UNIVERSITÉ DU BURUNDI
GRENIER DU SAVOIR DU BURUNDI
Dépôt institutionnel officiel
https://repository.ub.edu.bi

Le profil des clients fréquentant les centres de dépistage volontaire, anonyme et gratuit pour un dépistage volontaire du VIH /SIDA à l'ère de la nouvelle stratégie nationale de dépistage

Ndayiragije, Révérien; Sous la direction de : Pr Manirakiza Martin

2020-08
UB, Faculté de Médecine
https://repository.ub.edu.bi/handle/123456789/514

Document téléchargé depuis le **Grenier du Savoir du Burundi** — https://repository.ub.edu.bi

UNIVERSITE DU BURUNDI

FACULTE DE MEDECINE

LE PROFIL DES CLIENTS FREQUENTANT LES CENTRES DE DEPISTAGE VOLONTAIRE, ANONYME ET GRATUIT POUR UN DEPISTAGE VOLONTAIRE DU VIH/SIDA A L'ERE DE LA NOUVELLE STRATEGIE NATIONALE DE DEPISTAGE

Par

NDAYIRAGIJE Révérien

Sous la direction de :

Pr MANIRAKIZA Martin

Thèse présentée et soutenue publiquement en vue de l'obtention du grade de Docteur en Médecine

Bujumbura, Août 2020

LISTE DES ENSEIGNANTS DE LA FACULTE DE MEDECINE (Année académique 2019-2020)

I. BUREAU DECANAL

1. Pr Jean Baptiste NGOMIRAKIZA : Doyen
2. Pr Martin MANIRAKIZA : 1er Vice-Doyen
3. Dr Désiré NISUBIRE : 2ème Vice-Doyen

II. Professeurs Emérites

1. Pr Evariste NDABANEZE
2. Pr Gabriel NDAYISABA
3. Pr Richard KARAYUBA
4. Pr Léodegal BAZIRA

III. PROFESSEURS ORDINAIRES

1. Pr Théodore NIYONGABO : Pathologies Infectieuses et Parasitaires
2. Pr Léopold NZISABIRA : Neurologie
3. Pr Gaspard KAMAMFU : Pneumologie
4. Pr Aloys NIYONGABO : Biochimie Structurale et Métabolique
5. Pr Frédéric NSABIYUMVA : Pharmacologie Spéciale, Endocrinologie
6. Pr Rénovât NTAGIRABIRI : Gastro-Entérologie, Hépatologie
7. Pr Elysée BARANSAKA : Cardiologie
8. Pr Jean Baptiste NGOMIRAKIZA : Hépatologie, Nutrition, Physiologie et Sémiologie Digestives

9. Pr Gordien NGENDAKURIYO : Oto-Rhino-Laryngologie, Médecine Légale
10. Pr Déogratias NIYUNGEKO : Pédiatrie
11. Pr Salvator HARERIMANA : Obstétrique
12. Pr Serge BAHIMANGA : Pédiatrie

IV. PROFESSEURS ASSOCIES

1. Pr Claudette NDAYIKUNDA : Hématologie Fondamentale, Hématologie Clinique et Biochimie Pathologique
2. Pr Hélène BUKURU : Pédiatrie
3. Pr Joseph NYANDWI : Néphrologie, Sémiologie et Physiologie Néphrologiques
4. Pr Sylvestre BAZIKAMWE : Gynécologie–Obstétrique, Soins Maternels et Infantiles
5. Pr Jean Claude NIYONDIKO : Anatomie, Orthopédie-Traumatologie
6. Pr Eugène NDIRAHISHA : Endocrinologie, Physiologie et Sémiologie Cardiaques
7. Pr François NDIKUMWENAYO : Physiologie, Education à la Citoyenneté
8. Pr Patrice BARASUKANA : Neuro-Anatomie et Sémiologie Neurologique
9. Pr Sébastien MANIRAKIZA : Imagerie Médicale, Biophysique
10. Pr Déogratias NTUKAMAZINA : Gynécologie-Obstétrique

11. Pr Alexis SINZAKARAYE : Rhumatologie, Médecine Physique et de Réadaptation
12. Pr Martin MANIRAKIZA : Pathologies Infectieuses et Parasitaires, Endocrinologie
13. Pr Lévi KANDEKE : Ophtalmologie
14. Pr Pontien NDABASHINZE : Pédiatrie
15. Pr Léonard BIVAHAGUMYE : Anatomie Tête et Cou, Sémiologie Chirurgicale
16. Pr Stanislas HARAKANDI : Soins Palliatifs, Anesthésie-Réanimation
17. Pr AMANI Moïbéni : Sémiologie Médicale, Physiologie du Tube Digestif
18. Pr Paul BANDEREMBAKO : Urologie
19. Pr Louis NGENDAHAYO : Anatomie Pathologique
20. Pr Gilbert NDAYIZEYE : Anatomie

V. CHARGES DE COURS

1. Dr Emmanuel GIKORO : Imagerie Médicale
2. Dr Hermann NIMPAYE : Parasitologie, Entomologie Médicale et Mycologie
3. Dr Désiré NISUBIRE : Biologie Moléculaire, Cytologie et Génétique
4. Dr Alice NDAYISHIMIYE : Pédiatrie
5. Dr Chantal MUREKATETE : Imagerie médicale
6. Dr Jean Claude MBONICURA : Pathologie Chirurgicale
7. Dr Thierry SIBOMANA : Pneumologie

8. Dr Thoto Shabani MAREBO : Urologie
9. Dr Jean Bosco BIZIMANA : Neuro-Anatomie, Neuro-Chirurgie
10. Dr Zacharie NDIZEYE : Méthodologie de la Recherche, Epidémiologie et Déontologie
11. Dr Daniel NDUWAYO : Physiologie Neurologique

VI.CHARGES D'ENSEIGNEMENT

1. Dr Jacques NDIKUBAGENZI : Anthropologie, Hygiène et Epidémiologie
2. Dr Sandra NKURUNZIZA : Initiation à la Santé Publique, Gestion Hospitalière
3. Dr Désiré HABONIMANA : Méthodologie de Recherche
4. Dr Jean Claude NKURUNZIZA : Administration des Services de Santé, Démographie

VII. MAITRES ASSISTANTS

1. Mme Claire NDAYIKENGURUKIYE : Immunologie, Bactériologie et Virologie
2. Ph Ramadhan NYANDWI : Pharmacologie Générale

VIII. ASSISTANTS EN FORMATION

1. Dr Paulin BARAMBURIYE : Anatomie
2. Dr Roméo IRANKUNDA : Physiologie
3. Dr Eloi IRANGABIYE : Dermatologie
4. Dr Epipode NTAWUYAMARA : Anatomie Pathologique
5. Dr Evrard NIYONKURU : Anatomie Pathologique

IX. ENSEIGNANTS A TEMPS PARTIEL

1. Dr Elie MUPERA	: Dermatologie
2. Dr Sylvère SAKUBU	: Psychiatrie
3. Dr Gaspard MARERWA	: Anatomie Pathologique Spéciale
4. Dr Thaddée BARANCIRA	: Physique
5. Dr Léopold HAVYARIMANA	: Chimie Générale et Organique
6. Dr KAYOYA Jean Bosco	: Biostatistique
7. Dr Juvénal MUYUKU	: Stomatologie
8. Mr Bonaventure NIKOYANDOYE	: Psychologie Générale
9. Mme Joelle GATORE	: Mathématiques
10. Mr Ferdinand NCABWENGE	: Anglais Médical
11. Dr Michelle MUKESHIMNA	: Informatique
12. Mme Patricie BARAHINDUKA	: Soins Infirmiers
13. Dr KAMO Emmanuel	: Médecine du Travail
14. Dr Sylvain NIYONKURU	: Sémiologie Chirurgicale I
15. Dr Canisius HAVYARIMANA	: Sémiologie Chirurgicale II
16. Dr Didier KAMATARI	: Anatomie

DEDICACES

A mon regretté père ;

A ma chère mère pour avoir éclairé mon chemin, pour tous les efforts et sacrifices consentis afin qu'aboutisse mon travail, pour votre profonde affection, vos conseils et prières. Nul mot ne saurait vous exprimer ma profonde gratitude.

Que notre Dieu, le Tout Puisant, vous accorde sa grâce, longue et heureuse vie ;

Au Gouvernement du Burundi, mon soutien financier principal depuis l'école primaire jusqu'à l'Université ;

A mes frères et sœurs ;

A ma famille élargie et restreinte ;

A tous ceux qui ont toujours souhaité ma réussite ;

A la 35ème promotion de la Faculté de Médecine de Bujumbura ;

Je dédie cette thèse.

REMERCIEMENTS

Au Pr Martin MANIRAKIZA, **Directeur de thèse**,

Nous vous remercions de l'honneur que vous nous avez fait en dirigeant ce travail. Votre amour du travail, votre souci du travail bien fait, votre humilité, et votre sens d'organisation nous ont profondément marqué. Trouvez ici cher Maître l'expression de notre reconnaissance, admiration et respect.

Au Pr Eugène NDIRAHISHA, Président du jury,

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de présider le jury de notre thèse malgré vos multiples engagements. Recevez ici cher Maitre l'expression de notre profonde gratitude.

Au Dr Thierry SIBOMANA, Membre du jury,

Accepter de juger ce travail, nous gratifie car vous l'avez fait malgré vos multiples préoccupations. Veuillez accepter notre entière considération.

Au Gouvernement du Burundi, pour m'avoir soutenu durant toute ma scolarité.

A tous mes enseignants de l'école primaire jusqu'à l'université.

A tous mes collègues de la 35ème promotion à la faculté de médecine de Bujumbura, pour les joies et les peines partagées.

A tout le personnel de l'ANSS/Centre Turiho, du CPAMP/CHUK et de la SWAA-BURUNDI/Antenne Bujumbura pour nous avoir facilité l'accès aux dossiers des visiteurs.

A toute personne qui a contribué pour la formation et la réalisation de notre travail.

Nous disons sincèrement merci.

SYMBOLES, SIGLES ET ABREVIATIONS

%	: pourcentage
/	: par
<	: inférieur
ADVIH	: Autotest de dépistage du VIH
AIDS	: Acquired Immunodeficiency Syndrom
ANSS	: Association Nationale de Soutien aux Séropositifs et malades du SIDA
CATIE	: Canada's source for HIV and hepatitis C Information
CD4	: cluster of differenciation 4
CDVAG	: Centre de dépistage volontaire, anonyme et gratuit
CHUK	: Centre Hospitalo-Universitaire de Kamenge
CNRTL	: Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales
CNTS	: Centre Nationale de Transfusion Sanguine
CPAMP	: Centre de Prise en charge Ambulatoire et Multidisciplinaire des Personnes vivant avec le VIH/SIDA
CPN	: Consultation prénatale
EDS	: Enquête Démographique et de Santé
ELISA	: Enzymed-Linked Immuno-Sorbent Assay
EPOA	: Enhanced Peer Outreach Approach
et coll.	: et ses collaborateurs
F	: Féminin
FHI	: Family Health International

HIV	: Human Immunodeficiency Virus
ILOAIDS	: International labour organization's programm on HIV/AIDS and the world of work
IRIS	: Institut de Relations Internationales et Stratégiques
IST	: Infections Sexuellement Transmissibles
ISTEEBU	: Institut des Statistiques et d'Etudes Economiques du
ITSS	: Infections Transmissibles Sexuellement et par le Sang
M	: Masculin
MSM	: Men who have sex with men
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
ONUSIDA	: Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida
PEPFAR	: President's Emergency Plan For Aids Relief
PTME	: Prévention de la transmission mère-enfant
PVVIH	: Personnes vivant avec le VIH/SIDA
SIDA	: Syndrome d'immunodéficience acquise
SWAA	: Society for Women and Aids in Africa
TAR	: Traitement antirétroviral
TDR	: Test de diagnostic rapide
TROD	: Test Rapide d'orientation diagnostique
USA	: United States of America
USAID	: United States Agency for International Development
VIH	: Virus de l'immunodéficience Humaine
VIH+	: Séropositifs

