoints.

Une majorité d'hommes et une minorité de femmes, considèrent que la séropositivité d'un des conjoints est incompatible avec la procréation « si l'homme n'a pas la maladie, la femme est séropositive, le couple peut aller à l'hôpital pour avoir les préservatifs, s'il aime sa femme, il ne veut pas se séparer d'elle, ils peuvent utiliser les préservatifs lors des rapports sexuels à tout moment. Mais la confiance au sein du couple et faire les enfants, ça c'est fini »

Dans le deuxième groupe de facteurs qui empêchent le couple à utiliser la PTME, nous avons regroupé les facteurs attribuables aux établissements de soins.

Les résultats de cette étude, et comme l'ont montré d'autres auteurs : Barry ibrahima, BARRY.I.S⁶ indiquent que la mauvaise qualité de l'accueil est un facteur de découragement des hommes à utiliser les services de santé en général et le la PTME en particulier. Une majorité des hommes affirme que la qualité de l'accueil au centre de santé dépend du statut social du client. Celui-ci est bien reçu quand les agents de santé ont le sentiment d'avoir à faire à un homme riche et les autres sont reçus sans aucune considération « lorsque tu viens à l'accueil, il regarde la façon dont tu es pour t'accueillir. Si ta poche est pleine, ou alors tu es venu en voiture, ils s'occupent de toi vite et bien par rapport à celui qui est venu à pied. Le plus souvent, ils disent HEE El hadj venez par-là, assiez- vous et les autres vous passez par-là, attendez »

Dans notre étude, les hommes ont signalé, des attitudes négatives de la part du personnel de santé à leur endroit « pour moi, le personnel du centre de santé n'est pas accueillant. Quand tu viens avec ta femme, on te dit d'aller. A la maternité par exemple, on n'accepte pas que l'homme y entre, tu attends dehors. Malgré la gratuité de l'accouchement, on te prescrit une ordonnance et on exige que tu

⁶ BARRY I, BARRY I.S: *Perception des communautés sur la qualité des prestations offertes dans les structures de santé de la sous-préfecture de Maférinyah, Mémoire pour l'obtention du diplôme d'université en Santé publique et communautaire, Université de Nancy, France, 1999*

achètes les produits sur place. Si tu n’as pas de moyens, ils ne s’occupent pas de toi. Il y a ce défaut dans nos structures sanitaires.

Quand tu n’as pas de moyens ils ne te regardent pas, ils ne savent pas accueillir les personnes. Par exemple quand tu viens avec ta femme, ils t’obligent à sortir en disant que l’homme ne rentre pas ici ». Cette attitude d’hostilité et d’exclusion à l’endroit des hommes a été également signalée dans les travaux de (Theuring et al 2009)⁷.

La non autorisation des hommes à participer à la consultation de leur épouse est d’autant mal tolérée par les hommes que le personnel de santé au terme de la consultation ne fournit aucune information aux maris sur les résultats de celle-ci. « la mauvaise qualité de l’accueil et le fait que le personnel de santé ne fournit aucune information aux époux sur les résultats de la consultation de leurs femmes alors que les époux ne sont pas autorisés à assister à celles-ci sont des facteurs qui limitent la participation des hommes aux activités de PTME ».

Parfois, le jeune âge du personnel de santé est mis en cause pour expliquer la réticence des hommes à utiliser le centre de santé en particulier pour des problèmes de santé aussi sensibles que le VIH. « Lorsque les hommes viennent au centre de santé, ils trouvent souvent des personnes très jeunes pour leur consultation, ils sont très jeunes pour que les hommes acceptent de se confier à eux par rapport à leur problème de santé ».

Le doute qu’ont les hommes sur la qualité des médicaments est aussi souvent évoqué pour expliquer leur réticence à utiliser la PTME « je suis membre de la mutuelle, quand nous venons au centre de santé, on nous donne des médicaments qui ne soignent pas nos maladies, cela nous préoccupe ».

Très souvent, les clients des centres de santé, en particulier les hommes, considèrent que la nature des prescriptions médicales dans les centres de santé ne varie pas beaucoup, quel que soit la maladie. Ils disent par exemple « on donne les mêmes médicaments pour celui qui est malade de typhoïde et du paludisme, cela ne donne aucune satisfaction ».

Les résultats de cette étude montrent que les offres de soins à la PTME ne sont pas appropriées pour une meilleure implication des hommes aux activités de la PTME. L’une des raisons de cette inadéquation de l’offre des soins de PTME par rapport aux besoins des hommes est, selon l’OMS, le fait que les programmes de PTME se concentrent sur les femmes, parce que la transmission verticale du VIH à un nourrisson ne peut se produire qu’à partir d’une mère infectée par le VIH. [7] (Impliquer les Hommes dans la prévention)

Selon Betancourt et al 2010⁸,⁹ Njeru et al 2011. Cette focalisation de la PTME sur les femmes ne tient pas compte du contexte dans lequel elles vivent en tant que membre d’une relation, d’une famille et d’une communauté, et nuit à une vision plus large de la santé globale de la famille, y compris celle des hommes.

Les femmes affirment majoritairement que la PTME est avant tout leur préoccupation « les hommes ne sont pas concernés parce qu’ils ne portent pas le bébé dans le ventre ». Cette conception de la PTME fait que les tests de dépistage sont prioritairement offerts aux femmes et même au cas où les tests VIH sont offerts à des hommes, cette offre a lieu dans des circonstances particulières, sans la

⁷ Theuring S et al. Male involvement in PMTCT service in Mbeya region, Tanzania. *AIDS and Behavior*, 2009, 13:S92-S102

⁸ Betancourt TS et al. Family-centered approaches to the prevention of mother to child transmission of HIV. *Journal of the international AIDS Society*, 2010, 13(suppl.2):S2

⁹ Nejrou MK et al. Practicing provider initiated HIV testing in high prevalence settings: consent concerns and missed preventive opportunities. *BMC Health Services research*, 2011, 11 :87

participation du couple. Selon plusieurs auteurs, cela ne facilite ni la communication au sujet du VIH ou du statut par rapport à cette infection, ni l'adoption de comportement préventif au sein du couple (Desgrées-du-Loû et Orne-Gliemann 2008)¹⁰.

La peur de payer des frais à l'occasion de chaque consultation a été aussi mentionnée majoritairement par les hommes et les femmes, pour expliquer la réticence des hommes à consulter au centre de santé. « La plupart du temps, les hommes ont peur de venir pour ne pas qu'on leur demande de payer beaucoup d'argent ». En principe les prestations relatives à la prise en charge du VIH dans les structures sanitaires en Guinée sont gratuites. Dans ce cas précis, on ne sait pas si les participants à cette étude font allusion à un tarif indu dont ils seraient victimes de la part du personnel de santé ou si, par défaut d'informations, ils croient seulement que les prestations fournies par le personnel de santé dans le cadre de la PTME sont payantes, alors que celles-ci sont en principe gratuites.

Dans la troisième catégorie, nous analysons les facteurs liés aux normes sexospécifiques qui empêchent les hommes à utiliser la PTME.

En raison du rôle de chef de famille de l'homme, la majorité des participants ont estimé que la priorité de l'homme est de trouver de la nourriture pour sa famille. Cette sociologie du rôle du chef de famille fait que les problèmes de santé des membres de la famille sont relégués au second plan par celui-ci. Cette réalité a été mentionnée par d'autres auteurs pour expliquer la faible participation des hommes aux activités de la PTME [13] (Encourager les hommes à participer aux services de prévention et de dépistage du VIH sida »Men as Partners » en Côte d'Ivoire »

Dans notre étude, probablement pour des raisons de pauvreté, nous avons noté plusieurs expressions qui dénotent de la faible priorité accordée à la santé par les hommes par rapport à comment nourrir leur famille. « Les hommes ne viennent pas au centre de santé par manque de moyens. Ils envoient leurs conjointes au centre de santé et eux vont s'occuper du quotidien. S'ils ne sortent pas tous les jours, ils n'auront rien pour le lendemain ».

Une minorité de femmes estime que les hommes n'utilisent pas les services de PTME, parce qu'ils ont la conviction que leur rôle principal dans le couple est la procréation « s'ils te mettent en grossesse, ils ont réglé leur problème ». Nous avons noté également que pour une minorité de femmes, celles-ci estiment que les hommes ne viennent pas à la PTME par peur d'être examiné par des femmes. « Dans les centres de santé, les femmes sont les plus nombreuses parmi le personnel de santé. Par exemple les hommes Whahabits n'aiment pas venir discuter leur vie privée au centre de santé avec les femmes, mais plutôt avec les hommes et leurs épouses ne veulent pas que les hommes les examinent »

Dans notre étude, malgré la densité des facteurs invoqués pour expliquer la non-participation des hommes aux activités de la PTME, une majorité de femmes et d'hommes dans les focus group et la quasi-totalité du personnel de santé interrogé ont reconnu qu'en matière de PTME, les femmes ne constituent qu'une partie de l'équation et qu'il était important que les hommes participent à la PTME à cause du fait :

- Que la santé du couple concerne chacun des conjoints ;
- Pour éviter la transmission du VIH ;
- Pour faciliter la prise en charge médicale, nutritionnelle et psycho sociale ;

¹⁰ Desgrées-du-Lou A, Orne-Gliemann J. Couple-centered testing and counseling for HIV serodiscordant heterosexual couples in sub-Saharan Africa. *Reproductive Health Matters*, 2008,16:151–161

- Pour éviter la dislocation de la famille.

Cette vision positive de la PTME par les hommes et les femmes est en contradiction avec les statistiques disponibles sur la participation des hommes à la PTME dans la commune urbaine de Mamou. En effet, selon les statistiques du centre de santé de Sabou pour l'année 2013, parmi 908 femmes enceintes attendues, 680 ont fait l'objet d'un conseil et dépistage du VIH soit 75%. Parmi elles, 14 ont été identifiées comme séropositives au VIH (2%) et aucun conjoint des femmes séropositives n'a bénéficié d'un conseil de dépistage du VIH.

L'impact de l'implication des hommes sur les différentes composantes des programmes de PTME a été largement étudié (Falnes et al 2011)¹¹. L'homme joue un rôle important dans le risque d'infection à VIH chez la femme (Msuya et al 2006b) et dans la prévention de cette infection en termes d'utilisation de préservatifs dans le couple (Farquhar et al 2004). ; Desgrées-du-Loû et al 2009b).

L'homme joue également un rôle dans l'utilisation des services par la femme, y compris pour le test de dépistage du VIH (Maman et al 2001) ; Baiden et al 2005 ; Banjunirwe et Muzoora 2005; Peltzer et al 2008) et pour obtenir les résultats de ce test Peltzer et al 2008.

Les participants à l'étude, comme le montre le tableau III et VI, ont fait des recommandations sur les actions à mener pour amener les hommes à participer aux activités de la PTME. Dans leur grande majorité, les recommandations faites sont en cohérence avec les obstacles identifiés pour expliquer la faible participation des hommes aux activités de la PTME. Au nombre des recommandations les plus importantes il y a principalement :

- L'information et la sensibilisation de la communauté sur l'importance de la maladie, de la PTME et du rôle de l'homme comme acteur de celle-ci ;
- Le renforcement du dialogue entre le personnel de santé et les couples concernés par la PTME ;
- La lutte contre la stigmatisation et le soutien aux personnes vivant avec le VIH ;
- La protection de la confidentialité des résultats des tests VIH ;
- L'amélioration de la qualité de l'accueil et des soins ;
- Rendre disponible les intrants nécessaires au fonctionnement des services de la PTME.

En ce qui concerne l'information et la sensibilisation de la communauté, les participants à l'étude, dans leur grande majorité, prônent que celles-ci devraient être effectuées par l'ensemble des acteurs de la société : leaders religieux, élus locaux, personnel de santé et doit couvrir le plus grand nombre de public possible. Les participants ont insisté sur la nécessité d'améliorer le contenu des messages éducatifs concernant le sida, en insistant sur l'efficacité des traitements actuellement disponibles, les tabous et fausses informations sur la maladie, et l'impérieuse nécessité de ne pas ségréguer et stigmatiser les malades. « Les autorités sanitaires doivent élaborer de bons programmes décentralisés de sensibilisation de la population sur le VIH en insistant sur la nécessité de ne pas stigmatiser et ségréguer les malades du VIH. C'est à cause de cette peur que beaucoup ne viennent pas se faire dépister ».

¹¹ Falnes EF et al. "It is her responsibility": partner involvement in prevention of mother to child transmission of HIV programs, northern Tanzania. *Journal of the International AIDS Society*, 2011,14:21

Une majorité de participants pour marquer l'importance qu'ils accordent à la lutte contre la stigmatisation des malades, conseille de recourir à une loi punitive contre les personnes qui seraient reconnues coupables de tels agissements. « Les responsables doivent proposer des montants fixes à payer par toute personne qui raconte la maladie d'autrui ou se moque de lui, ou le boycott par la population des cérémonies organisées par les personnes qui seraient coupables d'attitude de stigmatisation ou de rejet à l'endroit de personnes vivant avec le VIH »

Dans notre étude, la majorité des participants avaient conscience qu'un dialogue constructif au sein du couple était nécessaire au cas où l'un des conjoints était séropositif pour assurer la prévention et la prise en charge du VIH au sein du couple. Ce dialogue doit inclure les conjoints et le personnel de santé. « Ils doivent discuter ensemble à la maison pour savoir quelles dispositions prendre pour éviter de transmettre la maladie aux autres. Ils doivent venir à l'hôpital pour avoir les médicaments pour se soigner.

Comme, ils veulent avoir un enfant qui n'a pas le sida, pour ça, il faut qu'ils viennent à l'hôpital » le dialogue doit se tenir dans un environnement qui favorise une protection totale de la confidentialité « lorsque tu es venu faire ton test VIH, tu es séropositif, les médecins doivent fermer leur bouche ». Certains participants ont prôné une méthode forte pour amener les maris à participer à la PTME. « Les hommes qui ne viennent pas au centre de santé avec leurs épouses doivent être convoqués et leurs épouses devraient être retenues au centre de santé tant que leur mari n'a pas répondu à cette convocation ».

Une des recommandations phare faite par les participants est l'amélioration des conditions de l'accueil « Quand on t'accueille bien dans un milieu, ça devient facile d'y retourner un autre jour ». Au sujet de l'accueil, certaines recommandations concernaient spécifiquement les hommes comme « ne pas retenir trop longtemps les hommes au centre de santé » ou de « diligenter la consultation pour les femmes qui sont venues en couple au centre de santé ». Dans le même contexte, certains participants ont recommandé de faire consulter les hommes par des hommes »

Le personnel de santé a insisté sur la nécessité de corriger l'approche institutionnelle de la PTME qui centre l'essentiel de ses activités sur la femme au détriment de l'homme alors que la participation de celui-ci est indispensable pour une PTME efficace. Le personnel de santé a recommandé d'intégrer dans les paquets d'activité de la PTME les besoins du couple (counseling de group, sensibilisation ciblant les hommes, counseling du couple en famille).

Nous avons également noté deux recommandations originales faites par le personnel de santé pour faciliter la participation des hommes aux activités de la PTME. Il s'agit :

- D'organiser les hommes en association pour soutenir les activités de la PTME ;
- Et la punition par la loi de toute transmission volontaire du VIH

Conclusion

Cette étude avait pour but d'identifier les obstacles qui empêchent les hommes de participer aux activités de la prévention de la transmission mère enfant de l'infection à VIH (PTME). Les résultats indiquent que les facteurs qui limitent la participation des hommes aux activités de PTME sont nombreux. Trois blocs de facteurs ont été identifiés comme responsables de la faible participation des hommes aux activités de la PTME. Le premier groupe de facteurs est constitué du déficit d'information des hommes sur la maladie et la PTME elle-même, la peur de la stigmatisation et du

rejet, la peur de la rupture de confidentialité et du blâme dont serait victimes les personnes séropositives.

Le deuxième groupe de facteurs concerne les facteurs attribuables aux structures de santé. Il s'agit de la faible qualité des soins et plus particulièrement de l'accueil et l'exclusion institutionnelle des hommes dans les activités de PTME.

Le troisième groupe de facteurs qui empêchent les hommes de participer aux activités de PTME sont les facteurs sexospécifiques.

Afin de lever ces multiples obstacles, les participants à l'étude proposent :

- L'information et la sensibilisation de la communauté sur l'importance de la maladie, de la PTME et du rôle de l'homme comme acteur de celle-ci ;
- Le renforcement du dialogue entre le personnel de santé et les couples concernés par la PTME ;
- La lutte contre la stigmatisation et le soutien aux personnes vivant avec le VIH ;
- La protection de la confidentialité des résultats des tests VIH ;
- L'amélioration de la qualité de l'accueil et des soins ;
- Rendre disponible les intrants nécessaires au fonctionnement des services de la PTME ;
- La formation des prestataires sur le PTME recentrée sur le couple ;

Les modalités de mise en œuvre de ces recommandations feront l'objet d'un plan d'action opérationnel élaboré par toutes les parties prenantes de cette étude.

Recommandations pratiques :

Dans leur grande majorité, les recommandations faites sont en cohérence avec les obstacles identifiés par les participants à la participation des hommes aux activités de la PTME. Au rang des recommandations les plus importantes il y a principalement :

- L'information et la sensibilisation de la communauté sur l'importance de la maladie, de la PTME et du rôle de l'homme comme acteur de celle-ci
- Le renforcement du dialogue entre le personnel de santé et les couples concernés par la PTME
- La lutte contre la stigmatisation et le soutien aux personnes vivant avec le VIH
- La protection de la confidentialité des résultats des tests VIH:
- L'amélioration de la qualité de l'accueil et des soins.

La stigmatisation et la discrimination liées au VIH - Genre, droit de l'homme et VIH

AIX-MARSEILLE UNIVERSITÉ, Département d'Anthropologie, Thèse pour l'obtention du grade de Docteur, Gabrièle LABORDE-BALEN, 12/2016

Honte et culpabilisation - Peur de la stigmatisation - La crainte des conséquences familiales et professionnelles - Variations selon le genre - Répercussions familiales et professionnelles

Partage de l'information (statut VIH +ve)	Circonstances, déterminants et conséquences du partage et non partage au sein des couples	Réactions de l'entourage
<ul style="list-style-type: none"> - Avec le conjoint - Partage de la séropositivité avec les partenaires au fil du temps 	<ul style="list-style-type: none"> - Découverte lors de la grossesse - Au sein d'un couple marié - Au sein d'un couple sans vie commune et sans enfants - Lors d'une nouvelle relation 	<ul style="list-style-type: none"> - Le soutien familial - Au sein du couple - La stigmatisation

5.2.6. Honte et culpabilisation

Le sentiment de honte et de culpabilité sont très forts parmi les patients de l'étude, en raison de la stigmatisation qui entoure la maladie. Certaines personnes se sentent responsables, du fait d'une prise de risque et éprouvent de la culpabilité à l'égard de leur famille. Les femmes sont particulièrement enclines à l'auto-stigmatisation, qui est chez les hommes souvent pondérée par un sentiment de fatalité. Dans le couple, lorsque le conjoint n'est pas infecté, le sentiment de honte est double, en raison de la suspicion d'infidélité. Le sentiment de honte provient aussi du regard des autres et du jugement moral que les patients prêtent à l'entourage. Les patients mentionnent souvent la notion de « déception » éprouvée par la famille. Certains se sentent même responsables du décès d'un parent.

C'est quand je perds ma maman que ... Elle, elle n'a pas supporté. Je vivais avec ma tante, c'est ma tante qui lui avait annoncé. Elle n'a pas supporté, elle n'y croyait pas. Six mois après, elle est morte.

Fatima, suivie à l'HLD

Les mères dont l'un des enfants a été contaminé au cours de la grossesse, portent le plus lourd tribut de cette auto-stigmatisation. Bien qu'elles ne s'estiment pas responsables de l'infection, le fait d'avoir transmis le virus à leur enfant induit un fort sentiment de culpabilité. Ces mères attribuent généralement la contamination de l'enfant à l'allaitement.

L'enfant avait neuf mois, comme je l'ai allaité neuf mois. Le docteur m'a dit que là c'est comme ça que l'enfant est séropositif, que il faut que j'arrête, qu'il ne tète plus, on lui a mis sous le lait artificiel jusqu'à 2 ans, on a fait et refait l'examen c'est toujours sorti positif.

Béatrice, suivie à l'HDN

La maladie est parfois perçue comme une punition divine, en raison d'une « mauvaise conduite ». Certains recherchent alors dans la fréquentation d'une église l'appui de la communauté et la rédemption par une conduite exemplaire.

Là je ne veux plus tomber dans le pécher. Parce que je sais, que cette maladie que j'ai eue, c'est les conséquences de mon pécher dans le passé : la fornication. Oui, c'est à cause des rapports sexuels. Donc j'ai compris qu'il faut que je me repositionne, donc c'est pour ça que je mène la vie de sanctification à mon niveau.

Fanny, entrée dans une église du « renouveau » après la découverte de sa séropositivité

5.2.8. Peur de la stigmatisation

Qu'elles se sentent coupables ou victimes, qu'elles éprouvent de la rancune ou de la révolte, les personnes qui apprennent leur séropositivité partagent la même préoccupation : la crainte de la stigmatisation et du rejet si l'entourage est informé. Cette crainte s'appuie sur des discours et des exemples entendus chez des amis ou des collègues. Les personnes craignent d'être montrées du doigt, d'être écartées de la vie sociale. Le rejet familial est particulièrement redouté, et pour les femmes, l'abandon lorsqu'elles dépendent de leur conjoint. Les hommes redoutent la stigmatisation familiale et la ruine de leur réputation.

Ma fille est déjà en mariage. Si je disais on devait salir le nom de ma femme. Le nom de ma fille. Parce que la première est déjà en mariage. Je ne pouvais pas dire. Si je disais on devait dire : la famille de sidéens, on devait saboter la famille.

Paul, 50 ans, suivi à l'HCY

5.2.9. La crainte des conséquences familiales et professionnelles

La maladie remet en question de nombreux acquis personnels et professionnels.

A l'annonce de l'infection à VIH, les personnes sont préoccupées par les dépenses de santé, même si la gratuité des ARV a contribué à alléger ce fardeau. La crainte d'une perte d'emploi, de la capacité à travailler, du coût des transports et des examens, est un facteur de stress important. Lorsqu'elles étaient enceintes, les femmes ont eu peur de contaminer leur enfant.

D'autres craignent de ne pas pouvoir se marier ou de ne pas pouvoir avoir d'enfants.

J'ai pensé que je ne pourrais plus accoucher, que je ne vais plus trouver un autre homme puisque je me suis séparée de du papa de ma fille.

Sophie, suivie à l'HCY

5.3. QUELQUES VARIATIONS SELON LE GENRE

On retrouve, dans un ordre parfois différent, cet ensemble de réactions succédant à l'annonce, dans des contextes variés : le choc émotionnel, le désir de suicide, le refus du résultat, le déni, la colère vis-à-vis de la personne responsable de la contamination, puis l'acceptation et l'espoir (VIDAL, 1994 : 174). Certaines réactions sont similaires chez les hommes et chez les femmes, d'autres sont différentes selon le genre.

Les femmes de l'étude ont souvent le sentiment d'être victimes plus que responsables de l'infection. Celles qui découvrent leur séropositivité à la suite de leur époux, surtout s'il leur a caché son statut, éprouvent de la colère et de la rancune. La colère s'exerce davantage sur le fait de n'avoir pas protégé sa conjointe et d'avoir caché sa maladie que sur les soupçons d'infidélité. Elles se montrent volontiers fatalistes « *les hommes sont comme ça* », mais ne pardonnent pas un mensonge qui les met en péril. Cette perception d'avoir été exposées par les comportements à risque de leur partenaire a été décrite au Burkina (OBERMEYER *et al.*, 2011). Les auteurs observent aussi que la vulnérabilité financière des femmes génère, après l'annonce, une crainte d'abandon et d'expulsion de leur lieu de vie, inquiétudes que nous avons retrouvé dans certains témoignages au Cameroun.

L'étonnement et la souffrance des femmes enceintes qui découvrent lors d'un examen prénatal leur séropositivité est d'autant plus vive, selon MSELLATI, que les femmes y sont mal préparées, à l'inverse des patients qui ont réalisé un dépistage volontaire (MSELLATI, 2009).

Particulièrement enclines à l'auto-stigmatisation, les femmes de l'enquête éprouvent un sentiment de culpabilité important lorsqu'elles ont un enfant infecté par le VIH. Aussi DESCLAUX & ALFIERI, qui constatent le même phénomène au Burkina Faso, plaident-elles pour l'élaboration d'un modèle de conseil spécifique qui permette d'apporter aux mères informations et soutien pour gérer leur statut et celui de leur enfant (DESCLAUX & ALFIERI, 2013).

Les hommes de l'étude imputent plus facilement leur infection aux circonstances ou recherchent des causes non-sexuelles à leur contamination. Ils redoutent les conséquences de la maladie sur leur vie professionnelle et leur capacité à assumer leurs responsabilités familiales. Les hommes d'âge mûr adoptent une attitude stoïque qui leur semble conforme à leur statut social et à leur condition masculine. Ils craignent que la révélation du statut sérologique ne porte atteinte à la réputation de la famille. Selon DAGEID *et al.*, les perceptions négatives sur le VIH s'opposent à l'image d'une masculinité qui se doit forte et en bonne santé. L'infection est, selon les auteurs, assimilée à une faiblesse peu virile. Certains parviennent, à retrouver une identité masculine à travers un rôle de conseiller ou de leader communautaire (DAGEID *et al.*, 2012). Nous avons retrouvé, notamment parmi les patients suivis dans le projet *2 Lady*, des hommes qui ont ainsi retrouvé une nouvelle forme d'autorité gratifiante grâce à leur position dans les groupes de paroles ou les associations. Après l'annonce de la séropositivité, vient le moment du partage ou non partage de l'information avec l'entourage. Quels sont les confidents privilégiés, au sein de la famille et de l'entourage ? Quels mobiles motivent ce partage ?

Les hommes de l'étude imputent plus facilement leur infection aux circonstances ou recherchent des causes non-sexuelles à leur contamination. Ils redoutent les conséquences de la maladie sur leur vie professionnelle et leur capacité à assumer leurs responsabilités familiales. Les hommes d'âge mûr adoptent une attitude stoïque qui leur semble conforme à leur statut social et à leur condition masculine. Ils craignent que la révélation du statut sérologique ne porte atteinte à la réputation de la famille. Selon DAGEID *et al.*, les perceptions négatives sur le VIH s'opposent à l'image d'une masculinité qui se doit forte et en bonne santé. L'infection est, selon les auteurs, assimilée à une faiblesse peu virile. Certains parviennent, à retrouver une identité masculine à travers un rôle de conseiller ou de leader communautaire (DAGEID *et al.*, 2012). Nous avons retrouvé, notamment parmi les patients suivis dans le projet *2 Lady*, des hommes qui ont ainsi retrouvé une nouvelle forme d'autorité gratifiante grâce à leur position dans les groupes de paroles ou les associations. Après l'annonce de la séropositivité, vient le moment du partage ou non partage de l'information avec l'entourage. Quels sont les confidents privilégiés, au sein de la famille et de l'entourage ? Quels mobiles motivent ce partage ?

5.4. LE PARTAGE DE L'INFORMATION

Selon HARDON & DESCLAUX, les pratiques de partage de la séropositivité sont très hétérogènes et dépendent à la fois du profil social des personnes et des contextes sociaux. (HARDON & DESCLAUX, 2013). Dans cette étude, on retrouve une grande variété de pratiques, en fonction du sexe, de l'âge, du groupe social, des revenus socio-économiques et des contextes de vie. Cette hétérogénéité touche aussi les personnes avec qui l'information est partagée, choisies en fonction attentes et des liens pour minimiser le risque de rejet, (CUSICK, 1999 ; DANKOLI *et al.*, 2014). Dans leur majorité, les patients de l'étude se confient d'abord à l'intérieur du cercle familial. Les personnels de santé encouragent fortement le partage du statut, mais la stigmatisation qui domine encore l'espace public et social constitue un frein important, (HARDON & DESCLAUX, 2013).

Les motivations des patients qui incitent les patients au partage du statut sont les mêmes que ceux retrouvées dans la littérature : atténuer sa souffrance, justifier les motifs de l'altération de l'état de santé et les nombreuses visites à l'hôpital, obtenir un appui moral et une aide matérielle pour faire face aux coûts de la prise en charge médicale (SOW, 2012). Les motifs, le moment du partage de l'information et le confident varient en fonction de ces attentes.

5.4.3. Le partage du statut avec le conjoint

SITUATION ET PARTAGE

« Définir ce que recouvre la notion de couple est une entreprise périlleuse », écrit A.