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I. Répartition des clients selon l'âge pour les 3 CDVAG 16

Tableau II. Répartition des clients selon le sexe pour les 3 CDVAG..... 17

Tableau III. Répartition des clients selon l'âge et le sexe pour les 3 CDVAG .. 17

Tableau IV. Répartition des clients selon la profession pour les 3 CDVAG..... 18

Tableau V. Répartition des clients selon l'état civil pour les 3 CDVAG 19

Tableau VI. Répartition des clients selon la provenance pour les 3 CDVAG.... 19

Tableau VII. Répartition des clients selon l'existence ou non du test de dépistage antérieur pour les 3 CDVAG..... 20

Tableau VIII. Répartition des clients selon le résultat du test de dépistage antérieur pour les 3 CDVAG…….. 20

Tableau IX. Répartition des clients selon le motif du dépistage du VIH par CDVAG..... 21

Tableau X. Répartition des clients selon le facteur de risque par CDVAG..... 24

Tableau XI. Répartition des clients selon le résultat du test de dépistage actuel par CDVAG..... 26

Tableau XII. Répartition des séropositifs par tranche d'âge..... 27

Tableau XIII. Répartition des séropositifs selon le sexe..... 27

Tableau XIV. Répartition des séropositifs selon l'état civil 28

Tableau XV. Répartition des séropositifs selon la profession 28

Tableau XVI. Répartition des séropositifs selon la provenance 29

Tableau XVII. Répartition des séropositifs selon les antécédents et résultat du test de dépistage antérieur 29

Tableau XVIII : Répartition des séropositifs selon le motif du dépistage 30

Tableau XIX. Répartition des séropositifs selon le facteur de risque 31

Tableau XX. Répartition des séropositifs vis-à-vis de la prise en charge 32

TABLE DES MATIERES

LISTE DES ENSEIGNANTS DE LA FACULTE DE MEDECINE (Année académique 2019-2020) i
DEDICACES vi
REMERCIEMENTS vii
SYMBOLES, SIGLES ET ABREVIATIONS viii
LISTE DES TABLEAUX x
TABLE DES MATIERES xii
0. INTRODUCTION 1
I. GENERALITES 4
I.1. Définition 4
I.2. Epidémiologie 4
I.3. Comment le VIH se transmet-il ? 7
I.4. Tests de dépistage 7
I.5. Cibles 90-90-90 8
I.6. Services de dépistage du VIH 9
I.7. Prévention du VIH 9
I.7.1. Stratégies de prévention du VIH hautement efficaces 9
I.7.2. Prévention du VIH dans les populations clés 10
I.7.3. Prévention de la transmission mère-enfant 11
I.8. Nouvelles stratégies de dépistage du VIH 11
II. MATERIELS ET METHODES 14
II.1. Lieu d'étude 14
II.2. Type et période d'étude 14
II.3. Population d'étude = Population cible 14
II.4. Critères d'inclusion 14
II.5. Source de données 14
II.6. Collecte des données 15
II.7. Traitement des données 15
II.8. Considérations éthiques 15

III. RESULTATS..... 16
III.1. Répartition des clients selon les aspects sociodémographiques 16
III.1.1. Répartition des clients selon l'âge..... 16
III.1.2. Répartition des clients selon le sexe..... 17
III.1.3. Répartition des clients selon l'âge et le sexe..... 17
III.1.4. Répartition des clients selon la profession..... 18
III.1.5. Répartition des clients selon l'état civil 19
III.1.6. Répartition des clients selon la provenance 19
III.2. Antécédent de dépistage..... 20
III.2.1. Répartition des clients selon l'existence ou non du test de dépistage antérieur……. 20
III.2.2. Répartition des clients selon le résultat du test de dépistage antérieur... 20
III.3. Répartition des clients selon le motif du dépistage du VIH..... 21
III.4. Répartition des clients selon le facteur de risque d'attraper le VIH 23
III.5. Répartition des clients selon le résultat du test de dépistage actuel..... 26
III.6. Répartition des séropositifs des 3 CDVAG selon les aspects sociodémographiques……..... 27
III.6.1. Répartition des séropositifs par tranche d'âge 27
III.6.2. Répartition des séropositifs selon le sexe 27
III.6.3. Répartition des séropositifs selon l'état civil 28
III.6.4. Répartition des séropositifs selon la profession..... 28
III.6.5. Répartition des séropositifs selon la provenance 29
III.7. Antécédents et résultat du test de dépistage antérieur chez les séropositifsdes 3 CDVAG…….. 29
III.8. Répartition des séropositifs des 3 CDVAG selon le motif du dépistage..... 30
III.9. Répartition des séropositifs des 3 CDVAG selon le facteur de risque 31
III.10. Attitude adoptée par les séropositifs des 3 CDVAG vis-à-vis de la prise en charge……. 32

IV. COMMENTAIRES, DISCUSSIONS ET REVUE DE LA LITTERATURE……...……..33
IV.1. Données générales.....33
IV.1.1. Age.....33
IV.1.2. Sexe.....33
IV.1.3. Age et sexe.....34
IV.1.4. Profession.....34
IV.1.5. Etat civil.....35
IV.1.6. Provenance.....36
IV.2. Antécédents de dépistage.....36
IV.3. Résultat du test de dépistage antérieur.....37
IV.4. Motif de demande de dépistage du VIH.....38
IV.5. Facteurs de risque.....39
IV.6. Résultat du test de dépistage actuel.....40
IV.7. Caractéristiques des séropositifs.....40
IV.7.1. Age des séropositifs.....40
IV.7.2. Sexe des séropositifs.....41
IV.7.3. Etat civil des séropositifs.....42
IV.7.4. Profession des séropositifs.....43
IV.7.5. Provenance des séropositifs.....44
IV.7.6. Motif ayant amené les séropositifs au dépistage.....44
IV.7.7. Facteur de risque des séropositifs.....45
IV.7.8. Attitude des séropositifs vis-à-vis de la prise en charge.....46
V. CONCLUSION ET SUGGESTIONS.....47
V.1. Conclusion.....47
V.2. Suggestions.....48
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....50
ANNEXES.....57

0. INTRODUCTION

Le Virus de l'immunodéficience humaine (VIH) affecte le système immunitaire d'une personne qui est composé de cellules CD4 et de globules blancs agissant comme les soldats du système immunitaire pour lutter contre les infections, les bactéries et les virus. Le VIH détruit ces cellules CD4 au fur et à mesure qu'il se multiplie dans l'organisme [1].

Le sida ou syndrome d'immunodépression acquise, révélé en 1981, est la conséquence grave de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH), responsable d'une diminution de l'immunité cellulaire qui est source d'infections opportunistes [2].

L'OMS et L'ONUSIDA ont conjointement déclaré le 29 Août 2017 que :

« Élargir l'accès au dépistage du VIH est fondamental pour en finir avec l'épidémie de sida d'ici à 2030, en donnant à chacun le droit de connaître son statut vis-à-vis du VIH au moyen de programmes de dépistage nationaux de haute qualité qui respectent la dignité de l'individu et les droits de l'homme » [3].

Au niveau mondial, environ 19% des personnes vivant avec le VIH ne connaissaient pas leur statut sérologique à la fin de 2019 [4].

Même si le seul moyen de déterminer le statut sérologique est de faire un test de dépistage du VIH, les efforts de nombreux pays n'atteignent pas les personnes exposées au plus grand risque, à savoir les jeunes filles et les jeunes femmes, les hommes et les groupes de populations clés notamment les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les travailleuses du sexe, les personnes qui s'injectent des drogues, les personnes transgenres, les personnes en prison ou dans des environnements confinés [5].

Selon l'ONUSIDA, plus de 80% des personnes vivant avec le VIH au Burundi connaissaient leur statut en 2019. Le pays est près des objectifs 90-90-90 fixés par la communauté internationale pour 2020. Cependant, il reste un effort à fournir pour atteindre les populations marginalisées, dont les travailleuses du sexe, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes [6].

A partir de 2019, vu que le VIH/SIDA reste l'une des principales causes de décès au Burundi, le pays a décidé d'actualiser la stratégie nationale de dépistage afin de mettre en place un contrôle durable de l'épidémie. Cette stratégie vise à optimiser la détection des cas tout en réduisant le nombre total de tests effectués à l'échelle nationale [7].

Ainsi, le VIH/SIDA est une maladie qui hante le monde entier et dont le contrôle durable passe par la connaissance du statut sérologique. Dans l'idéal, ce sont les groupes à haut risque qui visiteraient le plus les CDVAG depuis l'actualisation de la stratégie nationale de dépistage en 2019.

Cela a suscité en nous une interrogation : L'accès au dépistage du VIH/SIDA profite-t-il aux personnes exposées au plus grand risque, telles que ciblées par la nouvelle stratégie de dépistage ?

Nous nous sommes fixés les objectifs suivants :

- **Objectif général** : étudier le profil des clients demandant un dépistage du VIH/Sida à l'ère de la nouvelle stratégie nationale de dépistage
- **Objectifs spécifiques** :

✓ déterminer les principales catégories sociodémographiques demandant un test de dépistage du VIH

✓ dégager les motivations des demandes de dépistage de l'infection à VIH

✓ déterminer la prévalence du VIH dans cette population

✓ préciser le profil des séropositifs dans cette population

I. GENERALITES

I.1. Définition

Le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) est un rétrovirus qui s'attaque aux cellules du système immunitaire et les détruit ou les rend inefficaces. Aux premiers stades de l'infection, le sujet ne présente pas de symptômes. Cependant, l'évolution de l'infection entraîne un affaiblissement du système immunitaire et une vulnérabilité accrue aux infections opportunistes [8].

Ce virus, d'une très grande variabilité génétique, est connu sous deux types : le VIH-1, identifié en 1983 et le VIH-2, identifié en 1986, tous deux à l'Institut Pasteur et dérivant de SIV (virus de l'immunodéficience simienne), virus existant chez le singe. Le VIH-2, moins virulent, est surtout fréquent en Afrique occidentale et en Asie du Sud [9].

Le Sida est une maladie infectieuse, conséquence grave de l'infection par le VIH, qui provoque un affaiblissement du système immunitaire, pouvant se manifester d'abord par des signes généraux (fièvre, asthénie, amaigrissement, diarrhée, adénopathies, etc.) et qui se caractérise essentiellement par la multiplication d'infections diverses (cutanées, intestinales, pulmonaires, cérébrales) et par des cancers, entrainant la mort [10].

I.2. Epidémiologie

Plusieurs années après la découverte du VIH-1 par des chercheurs pasteuriens (découverte récompensée en 2008 par le prix Nobel de médecine), le sida reste un fléau inacceptable. Le VIH est aujourd'hui une des causes principales de décès dans le monde pour les adolescents et les femmes en âge de procréation [11].

En 2018, les personnes issues des populations clés et leurs partenaires représentaient plus de la moitié de toutes les nouvelles infections.

Ces populations clés sont notamment les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les travailleurs du sexe, les prisonniers, les personnes transgenres et les consommateurs de drogues injectables. Ces populations couraient 22 fois plus de risques de contracter le VIH que la population générale [12].

Les chiffres suivants (fin 2019) sont à retenir [4] :

- ✓ 38 millions de personnes vivent avec le VIH
- ✓ 68 % des adultes et 53 % des enfants vivant avec le VIH dans le monde recevaient un traitement antirétroviral (TAR) à vie.
- ✓ 690 000 décès en 2019 liés au virus et 1,7 million de nouvelles infections en raison de services lacunaires contre le VIH
- ✓ plus des deux tiers des personnes vivant avec le VIH se trouvent dans la Région africaine de l'OMS (25,7 millions)
- ✓ 81 % des personnes vivant avec le VIH se savaient infectées
- ✓ 67 % recevaient un traitement antirétroviral et la suppression de la charge virale avait été obtenue chez 59 % d'entre elles qui ne présentaient plus de risque infectieux pour autrui.
- ✓ 25,4 millions de personnes avaient accès à un traitement antirétroviral.