DESGRÉES DU LOÛ (DESGRÉES DU LOÛ, 2005 : 223). La vie de couple peut en effet, revêtir des formes multiples : mariage légal ou coutumier, monogame ou polygame, concubinage, relation suivie sans vie commune, union formelle ou informelle. Lorsqu'une personne apprend sa séropositivité, elle est confrontée à la question de révéler ou non son statut à son partenaire et de gérer ensuite les conséquences du partage ou non-partage, sur la sexualité, la procréation, la poursuite de la vie de couple. La communication au sein du couple, variable en fonction du type de lien qui unit les partenaires, a connu une évolution, liée à l'amélioration de l'instruction des femmes et de leur autonomie professionnelle (DESGRÉES DU LOÛ, 2005). L'OMS recommande fortement le partage du statut avec le partenaire et encourage le conseil en vue de son dépistage (ONUSIDA & OMS, 2000). Les recommandations de 2012 concernant la prévention par antirétroviraux chez les couples sérodifférents a renforcé la nécessité d'information du partenaire (WHO, 2012). Les études montrent cependant que dans la pratique, le conseil post-test n'aborde pas toujours la question du partage avec le conjoint, en raison de l'incertitude des prestataires sur la manière de partager et les conséquences défavorables que cela pourrait entraîner, (KY-ZERBO *et al.*, 2013). La majorité des patients de l'étude ont néanmoins affirmé que lors du conseil, les soignants ont fortement insisté sur la nécessité du partage avec leur partenaire. Ces conseils ont-ils été appliqués ? Quelles circonstances et quels déterminants ont présidé au partage ou au non-partage chez les patients de notre enquête ? Du dépistage jusqu'au moment de l'enquête, un bon nombre de patients ont connu des changements au sein de leur vie de couple. Certains se sont mariés, d'autres ont divorcé ou se sont séparés, de nouvelles unions se sont créées.

Au moment du dépistage,

36% des patients, dont 24% des hommes et 43% des femmes sont sans partenaire.

42% patients dont 62 % des hommes et 32 % des femmes sont mariés

10,6% des patients vivent en concubinage

10,6% des patients, ont un ami sans partager le domicile.

87 % des patients ayant un partenaire ont partagé leur statut avec lui.

Parmi les 13% des patients qui n'ont pas partagé l'information avec le partenaire, la quasi-totalité sont des femmes, l'union est hors mariage et dans presque tous les cas s'est soldée par une séparation.

40% des patients qui ont partagé leur statut, se sont par la suite séparés de leurs conjoints.

Au total 46% des patients ont connu une séparation après le dépistage.

Au moment de l'enquête

35% des patients dont 14% des hommes et 46% des femmes sont sans partenaire.

37% des patients dont 59% des hommes et 27% des femmes, sont mariés.

9% des patients vivent en concubinage,

19% des patients, ont un partenaire dont ils ne partagent pas le domicile.

80 % des patients ayant un partenaire ont partagé leur statut avec lui. Un peu plus de femmes que d'hommes n'ont pas partagé.

21% des patients ont un nouveau partenaire

50% des patients ayant un nouveau partenaire n'ont pas révélé le statut. Dans la quasi-totalité des cas, ils ne partageaient pas le domicile du partenaire.

LE PARTAGE DE LA SÉROPOSITIVITÉ AVEC LES PARTENAIRES AU FIL DU TEMPS

La proportion des personnes célibataires/sans partenaire reste stable entre le moment du dépistage et celui de l'enquête. Le nombre de personnes vivant au sein d'un couple marié baisse légèrement, de 42% à 37% durant la même période.

La dynamique est différente selon le sexe. La proportion d'hommes célibataires baisse régulièrement, passant de 24% à 14% alors que celle des femmes augmente de 43% à 46%.

Presqu'une femme sur deux vit célibataire, ce qui représente trois fois plus de femmes que d'hommes vivant dans le célibat. La proportion de personnes mariées baisse un peu au fil du temps, passant de 62% à 59% pour les hommes et de 32 à 27% pour les femmes. Les hommes sont cependant deux fois plus nombreux que les femmes à vivre au sein d'un couple marié.

Vingt-six pour cent des femmes vivent en concubinage ou ont une relation sans vie commune au moment de l'enquête.

Les pratiques de partage du statut varient au fil du temps, en fonction du type de relation et des expériences antérieures. Le niveau de partage est globalement élevé malgré une baisse de 87% à 80% entre le moment du dépistage et celui de l'enquête. D'une manière générale, le partage se fait presque systématiquement au sein des couples mariés, beaucoup moins lorsque les patients vivent en concubinage ou ont un/une ami(e). Le non-partage est plus fréquent au moment du dépistage chez les femmes mais tend à s'équilibrer avec le temps.

Presque la moitié des personnes (46%) ayant un partenaire au moment du dépistage ont connu une séparation par la suite, dont la quasi-totalité de ceux qui n'avaient pas révélé leur statut et 40% de ceux qui l'avaient partagé. Les séparations touchent majoritairement les femmes, notamment celles qui vivent en concubinage ou sans vie commune.

Au moment de l'enquête 21% des patients avaient un nouveau partenaire, majoritairement sans vie commune. Seule la moitié d'entre eux avaient révélé le statut. La baisse, dans le temps, du partage de la séropositivité semble favorisée par les nouvelles unions, particulièrement quand il n'y a pas de vie commune.

Les taux de révélation au partenaire, montrés par différentes études, sont très variables selon les pays, passant de 25% au Burkina Faso à 90% en Éthiopie (BOTT & OBERMEYER, 2013), ce qui pourrait s'expliquer par une plus grande stigmatisation dans les pays à faible prévalence (COUTHERUT *et al.*, 2014). Dans notre étude, le taux global de partage avec le partenaire, relativement élevé, est conforme à celui observé dans d'autres études menées au Cameroun (LOUBIÈRE *et al.*, 2011), mais il baisse considérablement dans les nouvelles unions. Nous allons étudier de plus près les causes des pratiques de partage ou de non-partage au sein de ces couples.

CIRCONSTANCES, DÉTERMINANTS ET CONSÉQUENCES DU PARTAGE ET NON PARTAGE AU SEIN DES COUPLES

Les pratiques de partage du statut sérologique avec le partenaire varient en fonction des circonstances de découverte de la séropositivité, de la situation sociale des personnes et des liens qui les unissent.

Découverte lors de la grossesse

Dans cette étude, quand la séropositivité a été révélée au cours d'une grossesse, la femme a généralement informé son partenaire. La pression de l'équipe soignante, mais aussi la médicalisation de la mère et de l'enfant et parfois le choix d'un allaitement artificiel ont rendu la gestion du secret difficile au sein du couple. Deux études, l'une au Sénégal et l'autre en Côte d'Ivoire, montrent une plus faible proportion : la moitié seulement de femmes enceintes séropositives ont partagé avec leur partenaire. Au Sénégal, les femmes qui n'ont pas partagées étaient souvent veuves ou divorcées, en 3ème ou 4ème position dans un foyer polygame (SOW, 2012). En Côte d'Ivoire, le partage était plus fréquent lorsque la femme optait pour un allaitement maternel (DEGRÉES DU LOÛ, 2011). Le faible échantillon de notre étude ne permet pas de tirer de conclusion, mais il apparaît probable que la situation conjugale et le mode d'allaitement ont eu un impact sur le partage des femmes avec leur conjoint.

Dans les couples stables, mariés ou vivant en concubinage depuis un certain temps, lorsque le lien est solide, le conjoint a accepté le diagnostic. Anne-Lise, étudiante à Chypre, vit en concubinage. Elle est dépistée au cours d'une consultation prénatale. Le diagnostic perturbe sur le moment le couple, d'autant que le conjoint fait face à sa propre séropositivité, mais ils parviennent à surmonter l'épreuve. *Quand j'allais à Chypre, je n'étais pas séropositive. C'est quand j'étais enceinte que ah !*

Merde ! C'est sûrement à Chypre que je l'ai attrapé. Qu'est ce que je vais dire, je ne sais pas. Et lui était étonné aussi parce qu'en arrivant à Chypre, il était négatif. Bon, c'est arrivé. On me dit qu'on ne contracte pas seulement le VIH par des rapports sexuels. Bien après, il avait peur de se faire dépister. Bien après il a fait le test et il était séropositif. On a des projets parce que ce n'est pas bien de vivre comme ça en concubinage. Il faut qu'on légalise déjà le mariage, et il y a autre chose à faire, il faut qu'on se trouve un terrain, qu'on construise. Maintenant on doit prendre soin de cet enfant.

Anne-Lise, vivant en concubinage, un enfant

En revanche, lorsque la vie de couple est plus récente ou que pré-existe une situation conflictuelle, la révélation du statut sérologique a parfois entraîné une séparation, en dépit de la grossesse et de l'arrivée de l'enfant. Le lien entre la fragilité du couple et le risque de séparation après le partage du statut a été aussi noté à Abidjan (DEGRÉES DU LOÛ, 2011).

Au sein d'un couple marié

Quand la maladie est survenue au sein d'un couple marié, les patients ont, à de rares exceptions près, systématiquement partagé leur statut. Ils expliquent le partage par la crainte que leur conjoint soit également atteint, le souci de ne pas le contaminer mais aussi la difficulté de cacher les visites à l'hôpital et la prise du traitement, même si l'appréhension les pousse parfois à différer l'annonce.

Ma femme a été au courant quand j'étais déjà pris en charge ici à l'hôpital. Le temps n'était pas trop long, 2 mois à peu près, mais les 2 mois-là étaient trop long pour moi. Je réfléchissais comment je vais annoncer ça à ma femme, comment elle va réagir, d'autres femmes quittent même le foyer.

Jérôme, marié, 5 enfants

Au sein d'un couple sans vie commune et sans enfants

Lorsque les personnes ne vivent pas ensemble, la révélation est moins systématique. Certains patients ont préféré rompre plutôt que de partager l'information, peu confiants dans la réaction de leur partenaire. Delphine, a un ami, lorsqu'elle est dépistée séropositive.

Je ne lui ai pas dit. Ce n'est pas toujours évident. Et la stigmatisation faisant, on n'en parle pas beaucoup, mais moi la relation s'est estompée progressivement. Ça me mettait en mal que de pouvoir vivre avec quelqu'un. Que de ne pouvoir dire cette vérité surtout qu'il avait un statut différent, et de pouvoir continuer...voilà, à le mettre en danger. Petit à petit, j'ai décidé de prendre mes distances. Je pensais qu'il n'accepterait pas. De mieux en mieux on l'accepte aujourd'hui mais vraiment il y a une dizaine d'année, quand on entendait que quelqu'un est malade, on mourait de stigmatisation et même pas de la maladie.

Delphine, un ami, pas d'enfants au moment du dépistage

Lors d'une nouvelle relation

Célibataires, veufs ou séparés après avoir découvert leur séropositivité, certains patients retrouvent un partenaire et sont confrontés à la difficulté de révéler leur statut, d'autant que l'absence de vie commune facilite la gestion du secret. Dans cette étude, la moitié des patients n'ont pas partagé leur statut avec leur nouveau partenaire.

Les raisons de non-partage sont multiples.

Lors des premières rencontres, l'incertitude sur la pérennité du lien pousse à garder le silence.

Lorsque la relation devient sérieuse, les personnes sont prises dans l'engrenage. Plus le temps passe, moins la révélation est aisée.

Non, il ne sait pas. C'est pour ça que j'ai peur de m'engager, parce que je ne sais pas. Je sors avec lui depuis 6 mois, on utilise toujours les préservatifs. J'ai peur de sa réaction. Et ce qui me fait encore plus réfléchir, c'est qu'au départ, je ne lui ai pas dit ça. Bon lui dire ça maintenant...Je vois un peu sa position, il va se sentir trop trahi et puis je ne sais pas comment il va agir. C'est surtout ça qui me dérange. Bon, je me dis que, puisque c'est une relation que j'avais d'abord pris à la légère. Je me disais que ça va, ça va aussi passer comme ça. Ça me dérange beaucoup. Je me pose toujours cette question nuit et jour, je ne sais pas.

Victoria en couple depuis 6 mois sans vie commune

A la question de la sincérité vis-à-vis du partenaire, s'ajoute celle du risque de transmission du VIH. Certaines personnes qui n'ont pas su négocier au début de la relation l'usage du préservatif, ne savent pas, par la suite comment l'imposer sans révéler le statut. Carine se sentant dans l'impasse, choisit de mettre fin à une relation qui pourtant l'épanouit.

Mais avec mon ami, comme je savais que c'était déjà ma personne, pour peut-être après, quand on devait se voir après je devais commencer à exiger le préservatif puisque moi je n'avais pas dit que j'étais malade. C'était là le problème. Donc subitement tu vas dire que non, comme ça il faut maintenant te protéger. Et comme moi-même je ne pouvais pas non plus aller dire comme ça, j'ai seulement cherché un moyen pour qu'on se sépare.

Carine, 38 ans, veuve, 2 enfants, un ami avec qui elle a rompu

Généralement, au début de la relation, les partenaires se protègent d'un commun accord. Le fait de protéger ses rapports sexuels permet aux patients d'avoir une conscience relativement tranquille, dans la mesure où le risque de contamination est maîtrisé. La transformation d'une simple liaison en relation durable modifie la situation, la question de l'abandon du préservatif se pose. Les personnes élaborent des stratégies pour maintenir l'usage du préservatif sans révéler d'emblée leur statut.

Mais la question devient incontournable lorsque le partenaire a des projets de mariage et d'enfant. Carine qui a mis fin à sa première relation faute d'avoir su révéler son statut, se retrouve à nouveau dans la même situation.

J'ai de nouveau un ami, on se protège, mais ça fait bientôt un an, et on ne peut pas utiliser tout le temps le préservatif. Je ne sais pas comment faire. Parce que lui-même parle déjà d'enfant. Ah, on verra ce qui va se passer. Ce n'est pas facile.

Carine, 38 ans, veuve, 2 enfants, un ami depuis un an sans vie commune

La réticence à cacher son statut est souvent liée à une expérience antérieure d'un partage qui a eu des conséquences malheureuses, stigmatisation ou abandon. Tôt ou tard, lorsque la relation se pérennise et que les personnes parviennent à se libérer de leur secret, elles se sentent soulagées. Parfois l'aveu entraîne l'aveu du partenaire, lui-même aux prises des mêmes dilemmes. Il arrive aussi que la personne devine le statut de son partenaire, en observant qu'il utilise les mêmes stratégies.

On se rencontrait, elle se cachait, je me cachais, il n'y a pas de raison qu'elle me dise qu'elle l'avait, bon, un soir, on est ensemble, on se protège, c'est moi qui suis très très curieux, parce qu'il y a des moments, quand elle veut prendre sa douche, elle sort toujours avec un petit nylon, là, et une fois j'ai vu, je lui ai directement dit, que non, ne crains pas, moi-même je suis comme ça, chaque fois je te vois, comme ça, comme ça, c'est là nous on s'est accepté. Chacun montrait son carnet.

Samir, 2 enfants, en couple depuis quelques mois

Le risque est grand, au fur et à mesure que la vie de couple s'organise, que les partenaires apprennent la sérologie par une tierce personne. C'est la crainte de Gontrand, partagé entre l'envie de partager son statut et la peur du rejet

Mais ma conscience me met mal à l'aise du fait que je suis avec elle et qu'elle ne veut de moi que le mariage. Que bon, plus tard, si elle connaît et que ce n'est pas moi qui lui ai dit, vu que nous avons eu des relations avancées, les relations seront....