Au Burundi :

Selon le rapport d'activités sur la lutte contre le sida et rapport sur les progrès enregistrés vers un accès universel, la séroprévalence nationale va decrescendo au fur des années [13] :

- ✓ La première enquête d'envergure nationale qui fut conduite en 1989 auprès des adultes âgés de 15-44 ans a révélé des séroprévalences de

6,5% dans les zones urbaines et semi-urbaines et de 0,6% en zone rurales.

- ✓ La deuxième enquête nationale de séroprévalence qui a été réalisée en 2002 auprès de 5.569 personnes âgées de 12 ans et plus a montré une prévalence nationale du VIH égale à 3.2%.

- ✓ La troisième enquête nationale de séroprévalence menée en 2007 auprès de 18.000 personnes âgées de 18 mois et plus a trouvé que la séroprévalence nationale de la population âgée de18 mois et plus est de 3,0% (soit 2,8 % en milieu rural, 4,4 % en milieu semi - urbain et 4,6 % en milieu urbain).

- ✓ L'Enquête Démographique et de Santé réalisée en 2010 auprès de 8 087 personnes âgées de 15-49 ans, indique que le taux de séroprévalence du VIH dans la population de 15-49 ans est estimé à 1,4 % (soit 1,0% en milieu rural, 4,1 % en milieu urbain).

Selon la modélisation du Spectre 2019 de l'ONUSIDA, le taux de prévalence du VIH est de 0,7%. Chez les adultes âgés de plus de 15 ans, ce chiffre est de 1,2%. Les taux de prévalence varient en fonction du sexe, de la tranche d'âge et du milieu [7].

I.3. Comment le VIH se transmet-il ?

Le VIH se trouve dans certains liquides corporels des personnes vivant avec le VIH, notamment le sang, le sperme, les sécrétions vaginales, les sécrétions rectales et le lait maternel.

Les modes de transmission du VIH sont les suivants :

- ✓ rapports sexuels (vaginaux ou anaux) non protégés et, dans de très rares cas, contacts bucco-génitaux avec une personne infectée;
- ✓ transfusion de sang contaminé;
- ✓ partage d'aiguilles, de seringues, d'autres matériels d'injection, de matériel chirurgical ou d'autres instruments pointus;
- ✓ de la mère à l'enfant pendant la grossesse, l'accouchement ou l'allaitement au sein.

Si une personne vivant avec le VIH suit un traitement antirétroviral, qui supprime efficacement le VIH dans son organisme, son risque de transmettre le VIH à une autre personne est considérablement réduit [14].

I.4. Tests de dépistage

Le test de dépistage du VIH est aujourd'hui le seul moyen de savoir si l'on a contracté le virus. Un dépistage précoce est important car en cas de test de confirmation positif, il permettra de débuter un traitement rapidement pour ainsi diminuer la quantité de virus dans le sang, jusqu'à ce qu'elle devienne indétectable. Il est ainsi possible de préserver les défenses immunitaires et de réduire le risque de transmission [15].Trois modalités de dépistage pour le diagnostic de l'infection à VIH sont disponibles : les tests sérologiques Elisa et de confirmation qui sont réalisés en laboratoire, les TROD qui peuvent être réalisés par une tierce personne qui n'est pas forcément un professionnel de santé et les autotests de dépistage (ADVIH) en vente en pharmacie et mis à disposition gratuitement dans des structures habilitées. La performance de ces

tests est jugée globalement équivalente pour une activité de dépistage, sauf en cas d'exposition récente (<3mois) [16].

Le diagnostic biologique de l'infection par le VIH repose sur une stratégie en deux temps [17] :

→ **Dépistage** : **test ELISA de 4ème génération (mixte et combiné)** : mise en évidence des Ac anti-VIH1 et anti-VIH2 + détection combinée de l'Ag p24 permettant un dépistage des infections récentes. La négativité d'une sérologie VIH ne peut être affirmée avec certitude que 6 semaines après une exposition supposée.

→**Confirmation** : **Western-Blot** : révèle la présence d'anticorps dirigés contre différentes protéines du VIH-1 ou VIH-2. Ce test permet de différencier une infection de type VIH-1 ou VIH-2 ou mixte. Il est réalisé si la sérologie de dépistage est positive ou douteuse.

Quant au TROD, c'est un test à visée de dépistage, d'orientation diagnostique ou d'adaptation thérapeutique immédiate, qui ne constitue pas un examen de biologie médicale et ne se substitue pas au diagnostic réalisé au moyen d'un examen de biologie médicale. Le patient en est informé ainsi que des moyens de confirmation par un examen de biologie médicale sont nécessaires « si la démarche diagnostique ou thérapeutique le justifie. » [18].

I.5. Cibles 90-90-90

L'ONUSIDA a lancé à Melbourne en 2014 lors de la 20e Conférence internationale sur le sida, les objectifs 90–90–90 qui sont devenus un pilier central de la quête mondiale pour mettre fin à l'épidémie de sida. Ces objectifs visent à ce que de 2014 à 2020, 90% des personnes vivant avec le VIH connaissent leur statut sérologique, 90% des personnes vivant avec le VIH soient sous couverture du traitement antirétroviral et qu'il y'ait suppression de la charge virale chez 90% des personnes sous traitement [19].

I.6. Services de dépistage du VIH

Parmi les cibles 90-90-90 des Nations Unies pour mettre un terme à l'épidémie de VIH, la première consiste à faire en sorte que 90% des personnes vivant avec le VIH connaissent leur statut sérologique. Le dépistage du VIH est donc essentiel pour atteindre la « première cible 90 » [5].

Qu'est-ce que le conseil et dépistage du VIH ?

Le conseil et dépistage du VIH désigne une intervention de santé publique dans le cadre de laquelle un individu, un couple ou une famille bénéficie le dépistage du VIH et des conseils sur la prévention, la prise en charge et l'appui en matière de VIH [20]. Bien qu'il existe de nombreuses approches différentes pour l'administration du conseil et du dépistage, l'intervention comprend 5 éléments de base :

1. Des conseils avant le test expliquant le processus de dépistage
2. Une évaluation du comportement à risque
3. Le consentement éclairé de chaque participant
4. L'administration du test du VIH
5. Des conseils après le test basé sur ses résultats.

Tous les services de dépistage du VIH doivent être dispensés en appliquant les 5 C essentiels de l'OMS : consentement, confidentialité, conseil, résultats corrects et connexion [21].

I.7. Prévention du VIH

I.7.1. Stratégies de prévention du VIH hautement efficaces

Il existe quatre stratégies de prévention du VIH qui sont considérées comme hautement efficaces pour réduire le risque de transmission du VIH.

Les voici :

- L'utilisation régulière et correcte du préservatif
- L'utilisation régulière et correcte du traitement antirétroviral (TAR) pour maintenir une charge virale indétectable
- L'utilisation régulière et correcte de la prophylaxie préexposition (PrEP) orale
- L'utilisation régulière et correcte d'interventions de réduction des méfaits (programmes d'aiguilles et de seringues, traitement par antagonistes des opioïdes et services de consommation sécuritaire)

En plus de ces stratégies de prévention hautement efficaces, il existe plusieurs stratégies de réduction des risques qui peuvent aider à prévenir la transmission du VIH [22].

I.7.2. Prévention du VIH dans les populations clés

Globalement, les piliers de la prévention sont à juste titre rappelés : l'utilisation du préservatif et du gel lubrifiant reste le socle de la prévention de la transmission sexuelle. Pour les usagers de drogues, l'importance de l'accès gratuit à du matériel d'injection stérile et aux produits de substitution est aussi rappelée. Pour les hommes homosexuels séronégatifs, la prescription d'un traitement prophylactique est recommandée. Elle doit venir en complément des autres interventions de prévention. Ce qui passe notamment par la dépénalisation de comportements et de pratiques, comme l'usage de drogues, le travail du sexe ou encore l'homosexualité. En complément, l'OMS insiste sur le fait qu'un travail de lutte contre les discriminations et la stigmatisation dont sont victimes ces populations s'impose [23].

I.7.3. Prévention de la transmission mère-enfant

Le TAR a été identifié comme un outil important pour réduire la transmission du VIH de la mère au bébé pendant la grossesse et l'accouchement, de même que par l'allaitement. Selon les politiques de santé aux États-Unis ainsi que les recommandations de l'ONUSIDA et celles de l'USA Panel de l'International Antiretroviral Society, les femmes enceintes et les femmes qui allaitent devraient avoir l'accès au TAR afin de prévenir la transmission du VIH à leur enfant à naître [24].

Sans traitement, le taux de transmission de la mère à l'enfant est de 20 à 25%. Depuis 1994 les antirétroviraux sont employés avec succès pour diminuer ce risque. L'utilisation d'une association d'antirétroviraux chez la mère et l'administration au nouveau-né d'un antirétroviral pendant 4 semaines réduit le risque de transmission du VIH de la mère à l'enfant à 1% dans les pays industrialisés. L'allaitement maternel est parfois incontournable dans les pays à ressources limitées. La poursuite du traitement antirétroviral chez l'enfant pendant toute la durée de l'allaitement permet alors de réduire le risque de transmission postnatale du VIH [25].

I.8. Nouvelles stratégies de dépistage du VIH

Selon l'OMS [26] :

•Les partenaires sexuels et les partenaires d'injection de drogues des personnes ayant reçu un diagnostic d'infection à VIH ont une probabilité accrue d'être également séropositifs pour le VIH

•La notification assistée des partenaires est un moyen simple et efficace d'atteindre ces personnes infectées par le VIH et non diagnostiquées.

•Cette notification augmente la proportion de nouveaux diagnostics chez les personnes vivant avec le VIH.

C'est en 2016 que l'OMS a publié de nouvelles orientations sur la notification assistée du partenaire afin de renforcer la riposte mondiale au virus. Mais, le(s) partenaire(s) ne devrai(en)t être notifié(s) qu'avec le consentement exprès du patient positif pour le VIH, et être la (les) seule(s) personne(s) avertie(s) [5,26].

Cette notification consiste à contacter les partenaires sexuels d'une personne nouvellement diagnostiquée positive pour une infection sexuellement transmissible (IST : VIH, hépatites B et C, syphilis…) afin de les encourager à se faire dépister [27].

Comment la notification aux partenaires est-elle faite ?
La notification aux partenaires peut être faite par divers moyens de communication. Les discussions en face-à-face, les appels téléphoniques et les envois par la poste sont traditionnellement les moyens utilisés pour notifier les partenaires. Toutefois, dans les dernières années, la technologie a ouvert de nouvelles voies en matière de notification aux partenaires. Les sites Web spécialisés, les forums Internet, les blogues, les médias sociaux, le courrier électronique et la messagerie texte en font partie. Ces approches sont souvent regroupées sous l'appellation notification aux partenaires par Internet (NPI) [28].

Au Burundi :

- En 2018, afin d'accompagner le pays vers l'atteinte des cibles 90-90-90 en 2020, le Bureau de l'OMS en collaboration avec les autres partenaires a appuyé le pays dans le domaine de la mise à jour et l'application des directives pour la prévention et le traitement du VIH. C'est de ces réformes qu'ont vu le jour les directives pour le dépistage indexé permettant d'améliorer le rendement du dépistage et d'accélérer l'identification des cas manquant au diagnostic [29].

- Par définition, le dépistage d'un sujet index, souvent appelé cas index, patient index, ou Index testing est une approche de dépistage du VIH ciblée dans laquelle le ménage, les membres de la famille (y compris les enfants biologiques) et les partenaires sexuels des personnes séropositives sont proposés un test de dépistage du VIH [30].

- En 2019, le Gouvernement du Burundi en partenariat avec le PEPFAR en matière de lutte contre le VIH/SIDA a actualisé la Stratégie nationale de dépistage afin d'optimiser la détection des cas, d'hiérarchiser les tests d'indice et les autotests, en réduisant le nombre total de tests effectués à l'échelle nationale et en recentrant les efforts sur la détection des cas, la rétention au traitement ainsi que l'accès et la suppression de la charge virale [7].

II. MATERIELS ET METHODES

II.1. Lieu d'étude

Notre étude s'est réalisée au sein des 3 CDVAG : ANSS-BURUNDI /Centre Turiho, CPAMP /CHUK et SWAA-BURUNDI/Antenne Bujumbura.

II.2. Type et période d'étude

Il s'agit d'une étude rétrospective à visée descriptive s'étendant sur une période de 2 mois allant du 01/10/2019 au 30 /11/2019.

II.3. Population d'étude = Population cible

La population d'étude est constituée par toutes les personnes fréquentant les 3 CDVAG pour le dépistage volontaire du VIH/SIDA durant la période d'étude.

II.4. Critères d'inclusion

Toute personne ayant consulté les 3 CDVAG pour le dépistage volontaire du VIH/SIDA durant la période d'étude.

II.5. Source de données

C'est un registre se trouvant au service d'accueil de chaque CDVAG et qui comporte :

- ✓ le code d'identification de chaque client fait des lettres initiales de son nom et prénom en vue de respecter l'anonymat ;
- ✓ l'identification des clients ;
- ✓ les motivations de demande de dépistage ;
- ✓ les résultats sérologiques après le test.

II.6. Collecte des données

Les renseignements nécessaires à notre étude ont été tirés des registres ci-haut cités puis enregistrés sur des fiches d'enquête préétablies en langue française dont le modèle est en annexe.

II.7. Traitement des données

La saisie, le traitement et l'analyse des données ont été fait à l'aide des logiciels : Microsoft Word 2013, Excel 2013. Les résultats sont présentés sous forme de tableaux.

II.8. Considérations éthiques

L'anonymat et la confidentialité ont été respectés.

III. RESULTATS

Notre étude a porté sur un total de 867 clients à raison de 288 clients à l'ANSS/Centre Turiho, 307 clients au CPAMP/CHUK et 272 clients à la SWAA-BURUNDI/Antenne Bujumbura

III.1. Répartition des clients selon les aspects sociodémographiques

III.1.1. Répartition des clients selon l'âge

Tableau I. Répartition des clients selon l'âge pour les 3 CDVAG

Tranche d'âge	Effectif	%
0-4	45	5,2
5-14	25	2,9
15-24	210	24,2
25-44	463	53,4
45-60	94	10,8
>60	30	3,5
TOTAL	**867**	**100,0**

L'âge moyen des clients est de 30,145 ans avec des extrêmes de 21 jours et 82 ans.

Les clients dont l'âge est compris entre 25 et 44 ans sont les plus nombreux soit 53,4%. Ils sont suivis par ceux ayant l'âge compris entre 15 et 24 ans soit 24,2%.

III.1.2. Répartition des clients selon le sexe

Tableau II. Répartition des clients selon le sexe pour les 3 CDVAG

Sexe	Effectif	%
M	465	53,6
F	402	46,4
TOTAL	**867**	**100,0**

Nous constatons que les clients de sexe masculin sont les plus nombreux soit 53,6% avec un sexe ration de 1,15.

III.1.3. Répartition des clients selon l'âge et le sexe

Tableau III. Répartition des clients selon l'âge et le sexe pour les 3 CDVAG

		M		F	
Tranche d'âge	**Effectif total**	**Effectif**	**%**	**Effectif**	**%**
0-4	45	21	4,5	24	6,0
5-14	25	12	2,6	13	3,2
15-24	210	102	21,9	108	26,9
25-44	463	262	56,3	201	50,0
45-60	94	51	11,0	43	10,7
>60	30	17	3,7	13	3,2
TOTAL	**867**	**465**	**100,0**	**402**	**100,0**

Nous constatons que parmi les clients âgés de 25-44 ans, ce sont les hommes qui sont les plus nombreux à se faire dépister le VIH (56,3%). Parmi ceux âgés de15-24 ans, c'est le sexe féminin le plus majoritaire à se faire dépister (26,9%).

III.1.4. Répartition des clients selon la profession

Nous faisons remarquer que la catégorie des **autres professions** est faite par les boutiquiers, artistes, plantons, cabaretiers, couturiers, domestiques, gestionnaires, peintres, plombiers, boulangers, magasiniers, veilleurs, soudeurs, consultants, tailleurs, bonnes, coiffeurs, mécaniciens, convoyeurs, agents de sécurité, agents de société, électriciens, maçons, aide-maçons, entrepreneurs, techniciens, cordonniers, serveuses, ménagères, caissières, cuisiniers, grooms, danseurs, menuisiers, commissionnaires, gérants.

Celle des **fonctionnaires** est faite des enseignants, professionnels de santé, agronomes, avocats, secrétaires, assistant d'administrateur.

Tableau IV. Répartition des clients selon la profession pour les 3 CDVAG

Profession	Effectif	%
Sans professions	208	24,0
Autres professions	138	15,9
Cultivateur	107	12,3
Ecolier/élève/étudiants	100	11,5
Commerçant	90	10,4
Travailleuse de sexe	78	9,0
Fonctionnaire	56	6,5
Taxi vélo/motard/chauffeur	51	5,9
Policier/militaire	39	4,5
TOTAL	**867**	**100,0**

Nous constatons que la plupart de nos clients sont des sans professions soit 24% de toutes le professions.

III.1.5. Répartition des clients selon l'état civil

Tableau V. Répartition des clients selon l'état civil pour les 3 CDVAG

Etat civil	Effectif	%
Célibataire	497	57,3
Marié	277	32,0
Veuf	40	4,6
Union libre	32	3,7
Divorcé ou séparé	21	2,4
TOTAL	**867**	**100,0**

La plupart de nos visiteurs étaient des célibataires (57,3%), suivis par les mariés (32%).

III.1.6. Répartition des clients selon la provenance

Tableau VI. Répartition des clients selon la provenance pour les 3 CDVAG

Provenance	Effectif	%
Urbain	779	89,9
Rural	86	9,9
Etrangère	2	0,2
TOTAL	**867**	**100,0**

La plupart de nos clients provenaient du milieu urbain soit 89,9% de tous les clients.

III.2. Antécédent de dépistage

III.2.1. Répartition des clients selon l'existence ou non du test de dépistage antérieur

Tableau VII. Répartition des clients selon l'existence ou non du test de dépistage antérieur pour les 3 CDVAG

Antécédents de dépistage	Effectif	%
Non	429	49,5
Oui	295	34,0
On n'en sait rien	143	16,5
TOTAL	**867**	**100,0**

La majorité de nos clients venaient se faire dépister le VIH pour la première fois soit 49,5%.

III.2.2. Répartition des clients selon le résultat du test de dépistage antérieur

Tableau VIII. Répartition des clients selon le résultat du test de dépistage antérieur pour les 3 CDVAG

Test antérieur	Effectif	%
Négatif	278	94,2
Positif	16	5,4
Indéterminé	1	0,4
TOTAL	**295**	**100,0**

Le résultat du test de dépistage antérieur était négatif pour la majorité des clients (94,2%).

III.3. Répartition des clients selon le motif du dépistage du VIH

Nous faisons remarquer que **les autres motifs** incluent les maladies et les tests de confirmation.

Par **zone chaude,** on a voulu designer un endroit où s'assemblent les travailleuses de sexe en vue de faire le commerce du sexe.

Tableau IX. Répartition des clients selon le motif du dépistage du VIH par CDVAG

	ANSS Centre Turiho		CPAMP CHUK		SWAA-BURUNDI BUJUMBURA		TOTAL	
Motifs du dépistage	**Effectif**	**%**	**Effectif**	**%**	**Effectif**	**%**	**Effectif**	**%**
Dépistage initié par le prestataire	1	0,4	179	58,3	0	0,0	180	20,8
Autres	5	1,7	0	0,0	2	0,7	6	0,7
Projet de fonder un foyer	0	0,0	8	2,6	1	0,4	9	1,0
Cas index: Enfant								
Biologique	24	8,3	16	5,2	11	4,0	51	5,9
Cas index: Un(e) conjoint(e)	2	0,7	9	2,9	10	3,7	21	2,4
Cas index: un partenaire sexuel	75	26,1	15	4,9	60	22,1	151	17,4
Référé par un pair éducateur	58	20,1	0	0,0	0	0,0	58	6,7
Dépistage ciblé de l'ANSS au sein d'une zone chaude de Kamenge	34	11,8	0	0,0	0	0,0	34	3,9
Connaitre l'état de santé	89	30,9	80	26,1	188	69,1	357	41,2
TOTAL							**867**	**100,0**

Nous constatons que :

1. A L'ANSS /Centre Turiho

Le motif principal de demande de dépistage de l'infection à VIH est de connaitre l'état de santé, qui représente 30,9% de tous les motifs. Les 2 autres motifs majeurs sont des cas indexés par des partenaires sexuels (26,1%) et une référence par un pair éducateur (20,1%).

2. A LA SWAA-BURUNDI /Antenne Bujumbura

Le motif principal de demande de dépistage est de connaitre l'état de santé. Il représente 69,1% de tous les motifs. Il est suivi par celui d'indexation par un partenaire sexuel (22,1%).

3. AU CPAMP/CHUK

Le motif principal de demande de dépistage est un dépistage initié par un prestataire qui représente 58,3% de tous les motifs. Il est suivi par celui de connaitre l'état de santé (26,1%).

4. Globalement, au sein des 3 CDVAG

Nous constatons qu'au sein des 3 CDVAG, le motif principal qui a poussé nos clients à se faire dépister est de connaitre l'état de santé. Il représente 41,2% de tous les motifs. Il s'en suit le dépistage initié par un prestataire (20,8%), les partenaires sexuels indexés (17,4%).

III.4. Répartition des clients selon le facteur de risque d'attraper le VIH

La catégorie **des autres facteurs de risque** inclue : accident d'exposition, infidélité du (de la) conjoint(e), infection opportuniste chez le partenaire sexuel, conjoint décédé de cause inconnue, parents décédés de cause inconnue.

Tableau X. Répartition des clients selon le facteur de risque par CDVAG

	ANSS Centre Turiho		CPAMP CHUK		SWAA-BURUNDI BUJUMBURA		TOTAL	
Facteurs de risque	**Effectif**	**%**	**Effectif**	**%**	**Effectif**	**%**	**Effectif**	**%**
Rapport sexuel non protégé avec un cas VIH+	79	27,4	24	7,8	72	26,5	175	20,2
Rapport sexuel non protégé avec un cas à sérologie inconnue	93	32,3	42	13,7	129	47,4	264	30,5
Parent séropositif	24	8,3	19	6,2	11	4,1	54	6,2
Travailleuse de sexe	33	11,5	0	0,0	45	16,5	78	9,0
Homme ayant un rapport sexuel avec un autre homme	58	20,1	0	0,0	0	0,0	58	6,7
On n'en sait rien	1	0,4	175	57,0	1	0,4	177	20,4
Aucun	0	0,0	39	12,7	9	3,3	48	5,5
Autres	0	0,0	8	2,6	5	1,8	13	1,5
TOTAL							**867**	**100,0**

Nous constatons ce qui suit :

1. A L'ANSS/Centre Turiho

Le facteur de risque principalement évoqué par nos clients est un rapport sexuel non protégé avec un cas dont la sérologie est inconnue, qui représente 32,3% de l'effectif total. D'autres facteurs de risque majeurs sont : le rapport sexuel non protégé avec un cas VIH + (27,4%), homme ayant un rapport sexuel avec un autre homme (20,1%).

2. A LA SWAA-BURUNDI/Antenne Bujumbura

Le facteur de risque principalement évoqué par nos clients est un rapport sexuel non protégé avec un cas dont la sérologie est inconnue, qui représente 47,4% de l'effectif total. D'autres facteurs de risque majeurs sont un rapport sexuel non protégé avec un cas VIH + (26,5%) et les travailleuses de sexe (16,5).