Gontrand, une amie non-informée du statut

Néanmoins la seconde moitié des patients vivant une nouvelle relation ont révélé leur statut.

Les raisons du partage sont essentiellement d'ordre moral lorsqu'ils envisagent d'emblée une relation sérieuse ou ne conçoivent pas de ne pas dire la vérité à leur partenaire.

C'est après deux ans que mon mari s'est présenté. Moi je lui ai dit que c'était impossible, en réalité c'était impossible. Je ne veux pas lui freiner sa vie. Mais je lui ai fait part de ma situation. Il m'a acceptée. Nous nous sommes alors mariés.

Nadine, un enfant, séparée et remariée

Certains patients optent pour une union avec un partenaire de même statut. D'autres, surtout des femmes, après des expériences douloureuses, renoncent à toute vie de couple, plutôt que de partager leur statut sérologique. Elles en font le deuil, souvent la mort dans l'âme, tant la maladie leur paraît faire obstacle à une rencontre. Rama, âgée de 23 ans, dépistée à 15 ans, évite toute relation sérieuse après des déceptions.

Le mariage ? De ce côté-là je n'ai pas de projet. Je me dis que comme les gens n'acceptent pas, je peux faire mes enfants, puis je reste avec. La manière dont les gens parlent autour de moi, c'est un peu ça qu'on peut conclure.

Rama, 23 ans, célibataire

La difficulté de révéler sa séropositivité au début d'une relation, lorsqu'elle semble encore temporaire et le dilemme qui s'ensuit, quand elle s'avère durable, est lié, surtout chez les femmes, à la peur du rejet et de l'abandon, en particulier lorsqu'elles ont vécu une expérience de partage douloureuse et quand elles dépendent financièrement de leur partenaire (OBERMEYER *et al.*, 2011). Au Sénégal, COUTHERUT *et al.*, observent un faible taux de partage, au moment de l'enquête au sein des couples : 44% des personnes n'avaient pas informé leur partenaire de leur statut. Ils expliquent ce fait par une moindre contrainte financière depuis la gratuité des traitements et une perception plus faible du risque de contamination depuis la « déclaration suisse » (VENAZZA *et al.*, 2008) lorsque leur traitement est bien conduit et efficace. Mais surtout ils relèvent la persistance d'une stigmatisation rendant la divulgation de la séropositivité « *non socialement tolérable* », surtout au moment où les couples se forment et où la procréation est envisagée (COUTHERUT *et al.*, 2014). Si le premier argument a été peu cité dans notre enquête, et essentiellement par les soignants, le second est massivement mentionné par les femmes comme par les hommes. Les difficultés de partage au sein de couples nouvellement formés ont par ailleurs été observées dans d'autres contextes, en Europe, chez les usagers de drogues, dans des couples homosexuels et hétérosexuels (CUSICK & RHODES, 1999).

Annoncer sa séropositivité dans une nouvelle relation est donc un défi, particulièrement difficile à relever pour les femmes. Cette réticence est sans doute l'une des raisons pour lesquelles près de la moitié des femmes, au moment de l'enquête n'avaient pas de partenaire, ce qui n'était vrai que pour 14% des hommes. Certaines femmes avaient interrompu leur relation plutôt que d'affronter le partage du statut. Le renoncement à une vie de couple et de famille, que révèlent ces entretiens, a également été observé dans des contextes similaires (DESGRÉES DU LOÛ, 2011).

5.5. LES RÉACTIONS DE L'ENTOURAGE

5.5.1. Le soutien familial

La majorité des patients déclarent, suite à l'annonce de leur séropositivité, avoir bénéficié du soutien de la famille, des mères et/ou des pères, des frères et sœurs, des conjoints. La famille se montre protectrice, entoure, rassure, aide à surmonter le choc de l'annonce.

Ma mère dit que si elle pouvait prendre ma maladie, elle le ferait. Mes frères, mes sœurs et ma belle-sœur me couvrent de bonnes choses (fruits surtout). L'unique changement c'est que ma famille et mon amie qui sont au courant de mon statut m'aiment encore plus, ils ne veulent pas que je manque de quelque chose.

Lisiane, 27 ans au dépistage

La famille a souvent assuré un soutien financier important, à l'époque où le coût du traitement était élevé. Il n'est pas rare que plusieurs membres se soient cotisés pour permettre l'accès au traitement antirétroviral, alors que les personnes, affaiblies par la maladie, avaient perdu toute source de revenu. Malgré l'avènement de la gratuité des ARV, les dépenses de santé restent problématiques pour les patients démunis qui sollicitent l'appui familial pour le paiement des consultations et des analyses

biologiques. D'une manière plus indirecte, la famille intervient aussi en allégeant les charges des patients, par exemple en s'occupant d'un ou de plusieurs enfants.

Le partage du statut est cependant parfois perçu comme un impératif plutôt que comme un choix véritable, pour obtenir cet appui financier indispensable à la prise en charge (KYADDONDO *et al.*, 2013) et considéré, nous l'avons indiqué plus haut, comme un véritable « contre-don » en échange de l'aide reçue, selon la formule de SOW & DESCLAUX (SOW & DESCLAUX, 2012 : 87, 92)

L'appui familial n'est pas cependant pas systématique, il dépend des possibilités financières des proches, du statut vital des parents, de la place dans la fratrie, les cadets bénéficiant d'une aide que la position d'aîné ne permet pas toujours d'obtenir.

Personne ne peut m'aider car je n'ai pas de père, ma mère a fait 6 dont certains sont encore à l'école, dans la famille il y a ma grande soeur puis moi je suis la deuxième, donc c'est plutôt à moi de m'occuper des cadets). Du côté de la belle famille ils sont au village.

Christine, parents décédés deuxième d'une fratrie de 6 enfants

De même, ceux qui sont considérés comme soutien de famille, grâce à leur emploi, ne sont pas en mesure d'être appuyés.

Non, j'ai cette malchance là, je n'obtiens aucune aide de la famille. Surtout comme je suis le seul qui travaille. D'autres sont au village. Ils attendent plutôt de moi. C'est moi qui travaille, ils se disent que j'ai les revenus, des petites facilités. Donc ils attendent plutôt tout de moi.

Modou, 38 ans au dépistage, marié, père de famille

SOW & DESCLAUX l'ont montré et notre enquête le confirme, la solidarité familiale dans la prise en charge n'est pas sans conditions ni sans contraintes (SOW & DESCLAUX, 2002b).

De plus, on observe à la longue un épuisement de l'aide financière. La santé se restaure progressivement, les signes de la maladie s'amenuisent, les difficultés paraissent moins aiguës, d'autres priorités surgissent au sein de la famille, les membres les plus actifs perdent leur emplois, d'autres drames relèguent au second plan le souci des patients. Certains ont alors le sentiment d'un abandon.

Depuis que je me suis rétablie que moi-même je cherche mon argent, je vois que je suis lésée dans la famille. Ma petite soeur qui m'aidait, avait un garçon qui est mort à 17 ans en 2010. Elle a changé de comportement envers moi, elle ne s'intéresse plus à moi, elle me considère maintenant comme si j'étais bien portante et sans problème. Dans la famille, on m'aide moins qu'avant.

Yolande, célibataire, un enfant 34 ans au dépistage

Cette situation illustre celle déjà décrite au Sénégal, où les personnes, en recouvrant la santé perdent leur statut de malade et les privilèges qui vont avec. En revanche, elles retrouvent une autonomie financière, s'affranchissent de la situation de dépendance vis-à-vis de la famille et regagnent un statut social (SOW & DESCLAUX, 2002b).

Les comportements de la famille fluctuent au fil des années en fonction des événements et des difficultés qui surviennent, indépendamment de l'évolution de la maladie. Aussi l'appui dont les patients bénéficient, tant sur le plan financier qu'affectif, ne peut être considéré comme absolu ni définitif sur le long terme.

Au sein du couple

Parmi les couples « solides », mariés de longue date et ayant des enfants, les conjoints des personnes dépistées ont eu généralement des réactions positives. Lorsque les deux époux étaient séropositifs, une entraide mutuelle s'est mise en place pour affronter ensemble le quotidien de la maladie et la prise du traitement.

Donc parfois c'est elle qui me rappelle. Quand j'étais dans les débuts. Maintenant je suis déjà un ancien. C'est moi maintenant qui lui dis, prends-le tiens. Parfois si je suis au salon, elle va dans la chambre, elle prend juste. Elle prend le sien et le mien, elle vient au salon.

Alban, marié, 3 enfants

Certains se relaient à la pharmacie pour alléger les contraintes du ravitaillement mensuel. D'autres mettent au point des stratégies pour limiter la perte de temps préjudiciable pendant les heures de travail, en occupant la place du conjoint dans la file d'attente. Dans les couples sérodifférents, certains bénéficient également de la sollicitude et de l'attention bienveillante du conjoint, pour le rappel des heures de prise et des jours de visite à l'hôpital. Selon des auteurs, du fait que les personnes n'ont pas à gérer leur traitement dans le secret, qu'elles peuvent en parler librement et mettre en place ces stratégies communes, le partage au sein du couple favorise l'observance (PRIDE, 2013, SKHOSANA *et al.*, 2006). En cas de décès du conjoint ou à la suite d'une séparation, la perte de soutien est difficile. Mais dans les couples plus fragiles, récents, ne partageant pas le domicile ou dont la relation était déjà conflictuelle, les réactions ont été plus contrastées. Certaines personnes ont fait face au rejet et à l'abandon et se sont retrouvées dans une grande solitude, parfois contraintes de rejoindre le domicile paternel. D'autres sont restés unis mais la relation affective s'est peu à peu délitée, jusqu'à parfois, une séparation ultérieure. D'autres études confirment le lien entre la situation préexistant dans le couple, avant le dépistage et la réaction du conjoint, mais aussi la fréquence de réactions positives et du soutien du conjoint après l'annonce (DEGRÉES DU LOÛ, 2011).

La stigmatisation

La crainte de révéler son statut sérologique en dehors de la famille, la réticence à en parler au nouveau compagnon, la méfiance vis-à-vis des ragots du voisinage se fondent sur une expérience quotidienne de la stigmatisation. Tous les patients ont été confrontés à des discours stigmatisants, quand bien même ils n'avaient pas révélé leur séropositivité. Les propos péjoratifs à l'égard des personnes vivant avec le VIH tenus par la famille, les amis ou les collègues, renforcent la conviction qu'il est prudent de se taire.

Malgré leurs précautions, nombreux sont ceux qui ont été directement victimes de stigmatisation de leur entourage.

Beaucoup de personnes au village ont peur de moi, que je peux les contaminer la maladie.

D'autres viennent vers moi me poser des questions : comment j'arrive à vivre avec la maladie, je fais comment ? C'est pour cette raison que je suis partie du village. Dans ma propre famille, mon cousin direct me rejette, j'étais chez lui et il m'a demandé de sortir de sa maison.

Dorothée

La stigmatisation est d'autant plus douloureuse qu'elle provient des membres de la famille.

Elle s'est traduite par des comportements d'exclusion, de mise à l'écart du plat commun ou d'interdictions d'utiliser ses objets usuels de la famille.

Certains ont perdu des amis, qui refusaient de les recevoir chez eux, redoutaient un contact contaminant avec eux et leurs enfants.

Les patients de l'étude justifient souvent ces attitudes en invoquant la peur de la contamination et l'ignorance des risques réels et précisent que ces comportements ont diminué avec le temps. Malgré l'expérience de la stigmatisation renforce la réticence à partager leur statut sérologique, avec les personnes nouvellement rencontrées.

Ces expériences ne sont pas isolées. Une enquête réalisée au Sénégal, a révélé qu'au cours des douze derniers mois, 38% des personnes interrogées ont relaté au moins une expérience de stigmatisation ou de discrimination. (GNP+ & RNP+, 2012). Une étude similaire menée au Cameroun montre que la moitié des personnes de l'enquête ont été victimes d'insultes ou de médisances au cours de l'année, du fait de leur séropositivité (JACOBI *et al.*, 2013). La stigmatisation est donc un phénomène persistant, qui reste un frein important au partage du statut sérologique.

5.6. LES RÉPERCUSSIONS FAMILIALES ET PROFESSIONNELLES

La maladie a eu, pour la plupart des personnes de l'enquête, un impact négatif sur le plan familial et professionnel. Son irruption, dans la vie des personnes, a été souvent suivie de l'éclatement du cercle familial et de sa recomposition : veuvage, séparation, décès d'enfants, retour à la maison familiale, nouvelles unions. Elle a provoqué aussi, chez certains patients, des modifications relationnelles au sein du couple, lorsque l'un des partenaires jugeait l'autre responsable de l'infection.

N'importe comment, les relations entre ma femme et moi ont changé un peu : quand elle sort, elle ne se soucie pas de rentrer tôt. Et moi-même, je ne lui mets pas trop l'oeil. Parce qu'avant, elle savait qu'elle ne pouvait pas revenir à la maison après moi.

Jérôme, marié, son épouse séronégative

Plus de la moitié des femmes et près du tiers des hommes ont vécu un bouleversement familial, du fait de la maladie. Au moment de l'enquête, près de la moitié des femmes vivent seules et/ou sans partenaire, situation que l'on retrouve dans d'autres études (COUTHERUT *et al.*, 2014). Certaines femmes, ont connu un retour contraint dans la maison familiale, après une séparation ou un veuvage, suivi de l'impossibilité d'assumer le paiement d'un loyer. Les difficultés de cohabitation et la gestion délicate de la prise confidentielle du traitement qu'elles décrivent ont été constatées dans des situations similaires au Sénégal (COUTHERUT *et al.*, 2014).

D'autre part, la précarité instaure de nouveaux rapports de dépendance à l'égard des membres de la famille. Annie, revenue vivre avec son enfant dans la maison familiale, à la suite de sa maladie, ne reprend une place importante que lorsqu'elle retrouve une activité professionnelle et apporte un revenu à la famille.

C'est vrai qu'avant, quand je n'étais pas autonome, j'avais des soucis à la maison. Je n'avais pas de parole, il ne fallait pas trop la ramener parce que je ne fais rien, tu ne participes pas, c'est quand j'ai commencé à faire mon petit commerce que j'ai eu un peu de poids.

Annie

La maladie peut aussi inverser les rapports de dépendance traditionnels, entre les aînés et les cadets, ce qui génère des frustrations. Medhi est à la charge de son petit frère depuis qu'il est malade et que les effets secondaires invalidants des ARV l'empêchent de travailler. Il vit très difficilement l'inversion des rôles et ressent cette dépendance comme une humiliation.