3. AU CPAMP/CHUK

On ne sait rien sur le facteur de risque de la majorité de nos clients (soit 57%).

4. Globalement, au sein des 3 CDVAG

Nous constatons que le facteur de risque principal qui a poussé nos clients à se faire dépister est un rapport sexuel non protégé avec un cas dont la sérologie est inconnue. Il représente 30,5% de l'effectif total. Chez 20,4% de nos clients, on n'a pas d'information sur le facteur de risque. L'autre facteur de risque majeur est un rapport sexuel non protégé avec un cas VIH + (20,2%).

III.5. Répartition des clients selon le résultat du test de dépistage actuel

Tableau XI. Répartition des clients selon le résultat du test de dépistage actuel par CDVAG

	ANSS Centre Turiho		CPAMP CHUK		SWAA-BURUNDI BUJUMBURA		TOTAL	
Résultat du test actuel	**Effectif**	**%**	**Effectif**	**%**	**Effectif**	**%**	**Effectif**	**%**
Négatif	256	88,9	285	92,8	249	91,5	790	91,1
Positif	31	10,8	22	7,2	23	8,5	76	8,8
Indéterminé	1	0,3	0	0,0	0	0,0	1	0,1
TOTAL							**867**	**100,0**

Nous constatons ce qui suit :

1. A L'ANSS/Centre Turiho

La séroprévalence est de de 10,8%. Chez 88,9% de l'effectif total, la sérologie est revenue négative

2. AU CPAMP/CHUK

La séroprévalence est de 7,2%. Chez 92,8% de l'effectif total, la sérologie est revenue négative.

3. A LA SWAA-BURUNDI/Antenne Bujumbura

La séroprévalence est de 8,5%. Chez 91,5%, la sérologie est revenue négative.

4. Globalement, au sein des 3 CDVAG

Nous constatons que la prévalence du VIH au cours de notre étude est de 8,8%. Chez 91,1% des clients, la sérologie est revenue négative.

III.6. Répartition des séropositifs des 3 CDVAG selon les aspects sociodémographiques

III.6.1. Répartition des séropositifs par tranche d'âge

Tableau XII. Répartition des séropositifs par tranche d'âge

Tranche d'âge	Effectif	%
0-4	3	3,9
5-14	1	1,3
15-24	17	22,4
25-44	38	50,0
45-60	13	17,1
>60	4	5,3
TOTAL	**76**	**100,0**

Nous constatons que la prévalence du VIH est plus élevée chez les clients de jeune âge : 50% chez les âgés de 25-44 ans, 22,4% chez les 15-24 ans et 17,1% chez les 45-60 ans.

III.6.2. Répartition des séropositifs selon le sexe

Tableau XIII. Répartition des séropositifs selon le sexe

Sexe	Effectif	%
F	53	69,7
M	23	30,3
TOTAL	**76**	**100,0**

La prévalence du VIH est plus élevée chez les clients de sexe féminin (69,7%).

III.6.3. Répartition des séropositifs selon l'état civil

Tableau XIV. Répartition des séropositifs selon l'état civil

Etat civil	Effectif	%
Célibataire	38	50,0
Marié	19	25,0
Veuf	10	13,1
Union libre	5	6,6
Divorcé ou séparé	4	5,3
TOTAL	**76**	**100,0**

La prévalence du VIH est plus élevée parmi les célibataires (50%), suivis par les mariés (25%).

III.6.4. Répartition des séropositifs selon la profession

Tableau XV. Répartition des séropositifs selon la profession

Profession	Effectif	%
Sans professions	16	21,0
Autres professions	14	18,4
Travailleuse de sexe	13	17,1
Cultivateur	11	14,5
Commerçant	10	13,2
Taxi vélo/motard/chauffeur	6	7,9
Ecolier/élève/étudiant	4	5,3
Fonctionnaire	1	1,3
Policier/militaire	1	1,3
TOTAL	**76**	**100,0**

La prévalence du VIH est plus élevée parmi les sans professions (21%).

III.6.5. Répartition des séropositifs selon la provenance

Tableau XVI. Répartition des séropositifs selon la provenance

Provenance	Effectif	%
Urbain	69	90,8
Rural	7	9,2
TOTAL	**76**	**100,0**

La majorité de nos clients dépistés séropositifs sont originaires du milieu urbain (90,8%).

III.7. Antécédents et résultat du test de dépistage antérieur chez les séropositifs des 3 CDVAG

Tableau XVII. Répartition des séropositifs selon les antécédents et résultat du test de dépistage antérieur

Test de dépistage antérieur	Effectif	%
Non fait	46	60,5
Positif	16	21,0
Négatif	13	17,2
Indéterminé	1	1,3
On n'en sait rien	0	0,0
TOTAL	**76**	**76**

Nous constatons que la prévalence du VIH est plus élevée parmi les clients qui n'avaient pas fait de test de dépistage antérieur. Elle y est de 60,5%.

III.8. Répartition des séropositifs des 3 CDVAG selon le motif du dépistage

Tableau XVIII : Répartition des séropositifs selon le motif du dépistage

Motifs du dépistage	Effectif	%
Connaitre l'état de santé	38	50,0
Cas index: un partenaire sexuel	17	22,4
Clients dépistés lors d'une descente de l'ANSS au sein d'une zone chaude de Kamenge	6	7,9
Dépistage initié par le prestataire	6	7,9
Cas index: Un(e) conjoint(e)	5	6,5
Cas index: Enfant biologique	4	5,3
Autres	0	0,0
Projet de fonder un foyer	0	0,0
Référé par un pair éducateur	0	0,0
TOTAL	**76**	**100,0**

Le motif principal qui avait amené nos séropositifs au dépistage était de connaitre l'état de santé. Il a été retrouvé chez 50% de ceux-ci.

III.9. Répartition des séropositifs des 3 CDVAG selon le facteur de risque

Tableau XIX. Répartition des séropositifs selon le facteur de risque

Facteurs de risque	Effectif	%
Rapport sexuel non protégé avec un cas à sérologie inconnue	26	34,2
Rapport sexuel non protégé avec un cas VIH+	23	30,3
Travailleuse de sexe	15	19,7
Parent séropositif	5	6,6
On n'en sait rien	4	5,3
Aucun	3	3,9
Homme ayant un rapport sexuel avec un autre homme	0	0,0
Autres	0	0,0
TOTAL	**76**	**100,0**

Les principaux facteurs de risque pour attraper le VIH sont :

- ✓ un rapport sexuel non protégé avec un cas dont la sérologie est inconnue, retrouvé 34 ,2% ;
- ✓ un rapport sexuel non protégé avec un cas VIH +, retrouvé chez 30,3%.

III.10. Attitude adoptée par les séropositifs des 3 CDVAG vis-à-vis de la prise en charge

Tableau XX. Répartition des séropositifs vis-à-vis de la prise en charge

Prise en charge	Effectif	%
Le séropositif est pris en charge au même centre de dépistage	60	78,9
Le séropositif était déjà sous traitement	16	21,1
TOTAL	**76**	**100,0**

La majorité de nos séropositifs ont été pris en charge au même centre de dépistage soit 78,9%.

IV. COMMENTAIRES, DISCUSSIONS ET REVUE DE LA LITTERATURE

IV.1. Données générales

IV.1.1. Age

Nos CDVAG sont visitées par les personnes de tout âge.

L'âge moyen est de 30,145 ans avec des extrêmes de 21 jours à 82 ans.

Cet âge moyen est proche de celui trouvé par NAHIMMANA (27,4 ans) [31]et LE VU et coll. (30,2 ans) [32] dans leurs études respectives sur les motivations de demande de dépistage de l'infection à VIH et la pratique de dépistage du VIH chez les personnes originaires d'Afrique subsaharienne en Île-de-France.

La majorité de nos clients est une population active qui avait un âge compris entre 15 et 44 ans.

Nos résultats sont proches de ceux trouvés par NAHIMANA où la tranche d'âge majoritaire est de 12 à 25 ans [31] et de ceux trouvés par SEMAILLE et coll. en 2006 dans son étude sur le dépistage anonyme et gratuit du VIH en France où la moitié des clients avait moins de 25 ans [33].

Nos résultats nous laissent l'idée que le jeune âge serait vulnérable aux situations à risque exposant au VIH/SIDA.

IV.1.2. Sexe

Les 2 sexes sont concernés par la demande de dépistage de l'infection à VIH. On note cependant une prédominance masculine avec 53,6% d'hommes. Le sex ratio est de 1,15.

SEMAILLE et coll. ont trouvé les résultats proches des nôtres où les hommes représentaient 54% de ceux qui fréquentent les CDVAG [33].

Nos résultats diffèrent de ceux trouvés par LE VU et coll. (51,92% de femmes) [32], de ceux trouvés par NAHIMANA (51,68% de femmes) [31].

Nos résultats ne sauraient s'expliquer d'autant plus que les statistiques de 2019 prouvent que la population burundaise est à prédominance féminine (50,6% de femmes contre 49,4% d'hommes) [34] et que les femmes sont plus vulnérables au VIH que les hommes, au Burundi comme ailleurs [7,13].

Une explication probable serait que les femmes auraient d'autres services où se faire dépister le VIH, autres que ceux offerts par nos CDVAG, notamment les CPN, PTME.

IV.1.3. Age et sexe

Jusqu'à l'âge de 24 ans, c'est le sexe féminin qui se fait dépister majoritairement.

La situation s'inverse à partir de l'âge de 25 ans.

Une explication serait que les filles sont sexuellement actives à un âge précoce, comparées aux garçons du même âge [35].

Nos résultats sont proches de ceux de NAHIMANA où en dessous de 26 ans, les hommes étaient minoritaires à consulter puis se majoraient dans la tranche de 26-45 ans [31].

Les garçons contracteraient le VIH tardivement par rapport aux filles, comme évoquée par l'EDS-Burundi 2010 [35] et MOHAMED et coll. [36].

IV.1.4. Profession

Les clients de nos CDVAG appartiennent à toutes les professions. Cela prédit qu'il n'y a pas de profession qui épargne les gens contre le VIH.

La majorité de nos clients étaient des sans professions. Ils représentent 24% de toutes les professions.

NAHIMANA a trouvé une prédominance des cultivateurs parmi les visiteurs (15,44%) [31].

Nos résultats témoignent du taux élevé de chômage et de pauvreté de notre pays, qui va en augmentant au fur des années. En témoigne le seuil de pauvreté estimé à 67% en 2006, maintenu le même en 2009 [37]et passé à 71,7% en 2018 [34].

Plusieurs causes expliquent cet état de fait : l'impact de la guerre que le Burundi a connu ayant ralenti les performances de l'économie nationale et l'appauvrissement généralisé de la population.

Une autre catégorie intéressante dans notre étude est celle des travailleuses de sexe (9%) car elle fait partie, avec les hommes ayant des rapports sexuels avec les autres hommes et les usagers de drogue, des cibles de la Nouvelle Stratégie de dépistage [7,26]. Elles visitent nos CDVAG à une faible proportion, même si on s'attendait à ce qu'elles soient majoritaires. Il en ressort qu'il y'a certaines catégories les plus à risque qui ne viennent pas se faire dépister, soit parce qu'elles ne sont pas suffisamment sensibilisées sur leur risque, soit parce qu'elles craignent qu'on les stigmatise.

IV.1.5. Etat civil

La majorité de nos clients étaient des célibataires et représentent 57,3%.

Des résultats proches des nôtres ont été trouvés par NAHIMANA (69,10% des célibataires) [31].

Nos résultats s'expliqueraient par le fait que les célibataires sont les plus nombreux dans notre pays et sont plus exposés aux risques de contracter le VIH, surtout par voie sexuelle.

Le VIH resterait le sort de la population jeune.

IV.1.6. Provenance

Nos clients provenaient à majorité du milieu urbain et représentent 89,9% de tous les clients.

Ces résultats sont proches de ceux trouvés par NAHIMANA où 77,22% provenaient du milieu urbain [31].

Nos résultats nous laissent une idée :

-les clients consultent les CDVAG de leur proximité. Ce qui est un point positif témoignant de bons résultats des campagnes de sensibilisation initiées par l'État sur le dépistage volontaire, la protection des droits des PVVIH, ... [35]

La faible proportion des clients provenant du milieu rural (9,9%) pourrait témoigner :

-que la majorité des clients se fait dépister dans sa localité

-de la persistance des personnes qui consultent loin de leur localité par crainte d'être stigmatisées

-de la présence des personnes résidant en milieu rural mais qui exercent leur profession en Mairie de Bujumbura et qui en profitent pour se faire dépister le VIH.

IV.2. Antécédents de dépistage

La majorité de nos clients (49,5%) venaient se faire dépister l'infection à VIH pour la première fois.

Résultats proches de ceux trouvés par NAHIMANA (54,25%) [31] et différents de ceux de LE VU et coll. [32] où la majorité (64,9%) avait déjà été testé au cours de la vie.

Nos résultats nous renvoient sur l'impact positif des efforts continuels de sensibilisation.

De ce fait, ceux qui ne s'étaient jamais fait dépister, par ignorance ou par mauvaise perception sur le VIH, mais qui, au décours de la sensibilisation perçoivent chez eux une situation à risque, en profitent dès lors pour se faire dépister.

Il y'a également un bon nombre de clients (34%) qui venaient se faire dépister plus d'une fois. Ceci est également prometteur dans l'éradication du VIH.

En effet, au cours du premier dépistage, ils ont bénéficié des informations sur les facteurs de risque du VIH dans lesquels ils se retrouvent, d'où ils viennent se faire dépister encore.

IV.3. Résultat du test de dépistage antérieur

Pour la majorité (94,2%), le résultat du test de dépistage antérieur était négatif. Il en est de même des résultats trouvés par NAHIMANA (le test antérieur était négatif pour 96,96% des clients) [31].

Ça s'explique par le fait que le VIH est une maladie incurable : celui qui se connaît déjà séropositif n'a pas besoin de se refaire dépister.

Néanmoins, il y'en a une faible proportion qui avait un résultat antérieur positif (5,4%). Pour les uns, c'était dans le but de confirmer leur séropositivité. Pour les autres, les agents du CDVAG nous ont fait savoir que ces clients, se connaissant déjà séropositifs et même sous traitement, recevaient des fausses informations que dans un CDVAG autre que le leur, les séropositifs bénéficient des avantages matériels.

Comme ils ne peuvent pas y bénéficier l'accès tant qu'on sache qu'ils sont déjà sous traitement, ils faisaient le tout possible pour nier leur séropositivité afin d'accéder à ces avantages une fois y dépistés positifs.

C'est au cours d'un interrogatoire minutieux du counseling post-test qu'on découvrait qu'ils sont des séropositifs connus et qu'on les renvoyait continuer la prise en charge au sein de leur CDVAG de diagnostic.

IV.4. Motif de demande de dépistage du VIH

Le motif dominant chez nos clients était de connaître l'état de santé (41,2%), motif majoritaire même dans l'étude de NAHIMANA (47,43%) [31].

Ce motif est très intéressant car une fois que les clients, déjà informés sur le VIH, sachent leur statut sérologique, ils vont adopter un comportement responsable.

LE VU et coll. ont trouvé des résultats différents des nôtres. Le motif principal était un dépistage initié par le prestataire (61,2%). L'explication qu'ils en donnent est que l'intention de faire un test de dépistage ne représente pas une priorité dans leur environnement social d'étude qui était dégradé [32].

Par ailleurs, ce motif de dépistage initié par un prestataire vient en seconde position dans notre étude au sein des 3 CDVAG (20,8%) mais en première position au sein du CPAMP (58,3%) qui reçoit beaucoup de clients ayant consulté au CHUK.

Ce motif trouve son intérêt dans le fait qu'il permet :

- d’augmenter le dépistage de la population au travers des structures de soins ;
- de détecter plus précocement et d’identifier les personnes « séro-ignorantes » ;
- d’intégrer le dépistage du VIH en routine pour tout le personnel de soins [38].

Il y'a d'autres motifs non cités par d'autres auteurs mais qui apparaissent dans notre étude. Il s'agit notamment :

- ✓ des cas index :
  - ➢ partenaire sexuel (17,4%)

- enfant biologique (5,9%)
- conjoint(e) (2,4%)

✓ des cas référés par des pairs éducateurs (6,7%)

✓ des clients dépistés lors d'une descente de l'ANSS au sein d'une zone chaude de Kamenge (3,9%)

Ces motifs sont très intéressants du fait qu'ils permettent la mise en œuvre des nouvelles stratégies de dépistage du VIH, mises en route au Burundi en 2019, visant à reconcentrer les efforts sur la détection des cas en réduisant le nombre total de tests effectués à l'échelle nationale [7].

IV.5. Facteurs de risque

Le facteur de risque principal chez nos clients est un rapport sexuel non protégé avec un cas dont la sérologie est inconnue. Il représente 30,5%.

Il est le même qui est évoqué en premier lieu dans l'étude de NAHIMANA où il représentait 67,87% [31].

D'autres clients avaient comme facteur de risque un rapport sexuel non protégé avec un cas VIH+ (20,2%). Nous faisons noter que cette séropositivité n'était pas connue à l'avance mais plutôt après le dépistage. Et le(la) séropositif(ve) notifiait ou informait son partenaire afin de faire un test de dépistage à son tour.

Ces deux facteurs de risque témoignent qu'il y'a encore des efforts à fournir tant au niveau des autorités qu'au niveau individuel en ce qui est de l'adoption des comportements sexuels responsables. D'autant plus qu'il vaut mieux prévenir que guérir.

D'autres facteurs de risque comme : les travailleuses de sexe (9%), les hommes ayant des rapports sexuels avec les autres hommes (6,7%), un parent séropositif (6,2%) sont importants car ils nous donnent une idée que les nouvelles stratégies

nationales de dépistage instaurées depuis 2019 au Burundi [7] ont déjà eu des apports non négligeables d'atteindre les populations les plus à risque d'attraper le VIH.

IV.6. Résultat du test de dépistage actuel

La séroprévalence au cours de notre étude est de 8,8%.

Elle est de loin supérieure à la prévalence nationale de 2019 qui est de 0,7% [7].

Même DAGNAN et coll. en 2007 en Côte d'Ivoire ont trouvé une séroprévalence au sein des villages cibles qui était supérieure à celle nationale (5,3% contre 4,7%) [39].

Cette différence de prévalence s'expliquerait par le fait que les CDVAG sont visités par ceux qui perçoivent le risque alors que l'enquête nationale vise toute la population.

Notre prévalence est inférieure à celle trouvée par NAHIMANA en 2005 à la SWAA-BURUNDI (13,46%) [31]. Donc, au fur des années, la séroprévalence va décrescendo même au sein des CDVAG ce qui est prometteur au pays qui se vise de faire un contrôle durable de l'épidémie [7] même si le chemin à parcourir reste encore long. Au niveau national, elle va aussi décrescendo car elle était de 3,46% en 2006 [40], de 2,77% en 2007 [13] et de 0,7% en 2019 [7].

IV.7. Caractéristiques des séropositifs

IV.7.1. Age des séropositifs

Toutes les tranches d'âge sont touchées par le VIH.

Cependant, la majorité de nos séropositifs ont l'âge compris entre 25 et 44 ans avec l'âge moyen de 32,25 ans.

UWITONZE a trouvé des résultats similaires où la tranche d'âge la plus touchée était de 25-49 ans avec un âge moyen de 33,4 ans [41].

NAHIMANA a trouvé que les visiteurs âgés de 36-45 ans étaient les plus touchés par le VIH [31].

MOHAMED et coll. [36], de même que DAGNAN et coll. [39] ont trouvé que le taux de séroprévalence atteint son maximum à 30-34 ans.

DEGUENONVO et coll. [42] et NGENDAKUMANA [43] ont trouvé un âge médian des séropositifs respectif de 36 ans et 27,69 ans.

Une explication à tout ce qui précède serait que la population active est la plus touchée par l'infection à VIH.

IV.7.2. Sexe des séropositifs

Les deux sexes sont touchés par le VIH avec une prédominance féminine (69,7%).

Cela concorde avec les données d'USAID/BURUNDI (0,9% chez les femmes et 0,6% chez les hommes) [7], de l'EDS 2016-2017 (1,2% parmi les femmes et 0,6% parmi les hommes) [44], de l'ONUSIDA-BURUNDI (2,91% chez les femmes et 2,81% chez les hommes) [13].

D'autres auteurs sont également en accord avec nos résultats ; il s'agit notamment de NAHIMANA (63,23% des séropositifs sont de sexe féminin) [31], UWITONZE (66,2% des séropositifs sont de sexe féminin) [41], MOHAMED et coll. (2,5% chez les femmes et 1,9% chez les hommes en milieu urbain) [36], DAGNAN et coll. (5,35% chez les femmes contre 5,26% chez les hommes) [39], DEGUENONVO et coll. (282 femmes contre 107 hommes) [42].

Cette féminisation de l'infection à VIH se justifierait par la pauvreté et la précarité qui poussent certaines filles et femmes à des relations sexuelles commerciales. De même, le statut inférieur de la femme burundaise lui ôte tout pouvoir de négociation des rapports sexuels en général et du port de préservatif en particulier.

Aussi, les violences sexuelles sont faites aux femmes en général, le viol en particulier [40].

NGENDAKUMANA a trouvé des résultats différents des nôtres, où la séroprévalence était plus masculine que féminine (67,31% des séropositifs sont de sexe masculin). La justification qu'il en donne est que les hommes donneraient le sang plus que les femmes [43].

IV.7.3. Etat civil des séropositifs

La majorité de nos séropositifs sont des célibataires, ils représentent 50% de tous les séropositifs.

Nos résultats sont proches de ceux de NGENDAKUMANA (67,31% des séropositifs étaient des célibataires) [43].

Cela suggère que le VIH reste le sort des personnes au jeune âge, notamment les célibataires qui sont instables du point de vue sexuel.

Dans l'étude d'UWITONZE, la moitié des séropositifs (50%) vivaient en union. Elle n'a pas trouvé une justification à cela vu que la vie en couple, pourrait être synonyme de fidélité, et partant, être protectrice des couples contre le VIH [41].

Chez d'autres auteurs dont NAHIMANA [31] et DAGNAN et coll. [39], la séroprévalence était élevée parmi les veufs(ves) (48,78% et 7,52% respectivement)

Dans notre étude, les mariés viennent en seconde position en ce qui est de la séroprévalence du VIH (25%). Il y'a donc bon nombre de couples où le conjoint (e) n'est pas fidèle et attrape le VIH chez d'autres partenaires sexuels qu'il (elle) va transmettre à son (sa) conjoint(e).

IV.7.4. Profession des séropositifs

La séroprévalence est plus élevée parmi les clients exerçant des professions à revenu très faible ou nul et celles à haut risque : il s'agit notamment des sans professions (21%), les autres professions (18,4%), les travailleuses de sexe (17,1%), les cultivateurs (14,5%), les commerçants (13,2%).

La pauvreté occuperait une place importante dans la propagation du VIH. Il en va de soi avec les professions à risque.

D'autres auteurs ont trouvé des résultats proches des nôtres :

- NAHIMANA (sans professions :25,75%, cultivateurs :25,64%, commerçants : 16%, chauffeurs :20%) [31].
- UWITONZE (commerçants : 29,4%, cultivateurs : 27,9%) [41].
- DEGUENONVO et coll. (les ménagères : 26%, les commerçants : 21%, les sans emploi : 20%) [42].