C'est dur, quand on pense que toute la vie on va vivre sous la charge d'un petit frère qui se débrouille, il a sa femme, bientôt il aura son deuxième enfant, ça fait mal, autant ne pas exister.

Medhi

Au sein des couples et chez les jeunes femmes, lorsque la santé se rétablit, à la suite de la prise du traitement antirétroviral, le désir d'enfant est fort. Une femme sur cinq dans l'étude n'a pas d'enfant, et la moitié des femmes n'ont qu'un seul enfant. La plupart d'entre elles expriment un souhait de maternité, même si elles n'ont pas pour le moment, de partenaire.

Selon K. SOW, dans un contexte africain, où la maternité est fortement valorisée, ce désir d'enfant répond à la fois aux pressions familiales et aux préoccupations personnelles : besoin d'affirmer sa féminité vis-à-vis de l'entourage, souci d'assurer ses vieux jours, prouver sa bonne santé et infirmer les rumeurs de séropositivité, restaurer une image de soi dégradée par l'infection, consolider le lien conjugal et la place dans la famille (SOW, 2014).

Le projet de maternité est renforcé par l'accès au traitement antirétroviral (MARCELLIN *et al.*, 2010 ; NDOLVU, 2009). Il se heurte au risque de contamination du partenaire en cas de séro-différence, au risque de transmission du virus à l'enfant, mais aussi aux discours parfois confus et contradictoires des soignants. Longtemps, une interdiction implicite de la grossesse prévalait chez les soignants, qui déconseillaient la maternité aux femmes infectées par le VIH. Avec le temps, le développement des

connaissances et la généralisation des antirétroviraux les discours ont évolué, passant de l'interdiction à une grossesse « autorisée » sous contrôle médical (DJETCHA, 2009 ; DESCLAUX & CADART, 2008).

Les femmes de l'étude étaient cependant relativement peu informées sur la manière optimale de mener à bien un projet de grossesse. Les entretiens avec les conseillers, le personnel paramédical et social ainsi que l'observation de séances d'éducation thérapeutique ont confirmé le peu d'informations concrètes transmises, en grande partie par manque d'information du personnel lui-même, qui se contentait de conseiller « *d'en parler au médecin, le moment voulu* ». De fait, peu de femmes osent aborder le sujet avec le médecin, alors que selon DESCLAUX & CADART, une bonne information « en amont » du projet de procréation permet d'améliorer la gestion des risques (DESCLAUX & CADART, 2008). Sur le plan professionnel, la maladie a eu des répercussions néfastes, pour un bon nombre de patients, en termes de perte d'emploi, d'opportunités de carrière, et d'augmentation de la précarité. Dix-sept pour cent (17%) des personnes ont perdu leur emploi en raison de la maladie et deux tiers d'entre eux n'ont pas retrouvé de travail.

Lorsque l'état de santé s'améliore et que les personnes redeviennent actives, la fréquence des visites à l'hôpital est contraignante. Les absences répétées difficiles à justifier, constituent un risque de révélation du statut pour les salariés. La perte d'une journée de travail, pour personnes travaillant dans le secteur informel a un impact important sur les revenus. Or, nous l'avons vu, la majorité des personnes de l'étude vivent dans une grande pauvreté et souvent au jour le jour. Soixante et un pour cent (61%) d'entre elles, principalement les femmes, indiquent un revenu inférieur à 50 000 FCFA (76€) par mois. Un quart des personnes sont sans revenu et entièrement dépendantes de leur famille. La nécessité de faire face aux dépenses de santé, estimées en moyenne, pour les personnes vivant avec le VIH, dans plusieurs pays d'Afrique sub-saharienne entre 70€ et 106€ par personne et par an (BOUFKHED & TAVERNE, 2014), renforcent cette précarité et cette dépendance à l'égard des tiers.

5.7. APRÈS L'ANNONCE ET LE PARTAGE

La découverte de la séropositivité a marqué un tournant dans la vie des patients de l'étude.

Pour certains patients, parmi les plus « anciens » et ceux qui étaient suivis dans des dispensaires ou des cliniques de quartier, l'annonce a été faite par leur médecin. Dans des situations particulières, de jeunes patients ou des patients hospitalisés, ont échappé au circuit classique et ont été confrontés à un dépistage à l'insu et à annonce absente, partielle ou tardive. Dans la majorité des cas cependant, elle a été réalisée par les conseillers psychosociaux dans le cadre du dispositif de conseil et dépistage.

Le message, bien rodé à partir des années 2004, était rassurant et déculpabilisant. Malgré tout, la nouvelle, déstabilisante, a soumis les patients à une succession d'émotions : choc, déni, révolte, colère, culpabilisation, jusqu'à la phase d'acceptation, au cours d'un processus très variable selon les personnes. Les patients ont partagé leur statut, d'une manière assez constante, avec leur mère, les éléments féminins de la proche famille et les aînés. La révélation dans le voisinage ou dans le milieu professionnel était plus rare. La grande majorité des patients ont révélé leur statut à leur conjoint, assez rapidement après le dépistage. En revanche, le partage ultérieur, surtout dans les nouvelles unions, n'a eu lieu que dans la moitié des cas. Si l'entourage a fait preuve, généralement, de compréhension et apporté son soutien au malade, l'appui à long terme est plus aléatoire. Une grande partie des patients de l'étude ont été confrontés à des attitudes de discrimination à leur égard, ce qui renforce le sentiment de culpabilité et l'auto-stigmatisation, surtout chez les femmes et le souci de cacher leur maladie.

Le dépistage et l'annonce de la séropositivité sont la première étape d'une entrée dans le système de prise en charge, centré sur la prise du traitement antirétroviral. Traitement à vie, soumis à une observance rigoureuse, il nécessite une préparation des patients et un accompagnement dont nous allons étudier les modalités et les réalités, à travers l'histoire des patients, dans le prochain chapitre.

RAPPORT DE RECHERCHE ET D'ÉVALUATION

Méthodologie Il s'agit d'une étude transversale, qualitative et quantitative à visée descriptive et analytique. Les femmes enceintes ainsi que leurs partenaires ont été interviewés. Les femmes recevant leurs consultations prénatales dans les sites de l'étude ont été invitées à participer à l'étude. Les partenaires ont été recrutés à travers leurs conjointes. Au total, 12 sites ont été sélectionnés pour l'étude (deux sites à Kayanza et Karusi et quatre à Kirundo et Muyinga) sur la base de critères préétablis. Ces sites incluent aussi bien les formations sanitaires (FOSA) publiques que confessionnelles ou privées.

Résultats Un effectif total de 504 femmes et 360 partenaires provenant de Kayanza, Karusi, Kirundo, et Muyinga et remplissant les critères de sélection ont été interviewés. La majorité des personnes interviewées provenaient du milieu rural (66,5% des femmes et 74,7% des partenaires) et trois quarts des femmes recevaient des soins dans des structures publiques. L'âge moyen des femmes était 20 ans et celui des hommes presque 33 ans. La majorité des personnes interviewées étaient catholiques. La moitié des femmes et des hommes n'avaient atteint que le niveau scolaire primaire. Peu de femmes (9,9%) et un quart des hommes ont déclaré avoir un emploi rémunéré.

Implication des partenaires dans les visites de CPN : Cette étude a démontré que dans les sites de l'étude, plus de 80% des partenaires des femmes enceintes ont déjà accompagné leurs femmes à la visite de CPN. Les facteurs les plus souvent cités par les femmes comme raison de la présence des hommes à la CPN incluent : leur présence est demandée par les prestataires (22,7%), pour se faire dépister du VIH (22,5%), par amour ou préoccupation pour leur femme ou leur famille (22,5%) ou parce qu'ils ont reçu une invitation (19,1%). Pour les hommes, il s'agit d'en savoir plus sur la santé de la mère et du bébé (14,0%), de se faire dépister et conseiller (16,1%), et parce que leur présence est demandée par les prestataires (10,3%). Au total, un peu moins de 8% des partenaires ont aussi déclaré que c'était parce que c'était leur responsabilité en tant que père du bébé et pour soutenir leurs épouses.

De manière générale, la majorité des femmes et de leurs partenaires estimaient que c'est une bonne chose que les partenaires accompagnent leurs femmes à la CPN. Ainsi, 32,8% des femmes ont déclaré que la présence des partenaires à l'Implication des Partenaires des Femmes Enceintes au Burundi permettait au couple d'être conseillé et testé ensemble et 18,7% des femmes ont déclaré que cela permettait au partenaire d'en savoir plus sur son état de santé ainsi que celui de la mère et du bébé.

Même si les réponses des hommes étaient similaires à celles des femmes, contrairement aux femmes, les hommes n'ont pas mis l'accent dans leurs réponses sur le VIH/SIDA. Les hommes ont mentionné comme avantages d'avoir des informations sur l'état de santé du couple et de l'enfant en général, d'aider leurs femmes en cas de besoin afin que la femme sache que son mari se sent concerné par la grossesse mais aussi pour que le staff du centre de santé sache que la femme est mariée.

Cependant au niveau de la communauté, il existe des attitudes stigmatisantes envers les partenaires qui accompagnent leurs femmes à la CPN. Les femmes de la communauté pensent que ces partenaires sont ensorcelés, dominés par leurs femmes ou que le couple est séropositif. Les hommes de la communauté pensent également que ces partenaires ont été ensorcelés ou dominés par leurs épouses et se moquent de ces partenaires.

Les partenaires qui ne sont jamais venus à la CPN affirment que c'est principalement parce qu'ils étaient occupés ou absents, ne savaient pas que c'était nécessaire ou que la femme ne leur avait pas demandé de l'accompagner. Les partenaires ont affirmé qu'ils accompagneraient leur conjointe à la visite de CPN si leur chef religieux ou communautaire le leur demandait.

Perception des services de CPN : La majorité des femmes interviewées ont une perception positive des services reçus lors des CPN et ont déclaré être satisfaites voire très satisfaites des soins reçus et avoir de bonnes ou excellentes relations avec les prestataires (92,3%). La majorité a estimé qu'il y a assez de place pour leur attente (76,1%) mais moins pour les partenaires (56,6%). Plus de 86% des femmes ont déclaré avoir reçu des informations sur le VIH pendant les CPN et il a été demandé à 88,1% de ces femmes de venir à la CPN avec leurs partenaires.

Selon les femmes non satisfaites des soins reçus, ce manque de satisfaction est dû au long temps passé au centre de santé (CDS), et au mauvais accueil de la part du personnel de santé, du manque de disponibilité des prestataires et parfois des intrants. De manière générale, la perception de la qualité de soins des CDS était positive parmi les partenaires même s'il existait des différences importantes de perception des services des CDS entre ceux qui ont déjà accompagné leurs épouses et ceux qui n'ont jamais accompagné leurs épouses.

En effet, elle est plus positive parmi ceux qui ont déjà accompagné leur femme à la CPN. Par exemple, 94,5% des partenaires déjà venus ont estimé que les CDS accueillent bien les partenaires contre 80,6% de ceux jamais venus ($p < 0.001$). En outre, tous les partenaires ne sont pas venus à la demande du personnel. Seuls 73,3% des partenaires déjà venus ont affirmé que le personnel du CDS leur avait demandé d'accompagner leurs épouses.

Pour ceux qui n'ont jamais accompagné leurs épouses, il s'agissait de 23,9%. La grande majorité des femmes et des hommes interviewés ont affirmé ne pas avoir eu de mauvaise expérience. Cependant, pour les femmes, les mauvaises expériences étaient dues au fait d'apprendre le résultat du test VIH et qu'il n'y ait pas de places pour les partenaires. Pour les hommes, la raison la plus citée était d'avoir passé trop de temps au CDS parce qu'il n'y a pas assez de prestataires.

Dépistage des partenaires et partage du statut : Au total 93,9% des hommes interviewés affirment avoir été déjà testés pour le VIH et 65% ont été testés récemment (durant la grossesse de leur conjointe). Cela veut dire que 35% des partenaires doivent être dépistés. La majorité des hommes testés déclarent avoir été dépistés lors de la visite de CPN de leur femme. L'analyse de régressions logistique multivariée a révélé que le seul facteur qui prédit le dépistage durant la grossesse de sa femme est le niveau d'éducation. En effet, lorsque les facteurs confondants sont ajustés, les partenaires qui ont un niveau d'éducation secondaire ont 3.9 fois plus de chance de se faire dépister durant la grossesse de leurs femmes que ceux qui n'ont fait aucune étude (OR= 3.9 ; 95% CI : 1.2-13.1)

Partage du résultat du test : Le partage du résultat était très élevé chez les femmes comme chez les hommes (95,8 et 98.5%, respectivement). Tous les partenaires séropositifs (8) ou dont le statut est indéterminé (4) ont partagé leur statut avec leurs épouses mais une des 16 femmes séropositives et une des 7 femmes dont le statut est indéterminé n'ont pas partagé leur statut avec leur partenaire.

CONCLUSION L'étude a pu dégager un certain nombre de facteurs et de motivations qui influent sur l'implication des partenaires des femmes enceintes dans les services de CPN y compris le manque de satisfaction par rapport à la qualité des services CPN et les attitudes communautaires stigmatisantes envers les partenaires qui accompagnent leurs femmes à la CPN. Les résultats de cette étude ont fourni des éléments importants permettant de concevoir des stratégies culturellement acceptables pour faire face à ces barrières et améliorer la participation des hommes dans les soins maternels et infantiles en particulier la PTME. Ces stratégies incluent : 1) Incorporer une composante de la participation communautaire dans les programmes de

PTME pour combattre les attitudes stigmatisantes et inciter une plus grande implication des partenaires ; 2) Incorporer une composante de renforcement du système de santé communautaire dans les programmes PTME en s'assurant que les agents de santé communautaire ont des rôles clairement définis de travail pour établir des liens entre la communauté ; 3) Utiliser une approche d'amélioration de la qualité pour répondre aux gaps de qualité rapportés par les patientes et leurs partenaires ; 4) Fournir des informations sur le counseling VIH, le dépistage et la PTME aux hommes qui reçoivent des soins de santé sans rapport avec le VIH ; 5) Former et assurer un soutien continu aux prestataires des soins de santé et aux agents de santé communautaires sur les questions de genre en rapport avec la PTME.

Male involvement in prevention programs of mother to child transmission of HIV: a systematic review to identify barriers and facilitators

Authors: Frederick Morfaw^{1*}, Lawrence Mbuagbaw^{2,3}, Lehana Thabane^{3,4}, Clarissa Rodrigues⁵, Ana-Paula Wunderlich⁶, Philip Nana¹ and John Kunda⁷

Abstract

Background: Many reports point to the beneficial effect of male partner involvement in programs for the prevention of mother-to-child-transmission (PMTCT) of HIV in curbing pediatric HIV infections. This paper summarizes the barriers and facilitators of male involvement in prevention programs of mother-to-child transmission of HIV.