Dans l'étude de NGENDAKUMANA, la séroprévalence était plus élevée parmi les élèves (38,47%). Cela car les établissements scolaires sont beaucoup plus ciblés pour la collecte de sang [43].

IV.7.5. Provenance des séropositifs

Nos séropositifs proviennent à majorité du milieu urbain (90,8%). Néanmoins, cela n'est pas le vrai reflet de la tendance à l'urbanisation du VIH car nos CDVAG sont visités à majorité par les urbains.

Le même constat a été fait chez d'autres auteurs dont NAHIMANA (56/68 séropositifs sont originaires du milieu urbain) [31], UWITONZE (86,8% des séropositifs habitent en Mairie) [41], MOHAMED et coll. (2,2% en milieu urbain et 1,5% en milieu rural) [36].

Les résultats de NGENDAKUMANA diffèrent cependant des nôtres : les séropositifs étaient à majorité originaires du milieu rural (44,23% des séropositifs habitent la capitale). Rien d'étonnant car le CNTS reçoit du sang collecté au travers de tout le pays [43].

Il importe néanmoins de souligner que le VIH a une tendance à l'urbanisation comme en témoignent certaines littératures : USAID/BURUNDI (2,4% en Mairie contre 0,5% en milieu rural) [7], EDS 2010 (4,1% en milieu urbain contre 1% en milieu rural chez les âgés de 15-49 ans) [35], EDS 2016-2017 (2,5% en milieu urbain contre 0,7% en milieu rural) [44].

IV.7.6. Motif ayant amené les séropositifs au dépistage

Le motif ayant amené la majorité de nos séropositifs à se faire dépister est celui de connaître l'état de santé (50%). Il en ressort que les gens sont informées des situations à risque du VIH et une fois tombées dans ce piège, ils se précipitent au dépistage.

D'autres motifs retrouvés chez pas mal de séropositifs témoignent de l'apport des nouvelles stratégies de dépistage qui visent à optimiser la détection des cas en réduisant le nombre total de tests effectués.

Il s'agit :

- de la notification, par une personne dépistée séropositive, des cas index : partenaire(s) sexuel(s) (22,4%), un(e) conjoint(e) (7,9%), enfant biologique (6,5%)
- de la stratégie mobile, ciblant les groupes à risque (exemple : des cas détectés séropositifs au cours d'une descente de l'ANSS au sein d'une zone chaude de Kamenge : 7,9%).

Un autre motif très intéressant retrouvé chez nos séropositifs est un dépistage initié par un prestataire (7,9%) car il témoigne que les prestataires ont pu rattraper les opportunités manquées de dépistage et identifier les personnes séro-ignorantes [38].

IV.7.7. Facteur de risque des séropositifs

Les facteurs de risque prédominants chez nos séropositifs sont les rapports sexuels non protégés soit avec un cas dont la sérologie est inconnue (34,2%), soit avec un cas VIH+ (30,3%).

Nous faisons remarquer que dans ce deuxième cas, la séropositivité était découverte après les rapports sexuels non protégés, sinon au moment des rapports sexuels, la sérologie du partenaire était inconnue.

Ce même facteur de risque a été identifié par NAHIMANA (20,74%) [31], UWITONZE (50%) [41.]

Également, selon l'EDS 2016-2017, 79% de femmes et 85% d'hommes de 15-49 ans savaient qu'utiliser un préservatif peut réduire le risque de contracter le VIH mais parmi eux, seulement 16% de femmes et d'hommes avaient utilisé un préservatif au cours de leurs derniers rapports sexuels [44].

De ce qui précède et partant d'autres facteurs de risque comme le travail du sexe (19,7%), on conclurait que la voie principale de transmission du VIH dans notre pays est celle sexuelle.

Dans la série de DAGNAN et coll., la séroprévalence était plus élevée parmi les clients utilisant le préservatif. La raison qu'il en a donné est que ce dernier protège contre le VIH et d'autres IST s'il est correctement et régulièrement utilisé : il se pourrait qu'il y'ait des séropositifs utilisant un préservatif juste pour ne pas contaminer les autres.

Il a aussi évoqué la possibilité de fausses déclarations sur les facteurs de risque afin de ne pas être stigmatisés par la personne qui les interrogeait et être perçus comme ayant une mauvaise moralité [39].

IV.7.8. Attitude des séropositifs vis-à-vis de la prise en charge

Hormis les 21,1% des séropositifs qui étaient déjà sous traitement, tout le reste (78,9) a été pris en charge au même CDVAG de diagnostic.

En effet, à partir de 2015, l'OMS recommande que « Toute personne infectée par le VIH devrait commencer le traitement antirétroviral le plus tôt possible après le diagnostic » [38].

C'est pour cette raison qu'une fois dépister un cas VIH+, le CDVAG initie le traitement ARV sans délai.

Dans l'étude de DAGNAN et coll., toutes les personnes dépistées VIH + ont bénéficié d'une référence vers des centres de prise en charge médicale. La raison qu'il en donne est que le dépistage s'est fait dans les villages et non au sein des CDVAG [39].

V. CONCLUSION ET SUGGESTIONS

V.1. Conclusion

Dans ce travail, le profil des clients fréquentant les CDVAG pour un dépistage volontaire du VIH/SIDA à l'ère de la nouvelle stratégie nationale de dépistage a été étudié. La majorité étaient d'âge jeune, de sexe masculin, des sans professions, des célibataires et les habitants en Mairie de Bujumbura. Les principaux motifs du dépistage étaient de connaître l'état de santé et le dépistage initié par un prestataire. Le facteur de risque principal est une sexualité non protégée.

Une forte séroprévalence est observée parmi la population de jeune âge, de sexe féminin, célibataire, pauvre, sans professions, exerçant les professions à risque et ayant eu une sexualité non protégée. Tous ceux qui étaient dépistés VIH + pour la première fois ont été mis sous traitement au même CDVAG de diagnostic.

Notre étude nous a permis de tirer certaines leçons en rapport avec le VIH :

- Même si elle est d'introduction récente, la nouvelle stratégie nationale de dépistage a déjà une part considérable dans le contrôle de l'épidémie à VIH.
- Le dépistage initié par un prestataire joue un rôle important dans l'identification des personnes séro-ignorantes et permet de rattraper les opportunités manquées de dépistage et de prise en charge des patients infectés par le VIH.
- C'est regrettable que beaucoup de gens continuent de s'exposer au VIH bien que la maladie soit connue depuis plus de trente ans.

- Vu que les gens ayant des fonctions à bon revenu consultent à minorité, on se demande s'ils ne s'exposent pas réellement au VIH ou qu'ils s'exposent sans toutefois consulter.

Ces aspects devraient être connus par les décideurs en matière du VIH pour une bonne maîtrise de cette pandémie.

V.2. Suggestions

Au terme de notre travail, nous suggérons ce qui suit :

Aux autorités politiques : mettre en place une politique de développement durable visant à réduire la pauvreté dans la population burundaise

Aux autorités sanitaires :

- renforcer les campagnes de prévention de l'infection à VIH
- faciliter et sensibiliser la population la plus à risque au dépistage du VIH

Aux CDVAG : renforcer la politique de stratégie mobile ciblant les groupes à risque ainsi que la recherche et notification des cas index

Au personnel soignant : intégrer le dépistage du VIH en routine comme un examen à visée diagnostique

Aux chercheurs : une étude similaire mais s'étendant au sein de plusieurs centres de dépistage, gratuits et payants cette fois-ci, serait contributive. Mieux serait de la faire quelques années après l'instauration de cette nouvelle stratégie de dépistage.

Au public :

- éviter les situations exposant aux risques d'attraper le VIH
- se faire dépister le VIH aussitôt qu'on se retrouve dans une situation à risque

Aux PVVIH :

- sensibiliser les pairs pour l'adoption d'une vie positive
- éviter la propagation du VIH

Aux médias : renforcer la diffusion des informations sur les comportements responsables en matière du VIH/SIDA

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1.**International Treatment Preparedness Coalition (ITPC) :** Qu'est-ce que le VIH ? Trousse d'Informations de l'Activiste pour le Test de Routine de la Charge Virale, Avril 2016, p9

https://itpcglobal.org/wp-content/uploads/2018/02/ITPC-RVLT-Toolkit-French.pdf consulté le 30/9/2019

2.Association des Professeurs de Pathologie Infectieuse et Tropicale : Infection à VIH et SIDA (85) ; Corpus Médical– Faculté de Médecine de Grenoble, p1 ; Juin 2003

http://www-sante.ujf-grenoble.fr/SANTE/corpus/disciplines/malinf/malinf/ 85/leconimprim.pdf consulté le 30/9/2019

3.ONUSIDA : Déclaration conjointe de l'OMS et de l'ONUSIDA sur les services de dépistage du VIH : mise en lumière des nouvelles opportunités et problèmes rencontrés, 29 Aout 2017

https://www.unaids.org/fr/resources/presscentre/featurestories/2017/august/20170829_HIV-testing-services **consulté le 30/09/2019**

4.OMS : VIH/SIDA : Principaux faits

https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids

Consulté le 10/7/2020

5.OMS:Services de dépistage du VIH.

https://www.who.int/hiv/topics/vct/about/fr/ consulté le 30/09/2019

6.ANSS BURUNDI : Dépistage : Formation de pairs-éducateurs au Burundi et en République centrafricaine, Bujumbura, Décembre 2018 http://www.anssburundi.bi/index.php/act/203 consulté le 30/09/2019

7.USAID/BURUNDI: Activité de Santé "WIYIZIRE" (Venez ici, nous allons vous soutenir), Bujumbura, 2019, p6-7

8.OMS:VIH/sida

https://www.who.int/topics/hiv_aids/fr/ consulté le 20/02/2020

9. Sidaction : VIH/Sida : Qu'est-ce que c'est ?
https://www.sidaction.org/vihsida-quest-ce-que-cest consulté le 22/02/2020

10. Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales : Sida :
définition de Sida

CNRTL,44, avenue de la Libération BP 3087 54063 Nancy Cedex-France, 2012

https://www.cnrtl.fr/definition/sida consulté le 24/02/2020

11.**Institut Pasteur :** Sida / VIH : informations et traitements

25-28-Rue du Dr Roux,75015 Paris, Septembre 2019

https://www.pasteur.fr/fr/centre-medical/fiches-maladies/sida-vih consulté le 21/02/2020

12.**Le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme** :
VIH : état des lieux ; Rapport 2019 sur les résultats ; campus de la santé mondiale, Chemin du Pommier 40 1218 Grand-Saconnex Genève, Suisse

https://www.theglobalfund.org/media/8754/corporate_2019resultsreport_report_fr.pdf consulté le 24/02/2020

13.**ONUSIDA**: Rapport d'activités sur la lutte contre le sida et rapport sur les progrès enregistrés vers un accès universel (BURUNDI), Bujumbura, 2015.

14.**OMS**:VIH/sida : Questions-réponses,Novembre 2019

https://www.who.int/features/qa/71/fr/ consulté le 22/02/2020

15.**Pr Philippe Morlat** : Prise en Charge Médicale des Personnes Vivant avec le VIH ; Initiation d'un premier traitement antirétroviral –Mise à jour : Avril 2018.

16.**Pr Philippe Morlat** : Prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH. Recommandations du groupe d'experts. Rapport 2018. Prévention et dépistage, Paris 2018, p7

17.**Assia ;Hincker B; Sleidan B ; Printemps E ; Fegersheim ; Illkirch et coll.** Outils biologiques: analyses réalisées dans votre laboratoire BIO67,Actualités sur le VIH N°61, Janvier 2017

18.GRANGEOT-KEROS L, LIEBERMANN P, VAUBOURDOLLE M. Autotests-TROD : Rôle du pharmacien d'officine, Rapport de l'Académie nationale de Pharmacie ; Rapport autotests TROD VF9 2018.03.22 p12, Décembre 2017

19.**ONUSIDA** : En finir avec le sida-Progresser vers les cibles 90-90-90 ; Mise à jour des données mondiales du sida, 2017, p14

https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/20170720_en-finir-avec-le-sida_synthese.pdf consulté le 20/02/2020

20.**The Global forum on MSM&HIV** : Conseil et dépistage du VIH,

https://www.msmgf.org/files/msmgf/documents/TechBulletins/FR/07_MSMGF_HTC.pdf consulté le 24/2/2020

21.OMS : IRIS : Lignes directrices unifiées sur les services de dépistage du VIH

https://apps.who.int/iris/handle/10665/275413 consulté le 24/2/2020

22.CATIE: Le VIH au Canada : Guide d'introduction pour les fournisseurs de services » Prévention du VIH » Les stratégies de prévention du VIH hautement efficaces CATIE555, rue Richmond Ouest Bureau 505, boîte 1104, Toronto (Ontario) M5V 3B1Canada,p64

23.FLEUTELOT E. L'OMS cible les populations clés, AIDS 2014 n° 74 Transversal septembre/octobre 2014, p2

24.Société Canadienne du Sida : Indétectable égale intransmissible, Document d'information, BUU-2016-Background-FINAL, p64

25.**Le Crips Ile-de-France** : Traitement : un rôle dans la prévention https://www.lecrips-idf.net/professionnels/dossiers-thematiques/dossier-prevention-diversifiee-combinee/vih-prevention-combinee-traitement-TasP.htm consulté le 22/02/2020

26.OMS : L'OMS recommande qu'une aide à la notification du partenaire soit apportée aux personnes vivant avec le VIH, Services de dépistage du VIH ; WHO/HIV/2016.22, 17151-French-PN Policy Brief, Décembre 2016

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254882/WHO-HIV-2016.22-fre.pdf?sequence=1&isAllowed=y consulté le 21/02/2020

27.**Bettayeb K**. Notification aux partenaires, les nouvelles recommandations : Transversal ; VIH et Sida aujourd'hui, Juin 2018

https://transversalmag.fr/articles/788-Notification-aux-partenaires,les-nouvelles-recommandations consulté le 24/2/2020

28.Centre de Collaboration Nationale des Maladies Infectieuses : La notification aux partenaires des infections transmissibles sexuellement : Options stratégiques ; ITSS,Notification aux partenaires Project NO : 170, Février 2014 Salle L 332A,Basic Medical Sciences Building Faculté des sciences de la santé Université du Manitoba 745,Avenue Bannatyne Winnipeg(Manitoba) R3E 0T5 CANADA,p2

29.Organisation Mondiale de la Santé Au BURUNDI : Rapport Annuel 2018,p17

afwcobiallomsburundi@who.int consulté le 24/2/2020

30.FHI 360 : Auto dépistage du VIH et notification des partenaires, Approche améliorée de sensibilisation des pairs (EPOA), Mars 2019, p7

https://www.fhi360.org/sites/default/files/media/documents/resource-linkages-epoa-addendum-french.pdf consulté le 21/02/2020

31.NAHIMANA J. Etude des motivations des demandes de dépistage volontaire de l'infection à VIH. Thèse de doctorat en Médecine,Bujumbura, Juillet 2006.

32.**LE VU S, LYDIE N**. Pratiques de dépistage du VIH chez les personnes originaires d'Afrique subsaharienne en Île-de-France, 2005 Bulletin épidémiologique hebdomadaire 19 février 2008 / n° 7-8, Institut de veille sanitaire, Saint-Maurice, France et Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, Saint-Denis, France, pp. 52-55

33.**SEMAILLE C, STEPHANE LV**. Dépistage anonyme et gratuit du VIH en France, 2006 Bulletin épidémiologique hebdomadaire, Institut de veille sanitaire, Saint-Maurice, France 19 février 2008 / n° 7-8, pp. 49-51

34.**PEPFAR**, Burundi Country Operational Plan (COP) 2019, Strategic Direction Summary, April 2019 p11-18, Bujumbura, 2019.

35.ISTEEBU: Enquête Démographique et de Santé Burundi 2010, Bujumbura, 2012.

36.MOHAMED A, NIAMBELE I,BOUGOUDOGO F. Test de dépistage du VIH,Troisieme enquête démographique et de santé,Mali,2001*,* p. 284

37.Conseil National de Lutte contre le Sida: Plan stratégique national de lutte contre le sida 2012-2016, Bujumbura, 2012.

38.**Epilly**: Le VIH/Sida ;Maladies infectieuses tropicales;Alinéa Plus éd., Paris: Collège des Universitaires de Maladies Infectieuses et Tropicales, 2016, pp. 623,624,627.

39.DAGNAN NS,VROH JBB, DIABY B,ZENGBE-ACRAY P,ATTOH-TOURE H, ,TIEMBERE I et coll. Séroprévalence de l'infection à VIH en conseil et dépistage volontaire par stratégie mobile en Zone rurale en Côte d'Ivoire, Santé Publique 2013/6*,* vol. 25, pp. 849-856.

40.Conseil National de Lutte contre le Sida:Plan Stratégique National de Lutte contre le Sida 2007-2011, Bujumbura, 2006.

41.UWITONZE N. Séroprévalence du VIH chez les personnes fréquentant le CPAMP du CHU Kamenge pour dépistage volontaire. Thèse de doctorat en Médecine*,*Bujumbura, Novembre 2016.

42.DEGUENONVO LF, DIOP SA,VEDOGBETON A,DIENG C,SARR J,SAGNA P et coll. Bilan de la prise en charge médicale des patients infectés par le VIH dans un centre de dépistage volontaire et anonyme au Sénégal, Santé Publique 2011/4 *,* vol. 23, pp. 297-304.

43.NGENDAKUMANA G. La séroprévalence du VIH au CNTS de Bujumbura,à propos de 17067cas. Thèse de doctorat en Médecine,Bujumbura, Mars 2012.

44.ISTEEBU:Troisième Enquête Démographique et de Santé au Burundi,Bujumbura, 2017.

ANNEXES

FICHE DE RECUEIL DES DONNEES

« LE PROFIL DES CLIENTS FREQUENTANT LES CENTRES DE DEPISTAGE VOLONTAIRE, ANONYME ET GRATUIT POUR UN DEPISTAGE VOLONTAIRE DU VIH/SIDA A L'ERE DE LA NOUVELLE STRATEGIE NATIONALE DE DEPISTAGE »

I.IDENTIFICATION DU CLIENT

Code d'identification du client : …

Age : …

Sexe : -masculin : ☐

-féminin : ☐

Etat civil : -célibataire : ☐

-marié(e) : ☐

-veuf (ve) : ☐

-divorcé(e) ou séparé(e) : ☐

-union libre : ☐

Profession : -cultivateur (trice) : ☐

-enseignant : ☐

-militaire : ☐

-policier : ☐

-professionnel de santé : ☐

- commerçant : ☐

-autre (préciser) :

Provenance : -urbaine : ☐

-rurale : ☐

-étrangère : ☐

II.ANTECEDENT DE DEPISTAGE

Non : ☐

Oui : ☐

Si oui, résultat : -positif : ☐

-négatif : ☐

-indéterminé : ☐

III. MOTIFS AMENANT AU DEPISTAGE

Dépistage initié par le prestataire : ☐

Maladie : ☐

Projet de fonder un foyer : ☐

S'engager pour une relation amoureuse : ☐

Connaitre l'état de santé : ☐

Cas index : ☐

Si cas index, préciser le type de relation avec la personne présumée source :

_enfant biologique : ☐

_un(e) conjoint(e) : ☐

_un partenaire sexuel : ☐

Autre (préciser) : …

IV. FACTEURS DE RISQUE

Rapports sexuels non protégés avec un cas VIH+ : ☐

Rapports sexuels non protégés avec un cas dont la sérologie est inconnue : ☐

Parent séropositif : ☐

Travailleuse de sexe : ☐

Homme ayant un rapport sexuel avec un autre homme: ☐

Accident d'exposition : ☐

Autre (préciser) : …

IV. RESULTAT DU TEST ACTUEL

Positif : ☐

Négatif : ☐

Indéterminé : ☐

V. ATTITUDE DU CLIENT DEPISTE VIH POSITIF VIS-A-VIS DE LA PRISE EN CHARGE

Le client est pris en charge au même centre de dépistage : ☐

Le client demande un transfert pour se faire prendre en charge ailleurs : ☐

Le client est perdu de vue : ☐

SERMENT DE GENEVE

Au moment d'être admis au nombre des membres de la profession médicale,

Je prends l'engagement solennel de consacrer ma vie au service de l'Humanité,

Je garderai à mes maitres le respect et la reconnaissance qui leur sont dus,

J'exercerai mon art avec conscience et dignité,

Je maintiendrai dans toute la mesure de mes moyens l'honneur et les nobles traditions de la profession médicale,

Mes collègues seront mes frères,

Je ne permettrai pas que les considérations de religion, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient,

Je garderai le respect absolu de la vie humaine, dès sa conception,

Même sous menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité,

Je fais ces promesses solennellement, librement, sur l'honneur.

RESUME

Introduction : Le dépistage volontaire du VIH est le moyen idéal permettant à une personne de connaître sa sérologie et d'adhérer à la prise en charge.

Objectif : L'objectif était d'étudier le profil des clients fréquentant les CDVAG pour un dépistage volontaire du VIH/Sida à l'ère de nouvelle stratégie nationale de dépistage.

Matériel et méthode : Nous avons réalisé une étude rétrospective à visée descriptive, menée du 01/10 au 30/11/2019 à partir des registres d'information des clients ayant fréquenté ces 3 CDVAG (ANSS/Centre Turiho, CPAMP/ CHUK et SWAA-BURUNDI/Antenne Bujumbura) pour un dépistage volontaire du VIH durant la période d'étude.

Résultats : Notre étude a porté sur 867 clients (soit 288 à l'ANSS/Centre Turiho, 307 au CPAMP/CHUK et 272 à la SWAA-BURUNDI/Antenne Bujumbura) dont 465 hommes et 402 femmes soit un sex ratio de 1,15. L'âge moyen est de 30,145 ans avec des extrêmes de 21 jours et 82 ans. Les hommes sont les plus nombreux à consulter (53,6%). Les tranches d'âge majoritaires sont de 15-44 ans que ce soient pour les hommes (78,2%) que pour les femmes (76,9%). A propos de la profession, les sans professions dominent et représentent 24%. L'état civil est dominé par les célibataires (57,3%) suivis des mariés (32%). Les clients provenaient de la Mairie de Bujumbura à 89,9%. La majorité se faisait dépister pour la première fois (49,5%) et le test antérieur était négatif à 94,2% pour les 34% des clients qui se faisaient dépister plus d'une fois. Les motifs de demande de dépistage sont dominés par le bilan de santé (41,2%) et le dépistage initié par un prestataire (20,8%). Le facteur de risque principal est un rapport sexuel non protégé avec un cas dont la sérologie est inconnue (30,5%).

La séroprévalence est de 8,8%. Les séropositifs sont à prédominance de sexe féminin (69,7%). Les tranches d'âge les plus touchées sont de 15-44 ans (72,4%) avec un âge moyen de 32,25 ans. Leur état civil est célibataire à 50% puis mariés à 25%. La séroprévalence prédomine parmi les sans professions (21%) et ceux résidant en Mairie de Bujumbura (90,8%). Le motif principal ayant amené nos séropositifs est de connaître l'état de santé (50%) avec comme facteur de risque principal un rapport sexuel non protégé soit avec un cas dont la sérologie est inconnue (34,2%) ou avec un cas VIH+ (30,3%). La majorité des séropositifs n'avait pas d'antécédents de dépistage (60,5%). A l'exception des 21,1% qui étaient déjà sous traitement, tout le reste des cas VIH+ (78,9%) a été immédiatement mis sous traitement au même CDVAG de diagnostic.

Conclusion : Les CDVAG jouent un rôle capital dans la prévention et le traitement en matière du VIH.

Mots clés : VIH/SIDA, dépistage volontaire, motif du dépistage, clients