Methods: We searched PubMed, EMBASE, CINAHL and the Cochrane Central Register of Controlled Trials (CENTRAL) for studies published in English from 1998 to March 2012. We included studies conducted in a context of antenatal care or PMTCT of HIV reporting male actions that affected female uptake of PMTCT services. We did not target any specific interventions for this review.

Results: We identified 24 studies from peer-reviewed journals; 21 from sub-Saharan Africa, 2 from Asia and 1 from Europe.

Barriers to male PMTCT involvement were mainly at the level of the society, the health system and the individual:

- The most pertinent was the societal perception of antenatal care and PMTCT as a woman's activity, and it was unacceptable for men to be involved.
- Health system factors such as long waiting times at the antenatal care clinic and the male unfriendliness of PMTCT services were also identified.
- The lack of communication within the couple, the reluctance of men to learn their HIV status, the misconception by men that their spouse's HIV status was a proxy of theirs, and the unwillingness of women to get their partners involved due to fear of domestic violence, stigmatization or divorce were among the individual factors.

Actions shown to facilitate male PMTCT involvement were either health system actions or factors directly tied to the individuals:

- Inviting men to the hospital for voluntary counseling and HIV testing and offering of PMTCT services to men at sites other than antenatal care were key health system facilitators.
- Prior knowledge of HIV and prior male HIV testing facilitated their involvement.
- Financial dependence of women was key to facilitating spousal involvement.

Conclusions: There is need for health system amendments and context-specific adaptations of public policy on PMTCT services to break down the barriers to and facilitate male PMTCT involvement.

CPN Papa – DRC

Source : *Innovative Approaches for Eliminating Mother-to-Child Transmission of HIV, "CPN Papa": Men as Change Agents in the Democratic Republic of the Congo*

Anglais Better service delivery and improved uptake, adherence and retention in care are essential to the achievement of universal access to lifelong antiretroviral therapy (ART) for people living with HIV, and innovative approaches are often required. Around the world, including in the Democratic Republic of the Congo, men are key decision makers regarding family issues that affect their partners and children. However, in sub-Saharan Africa, male partner involvement in PMTCT is generally low, and the majority of pregnant mothers across these countries attend maternal health services unaccompanied by their spouses.⁴ Furthermore, it is not common for women in the Democratic Republic of the Congo to disclose their HIV status to their male partner for fear of rejection and stigmatization, which contributes to low levels of male engagement in antenatal care (ANC).⁵ Evidence shows, however, that male involvement in PMTCT programmes increases attendance at ANC visits, and it increases both initiation of ART and retention in care among pregnant women living with HIV.⁶ Male involvement programs have also been shown to reduce the number of pregnant women acquiring HIV.⁶ Therefore, male partner involvement strategies have been identified as a promising practice to support PMTCT outcomes in the Democratic Republic of the Congo.⁷ In the Democratic Republic of the Congo, the National Ministry of Health (MOH) and district health teams coordinated with the Initiative to implement the CPN Papa (Consultations Prénatales Papa, or "ANC Dad") programme to increase uptake of ANC and PMTCT services in six health zones of Katanga and six health zones of Nord-Kivu. Overall, CPN Papa aimed to increase the number of men who accompany their female partner to ANC visits. Lessons learned from the implementation of CPN Papa under the Initiative can be used to inform future PMTCT programming and global efforts to achieve universal access to lifelong ART.

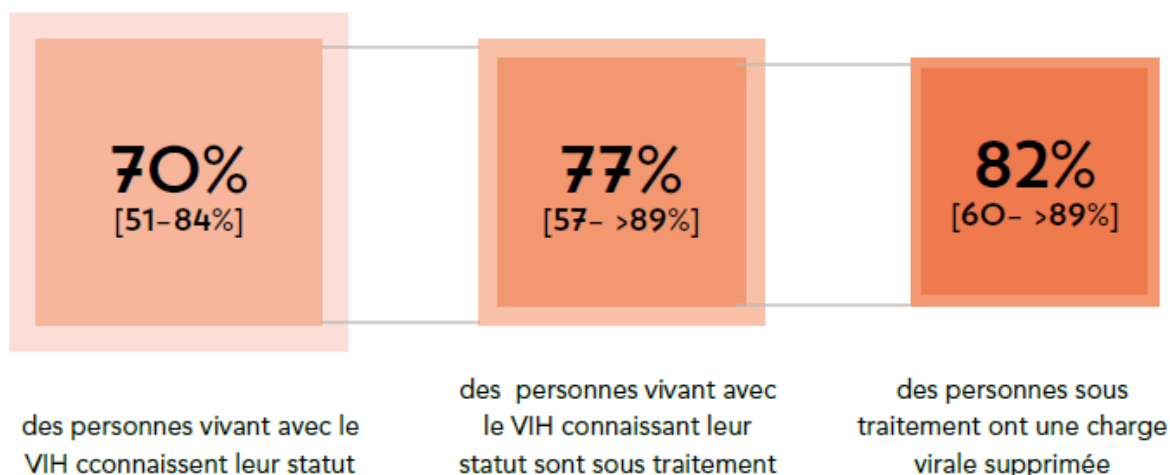
What Is CPN Papa? A woman visiting the health facility alone for ANC was given a personalized "CPN Papa" invitation, with her male partner's name on it. The woman then delivered the invitation to her male partner inviting him to accompany her to future ANC visits (if she so desired). Some facilities also provided women a travel reimbursement, mosquito net, or a birth kit as an incentive for attending ANC with their male partner. Couples who attended ANC together received group education sessions at the facility on the importance of HIV testing and counseling. In addition, local district-level authorities attended community events frequented by men, including church and sporting events, and men's places of work to provide health education to men and recruit them into the programme. Male community leaders, including pastors, chiefs and teachers, also recruited men through their networks and advocated for men to accompany their partners to ANC visits. These community leaders received an initial informal training facilitated by the MOH and implementing partners. The training covered topics such as the basics of HIV testing, prevention and treatment, the importance of male involvement and techniques for engaging men. Some health facilities modified the hours they provided ANC care to accommodate men's work schedules by, for example, offering ANC appointments in the early mornings or later in the evenings.⁴ Furthermore, some employers supported the programme by allowing men time off from work to accompany their partners to ANC visits. Although not recommended by the Initiative, at some sites

couples who attended ANC together received priority in line. Practices such as these can result in negative consequences such as women attending with men who are not their partner and further stigmatizing women who are unable to attend with their partner.⁸ Male involvement should not be a requirement for women to receive care.

Recruitment and Motivation of CPN Papa Participants Women and men were recruited into the programme through ANC visits at the health facility. The men who participated liked having a safe and trusted space to talk and share information. They also liked being perceived as leaders in their community and enjoyed supporting their families' well-being. The personalized "CPN Papa" invitation motivated them to participate. In some areas, couples who attended ANC together were also motivated by receiving small incentives such as a mosquito net or birth kit for attending visits. Male community leaders were motivated to help recruit participants in the programme because they wanted to strengthen their community and improve the health of community members

2.2 Activités Sensibilisation/ Dépistage volontaire

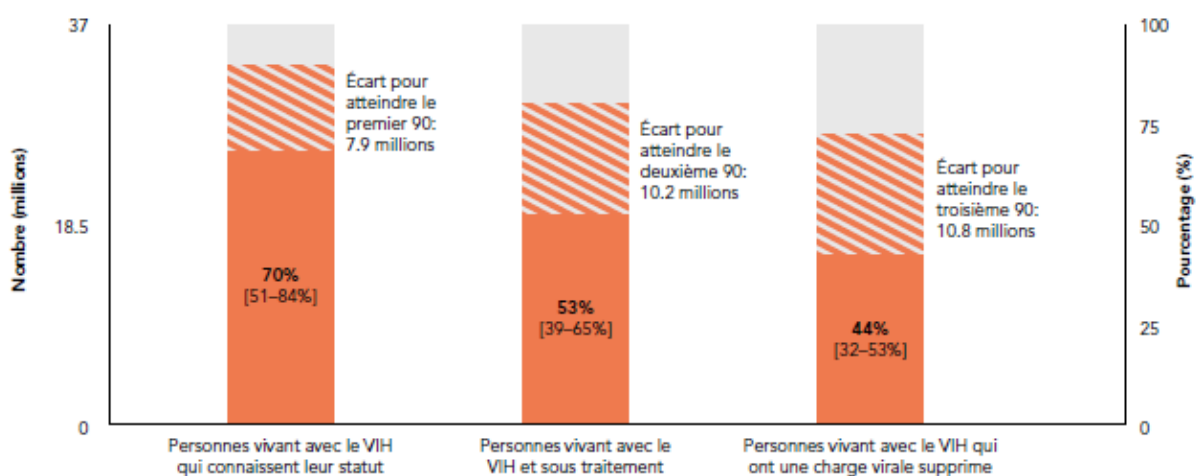
Progrès mondiaux vers les objectifs 90–90–90



Source : En finir avec le SIDA, progresser vers les cibles 90–90–90, Synthèse

Mise à jour des données mondiales du sida, 2017, Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA)

La cascade du dépistage et du traitement VIH



Enjeux et limites du conseil et du test du VIH (CTV) dans un pays de basse prévalence en Afrique Subsaharienne : cas du Burkina Faso Odette Rouamba Ky-Zerbo, HAL

Conclusion

Les approches communautaires touchent différemment les populations suivant leur profil socioéconomique.

- Les populations peu disposées à fréquenter les sites fixes, comme les hommes, utilisent les campagnes. Cette approche semble être plus indiquée pour renforcer la prévention et le dépistage en sites fixes en dehors des campagnes est assimilé à une étape d'accès à la prise en charge ;

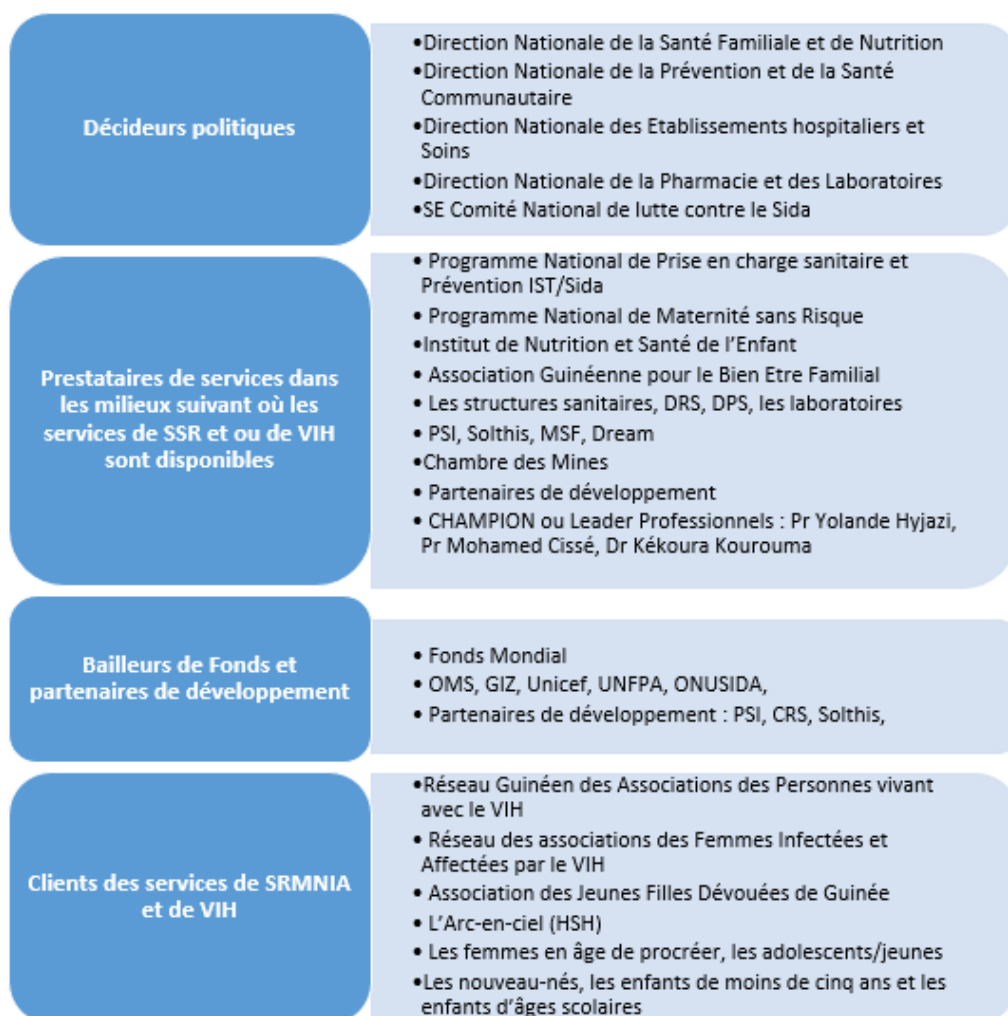
Il apparaît donc pertinent de maintenir et intensifier en parallèle les différentes stratégies de dépistage, avec un meilleur ciblage des populations pendant les campagnes.

- En l'absence de campagne comme recommande par l'OMS pour les pays à faible prévalence, le pays devrait identifier d'autres stratégies plus adaptées pour accélérer la mise sous traitements des personnes porteuses du virus et qui l'ignorent.
 - Test à domicile à partir d'une PVVIH consentante
 - Test en milieu de travail et dans les services privés
 - Utilisation des autotests auprès des personnes scolarisées avec une orientation systématique vers les services de prise en charge ;

Proposition d'activités

- Dans un contexte d'illettrisme et de pauvreté une redynamisation du TIS, accompagnée d'investigations sur les barrières à l'utilisation du CTV, sont nécessaires pour l'atteinte des 90-90-90 %
- La prévalence du VIH à la tendance à se concentrer au sein de certaines populations, initier le test dans l'environnement d'une PVVIH donnée (PVVIH indexe) pourrait permettre d'améliorer le niveau de détection des PVVIH qui l'ignorent et aider à leur accès précoce aux services de prise en charge

Répartition des parties prenantes selon leur niveau d'implication les services de SRMNIA et VIH



Organisations communautaires dans la lutte contre le VIH (2013-2017)

Régions	Intervenants communautaires identifiés	Nombre
Conakry	FMG, AGUIP +, Afrique Arc en Ciel, AGUIFOS, AFIAG, FEG, Vie +, CAM, INAASPO, CJMAD, AGUIEB, GUIAD, GSP, BENKADI, CDR, APRODI, AJCGD, ASFEGMASSI, AFA, ASG, CESSPHAM, AGBEF, Afrique Arc en Ciel	23
Boké	CEFECAM, CAM, MARNOUSSOU, INAASPO, FMG	5
Kindia	AMPS, AFA, SIDALERTE, CERAC Santé, CPTAFE, Fédération Mounafandji, GUIAD, FMG	8
Faranah	NDK, APIC, ALFV, Seconde Chance	4

Labé	Réseau Régionale associations des PVVIH, Modjobéré Wallindiren, Association Haldi Fotti, SAPSUME, BCDORA, FMG	7
N'Zérékoré	AMEV+, EVSG, ASFAGUI, REVES Guinée	4
Kankan	ADEFE, AGUITEB, RAJEUNET Serè TIGUI, Serè MANE, AFA, FEV	6
Mamou	BENKADI+, Union des Mutuelles de Santé de Mamou	2

Enjeux et limites du conseil et du test du VIH (CTV) dans un pays de basse prévalence en Afrique Subsaharienne : cas du Burkina Faso, HAL, Odette Rouamba Ky-Zerbo (Extraits ciblées)

<https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-01514386>

INTRODUCTION

Les ambitions mondiales sont d'identifier 90% des personnes vivant avec le VIH (PVVIH) d'ici 2020 et favoriser leur accès à une prise en charge efficace [1]. Or Pres de la moitié des personnes infectées par le VIH dans le monde (46%) ne le savent pas [2,3] bien que les tests de diagnostic du VIH aient été mis sur le marché depuis 1985 [4] et que l'efficacité des antirétroviraux ait été démontrée [5-6]. De manière générale, en Afrique Subsaharienne les femmes, les 20-34 ans, les personnes résidant en milieu urbain, scolarisées, ou qui ont un niveau de vie élevé ont un meilleur accès au CTV.

L'accès au conseil et au test du VIH (CTV) varie suivant les pays, certains comme le Rwanda ayant atteint l'accès universel, alors que d'autres ont identifié à peine le tiers des PVVIH.

En 2007, dans le but d'améliorer l'accès aux traitements pour le VIH, l'OMS incite à impliquer activement les soignants dans la proposition du test aux patients dans le cadre des soins [16]. De même la stratégie « opt-out », qui consiste à informer les femmes enceintes que le test fait partie de la consultation prénatale, à moins que celles-ci disent ne pas vouloir le faire, est appliquée depuis 2004. Ces propositions actives de test dans les services de santé sont désignées « test à l'initiative du soignant » (TIS), et celui offert au niveau communautaire à la demande des utilisateurs est qualifié de « test à l'initiative du client » (TIC). Les cinq principes éthiques (conseil, confidentialité, consentement, résultat de test correct et connexion des PVVIH avec les services de prise en charge) édictés par l'OMS [17] pour l'offre du CTV s'appliquent au TIS et au TIC.

Le TIS est la stratégie mise en œuvre par la majorité des pays (78% en fin 2013) [12]. Il est bien accepté par les patients [18,19] et permet de réduire les barrières socioéconomiques à l'utilisation du CTV [11], détecte plus de personnes infectées que le TIC et contribue ainsi à accroître le nombre de personnes connaissant leur statut VIH [20-21].

Avant l'introduction du TIS, au début de l'épidémie quand il n'y avait pas de traitements, le TIC était la principale approche promue par l'OMS pour le dépistage du VIH. Il permet de détecter plus précocement les personnes infectées par le VIH [22-23], et touche des personnes qui n'ont jamais fait de test. Il est la stratégie préférée des populations clés et de celles réticentes à utiliser les services de santé comme les 15-24 ans [24]. Bien que la qualité des services du TIC et du TIS soit comparable [25], le TIC est généralement utilisé par des personnes qui ont un niveau de vie en moyenne plus élevé que celles concernées par le TIS [19]. Ces observations invitent à une analyse des approches utilisées pour l'offre du TIC dans les différents contextes.

Au Burkina Faso, moins de la moitié des PVVIH connaissent leur statut sérologique (40% en 2010) [10] et elles arrivent tard dans les structures de prise en charge (41,1% à un stade 3)

[26]. Le TIC a été la première stratégie développée à partir de 1993 par les associations/ONG, avant l'introduction du test à l'intention des femmes enceintes (2002) et du TIS pour les patients autres que les femmes enceintes (2007).

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

Cependant, le TIS est peu opérationnel en dehors des consultations prénatales. En 2013 par exemple 83% des personnes testées l'ont été à travers le TIC, qui détecte également le plus grand nombre de PVVIH: 64% [29]. Parmi les PVVIH suivies à l'hôpital du jour à Bobo-Dioulasso, 52,7% ont appris leur statut grâce au TIC.

Le TIC ayant été particulièrement efficace jusqu'à présent, doit-il être développé davantage pour l'atteinte des 90-90-90 [1], et si oui, selon quelle(s) approche(s)?

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

METHODOLOGIE

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

Les sites de l'étude

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

Collecte des données

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

RESULTATS

Profil des utilisateurs

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

Les principales motivations à la demande du test VIH

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

Enfin, la quatrième catégorie regroupe les utilisateurs qui ont recours aux services à l'exigence ou à la demande du partenaire (23 réponses).

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

Motivations au test par approche communautaire

Le simple souhait de connaître le statut VIH semblait plus s'exprimer lors de la campagne ($p < 0,001$). En période hors campagne, la présence de signes et de symptômes liés au VIH ($p = 0,01$) et la maladie ou le décès du partenaire ($p = 0,01$) motivaient la demande volontaire du test. Il n'y a pas de différence statistique motivée par les comportements sexuels du participant lui-même ($p = 0,5$) ou ceux de son partenaire entre la campagne ($p = 0,05$) et en dehors de la campagne (tableau III).

Motivations au test et caractéristiques des utilisateurs par approche

Le genre

Les campagnes mobilisaient plus les hommes ($p = 0,001$) ; ceux-ci avaient pour principale motivation le désir de connaître leur statut VIH (78,2% contre 58,1% des femmes) ($p < 0,001$).

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

L'Age

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

Le niveau de scolarisation

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

Le statut matrimonial

Les campagnes mobilisaient plus de célibataires ($p=0,025$). Le désir de connaître le statut comme motivation de demande du test VIH était peu avancé par les veufs/veuves ($p=0,003$).

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

Le niveau socioéconomique

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

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

DISCUSSION

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

Utilisation du TIC

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

Les jeunes adultes et les adolescents, surtout ceux des populations clés constituent une population prioritaire pour le dépistage [14]. Moins d'un tiers des utilisateurs du TIC ont moins de 25 ans dans notre analyse. Ce niveau est inférieur aux 42% précédemment trouvés [24]. Ceci pourrait s'expliquer

par la différence des démarches méthodologiques. Notre étude n'a inclus que les personnes âgées d'au moins 18 ans, tandis que les analyses précédentes sont basées sur les données des centres de dépistage et intègrent les 15-17 ans. Au Burkina Faso, les mineurs (moins de 18 ans) doivent avoir une autorisation parentale pour faire leur test.

Cette limitation mérite d'être revue par les autorités nationales comme recommande par l'OMS [14].

L'influence des niveaux d'instruction et de vie dans l'utilisation des services de CTV au Burkina Faso, déjà décrite ailleurs, a été retrouvée dans notre analyse [11,30].

Obermeyer a montré que les plus démunis ont plus tendance à utiliser le TIS et que leur profil est comparable à celui des personnes qui n'ont jamais fait de test. Dans un contexte d'illettrisme et de pauvreté comme celui du Burkina Faso une redynamisation du TIS, accompagnée d'investigations sur les barrières à l'utilisation du CTV, sont nécessaires pour l'atteinte des 90-90-90. La prévalence du VIH au Burkina Faso tendant à se concentrer au sein de certaines populations, initier le test dans l'environnement d'une PVVIH donnée (PVVIH indexé) pourrait permettre d'améliorer le niveau de détection des PVVIH qui l'ignorent et aider à leur accès précoce aux services de prise en charge.

Les approches de TIC

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

Innover dans le dépistage, avec des stratégies de

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

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

Les motivations dans les choix d'approche

Les motivations à l'utilisation des campagnes ont été analysées ailleurs [28]. Les stratégies de proximité touchent mieux les personnes réticentes à fréquenter les structures et qui n'ont jamais fait de test [32-33].

Dans notre analyse, la demande précoce du test (risque sexuel) est plus souvent évoquée par les hommes, les personnes âgées de moins de 35 ans, et celles qui ont au moins le niveau d'éducation secondaire.

Les femmes utilisent davantage les services au moment où elles font face à une menace réelle de leur santé. Cela confirme les analyses montrant qu'au Burkina Faso, c'est la maladie ou le décès du partenaire qui motive plus le test chez les femmes, tandis que les hommes sont plus prompts à demander le test à la suite d'un risque [34].

Cela rappelle la sous-information des femmes par rapport aux hommes sur le VIH [14] mais peut aussi être imputé à une moins grande prise de risque personnelle de leur part ou à leur condition sociale. Auraient-elles davantage peur des résultats du test et de ses conséquences négatives en cas de séropositivité [34]? En effet, les femmes craignent plus d'être abandonnées en cas de séropositivité [35] et elles ont souvent besoin de l'accord du partenaire pour la recherche de services de santé, dont le test VIH [36]. Il est plus aisé de justifier le dépistage auprès de la famille ou de l'entourage en présence de maladie que lorsqu'il y a eu une prise de risque sexuel. Le besoin de se justifier auprès du ou de la partenaire pourrait être un obstacle à la demande précoce de test pour les personnes vivant en couple, et intégrer le test à domicile comme stratégie pourrait aider à lever cette barrière [37].

L'atteinte de l'objectif 90-90-90 passe par la lutte contre la stigmatisation, les différentes études ayant montré la persistance de violence au sein des couples ayant au moins l'un des membres séropositif [38,39]. Par rapport à l'âge, notre hypothèse est que les plus jeunes (moins de 35 ans) ainsi que les personnes instruites seraient plus à l'aise pour discuter de sexualité, ce qui facilite leur demande de services de dépistage quand elles ont pris des risques.

Limites de l'étude

Intérêt de l'étude

⇒ Dans l'original

Conclusion

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

Services de santé adaptés aux besoins des adolescents

Santé sexuelle

La santé sexuelle vise à améliorer la qualité de la vie et des relations interpersonnelles, et non à se borner à dispenser conseils et soins relatifs à la procréation et aux infections sexuellement transmissibles. Selon l'OMS, c'est un état de bien-être physique, mental et social dans le domaine de la sexualité. Elle requiert une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, ainsi que la possibilité d'avoir des expériences sexuelles qui soient sources de plaisir et sans risque, libres de toute coercition, discrimination ou violence. L'accent ici est mis sur le plaisir qu'implique l'acte sexuel (épanouissement sexuel).

Problèmes d'accueil et de stigmatisation des jeunes

Peu des jeunes recourent aux services de PF de peur d'être stigmatisés par le personnel qui pourraient alors les dénoncer à leurs parents ou simplement par peur d'y croiser d'autres adultes qu'ils connaissent.

La discrétion est une condition importante pour ces jeunes et c'est d'ailleurs ce qui pousse la plupart d'entre eux à s'orienter plutôt vers des circuits informels ou d'aller discrètement au domicile de certains agents de santé pour obtenir la contraception.

Les adolescents commencent parfois précocement des rapports sexuels, à l'insu des adultes ou parents qui les prennent toujours pour des petits enfants. D'après le témoignage de plusieurs personnes rencontrées, on dénombre des cas de grossesses non désirées dans les écoles primaires de différentes régions, ce qui pourrait être une cause de déscolarisation ou de l'abandon scolaire chez ces jeunes filles.

Beaucoup de jeunes à cet âge manquent d'information sur la sexualité et certains nous ont d'ailleurs expliqué que bien d'adolescentes croient qu'elles ne peuvent pas tomber enceinte parce qu'elles ne sont pas mariées ou si elles n'entretiennent qu'un seul rapport sexuel.

Pour arriver à une rééquilibrage entre les droits et les devoirs entre femmes et hommes dans la santé de la Reproduction

- Les populations qui sont au cœur de l'épidémie (populations clés) et les adolescents ont un faible accès à ces services
- Testage à l'initiative du client (TIC) est la stratégie préférée des populations réticentes à utiliser les services de santé comme les 15-24 ans.

Les jeunes du CECOJE:

Le CECOJ regroupe de nombreux jeunes filles et garçons qui sont des leaders d'associations au niveau de la communauté. Leur rôle est de préparer les jeunes et adolescents à être des adultes responsables par l'adoption d'un comportement responsable. Ils sont formés comme pairs éducateurs pour lever le tabou autour de la sexualité. Ils encouragent leurs pairs à s'abstenir ou à se protéger en utilisant les préservatifs qu'ils distribuent dans la communauté ou lors des campagnes de dépistage sur le VIH. Ils mènent également des interventions à la radio communautaire. La sexualité reste un sujet tabou, de l'avis de nombreux jeunes et notamment des jeunes filles qui évitent de parler de rapport sexuel ou de toucher/prendre le condom.

Plan stratégique en santé et développement des adolescents et des jeunes en Guinée 2015-2019 (PSDAJ)

Son but est de contribuer à l'amélioration de l'état de santé et du développement de l'adolescent et du jeune pour un épanouissement physique, mental et social. Il décrit les relations entre la survenue des infections IST/VIH et les problèmes des adolescents et jeunes notamment les avortements, les sexualités et mariages précoces, les grossesses non désirées, les mutilations génitales, les fistules vésico-vaginales.

Le PSDAJ comprend quatre axes (4) stratégiques dont deux des domaines qui traitent le VIH, il s'agit de :

- AXE STRATEGIQUE 1 : Amélioration de l'accès des adolescent(e)s et des jeunes à des services adaptés à leurs besoins du point de vue santé, éducation, emploi et information.
 - Domaines d'intervention 1: Intégration du paquet de services de santé adapté aux adolescent(e)s et aux jeunes dans les structures publiques et privées.
 - Domaine d'intervention 3: Accroissement de l'utilisation des services de santé adaptés aux adolescent(e)s et aux jeunes
- AXE STRATEGIQUE 2 : Promotion de l'adoption de comportements responsables chez les adolescents (e)s et les jeunes.
 - Domaines d'intervention 1: Accroître le niveau de connaissances des adolescent(e)s et des jeunes sur les problèmes de santé et les services disponibles y compris leurs droits en matière de santé sexuelle et reproductive.
 - Domaine d'intervention 2 : Renforcer la participation communautaire pour la prise en charge des besoins liés à la santé et l'éducation, l'information, l'emploi des adolescent(e)s et des jeunes.

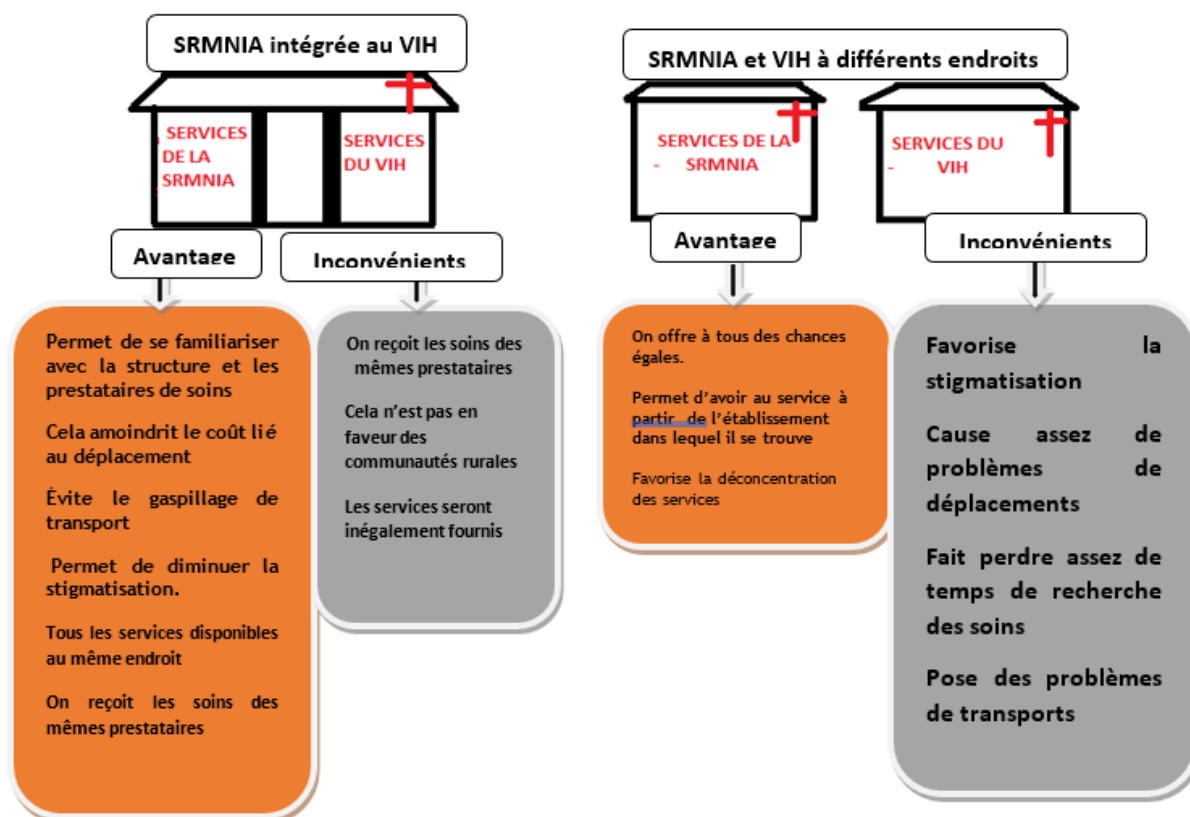
Intégration du concept de la planification familiale et de la contraception dans les documents de counseling VIH en Guinée, 2017

Le point d'entrée, c'est le box de counselling VIH ou toute autre unité où le counselling VIH est offert. Il peut se trouver que le client ait déjà suivi la causerie éducative qui a eu lieu quelques instants auparavant, et dans ce cas le prestataire doit directement procéder au counselling PF après ou au cours du counselling VIH. Si le client a choisi une méthode, il pourra après avoir fait le test de dépistage VIH et en attendant son résultat revenir voir le prestataire VIH qui va le référer activement à l'unité PF, avec sa fiche de méthode.

Analyse situationnelle de l'intégration du VIH et de la santé de reproduction/santé maternelle, néonatale, infantile et des adolescents en Guinée ;

Perception des communautés - Services SRMNIA et VIH intégrés ou séparés (P.66)

Perception des communautés sur les avantages et désavantages sur SRMNIA et VIH dans le même service



La majorité des personnes ayant pris part aux discussions souhaitent avoir les différents services de SRMNIA et VIH lors d'une seule visite. Pour les participants, les différents déplacements occasionnent plusieurs fois le paiement des frais de consultation, la perte de temps pour ses propres activités et aussi, la perte de temps pour s'y rendre. Certaines femmes pensent que la multiplicité d'être vus à plusieurs endroits favorise la stigmatisation (pour les PVVIH) et diminue la motivation de continuer la planification familiale (chez certaines femmes dont leurs conjoints ne sont pas d'accord).

Les avantages de l'accès aux services de SRMNIA et VIH lors d'une seule visite sont nombreux : la facilitation de consacrer une visite (un jour) pour les questions de santé, la réduction du temps pour les services de santé, la réduction du transport, la réduction du temps d'attente. Une seule visite diminue la stigmatisation par le fait que tous les clients sont ensemble. Pour une femme, « la séparation des clients par rendez entraine la distinction qui à son tour augmente la stigmatisation ».

3. Suivi Biologique – Système laboratoire

Stratégie nationale sur la Charge Virale en Guinée - Eléments constitutifs, 6/2018, Anthony BILLAUD, Ph.D., Chef de Projet OPP ERA Guinée/Solthis

www.opp-era.org



1. OBJECTIFS

1. Rendre accessible un suivi biologique par CD4 deux fois par an pour au moins 50% des 37 484 PvVIH d'ici fin 2017.
2. Rendre accessible le suivi par charge virale aux niveaux régional et national pour 50% des PvVIH d'ici fin 2017 afin de progressivement remplacer le comptage CD4.
3. Rendre accessible le diagnostic précoce des enfants nés de mères séropositives dans toutes les régions en Guinée.

2. LES RÉSULTATS ATTENDUS

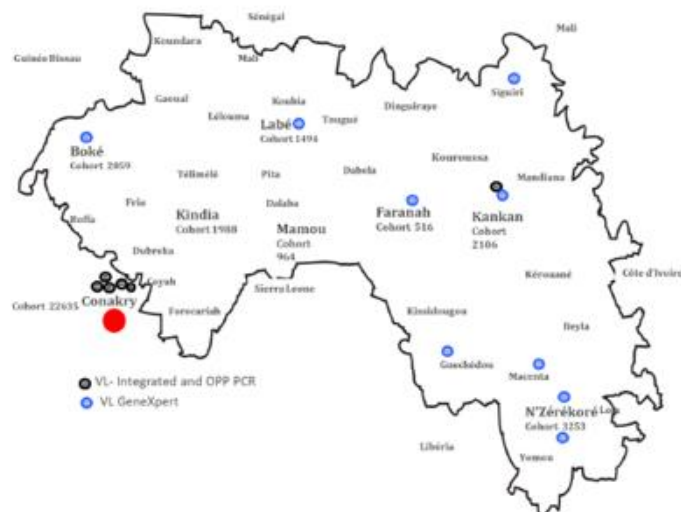
1. 50% des 37 484 PVVIH obtiennent un suivi biologique complet (CD4, hématologie et biochimie) tous les 6 mois.
2. 50% des PvVIH peuvent obtenir un suivi par charge virale au moins une fois par an.
3. Un diagnostic précoce pour tous les enfants nés de mères séropositives.

3. LES INDICATEURS

1. % des PvVIH obtenant un suivi biologique complet tous les 6 mois.
2. % de patients PvVIH obtenant une CV tous les 12 mois.
3. % des enfants nés de mères séropositives obtenant un diagnostic précoce.

Cartographie de l'accès à la CV

Cartography of VLT access (Source: Assessment and National Strategic Plan for the scale-up of HIV Labs).



Source Morbidity data (HIV ART Cohort): NFM/ 2015-2017 - HIV Cohort assessment (May 2017).

Gold standard (i)

Coordination par la direction des laboratoires et harmonisation des partenaires

1. Il y a une direction nationale des laboratoires au ministère de la santé impliquée dans la coordination du passage à l'échelle du DCV avec harmonisation de tous les partenaires et des détenteurs d'enjeu et existence d'un groupe technique de travail sur le Laboratoire (GTTL) qui se réunit régulièrement

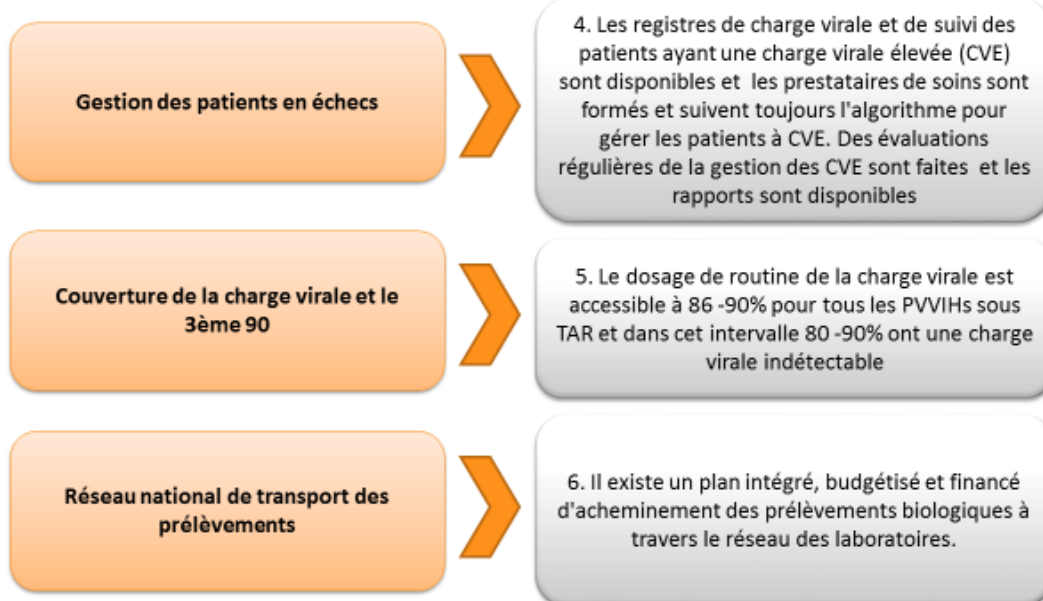
Plan de mise à l'échelle du monitoring de routine de la charge virale

2. Un Plan national de passage à échelle du monitoring de routine de la charge virale existe et est mis en œuvre à tous les niveaux du réseau des laboratoires

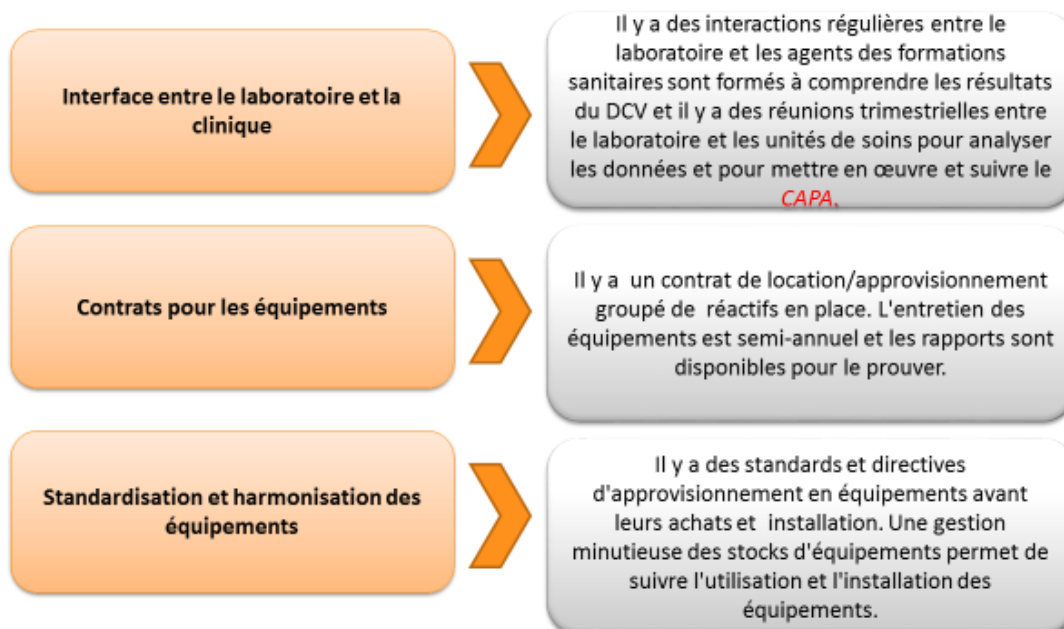
Algorithme du dosage de la charge virale

3. L'algorithme de l'OMS pour le monitoring de la charge virale a été adapté et est inclus dans les directives de nationale sur les soins et le traitement du VIH avec une mise en œuvre complète, y compris un suivi-évaluation régulier des données nationales sur la charge virale

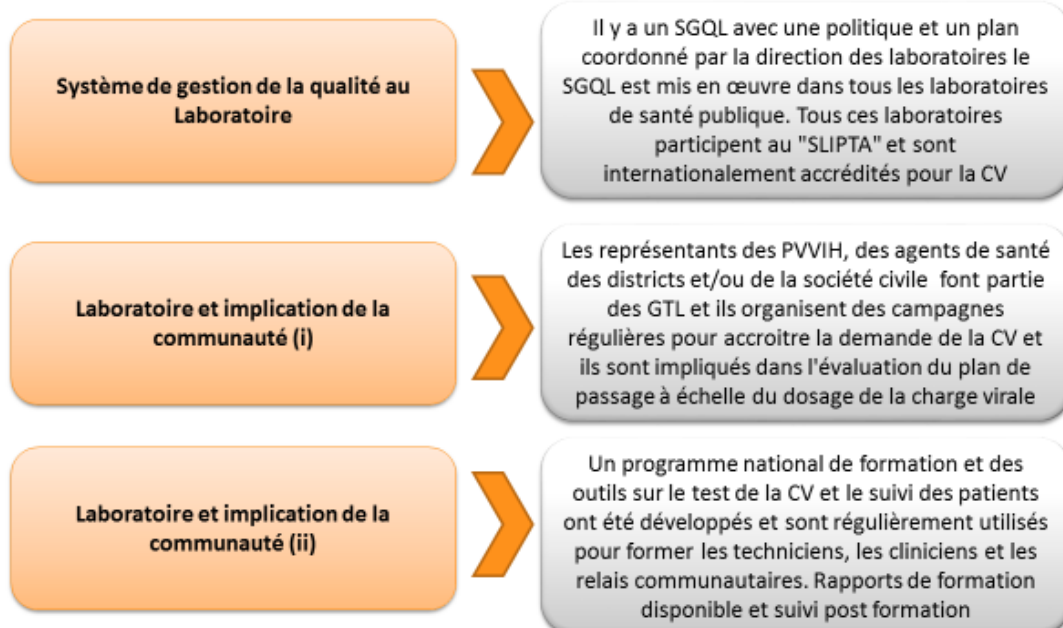
Gold standard (ii)



Gold standard (iii)



Gold standard (iv)



Gold standard (v)

