

Chapitre 8

Conseil prénatal pour le VIH orienté vers le couple dans quatre pays à faible et moyenne prévalences : acceptabilité et faisabilité

Joanna ORNE-GLIEMANN¹, Patrice T. TCHENDJOU², Marija MIRIC³, Mukta GADGIL⁴, Maia BUTSASHVILI⁵, Fred EBOKO⁶, Eddy PEREZ-THEN³, Shrinivas DARAK⁴, Sanjeevani KULKARNI⁴, George KAMKAMIDZE⁵, Eric BALESTRE¹, Annabel DESGRÉES du LOÛ⁷, François DABIS¹

Résumé

Le dépistage prénatal du VIH est généralement proposé uniquement aux femmes enceintes. L'absence d'information donnée à leurs conjoints contribue à des difficultés rencontrées pour la prévention de la transmission du VIH au sein de la famille. Une approche de couple en ce qui concerne conseil et dépistage prénatal du VIH soulève la question : cette approche est-elle souhaitable, réalisable ? Pendant la phase préparatoire de l'essai PrenahTest Anrs 12127, nous avons évalué l'acceptabilité et la faisabilité d'impliquer les hommes au sein des consultations prénatales, ainsi que celles d'un conseil prénatal pour le VIH délivré à la femme enceinte, mais orienté vers le couple, dans quatre contextes différents : le Cameroun, la République dominicaine, la Géorgie et l'Inde. Les entretiens exploratoires conduits avec 92 informateurs-clés (femmes enceintes, partenaires et professionnels de santé) ont confirmé qu'il était nécessaire de mieux impliquer les hommes dans le suivi pré et post-natal, et qu'un conseil pour le VIH orienté vers le couple était une stratégie faisable et acceptable.

Mots clés : VIH, conseil, dépistage, couple, pays à ressources limitées, acceptabilité

Contexte

Connaître son statut sérologique vis-à-vis du VIH est un premier pas essentiel vers la prévention de la transmission mère-enfant de ce virus, la prévention de sa transmission sexuelle, ainsi que vers l'accès à la prise en charge en cas de

¹ Institut de santé publique, épidémiologie et développement, Inserm unité 897, université Victor Segalen Bordeaux 2, Bordeaux.

² Laboratoire d'épidémiologie et de santé publique, centre Pasteur du Cameroun, Yaoundé.

³ Centro Nacional de Investigaciones en Salud Materno Infantil, Santo Domingo, Dominican Republic.

⁴ Prayas Health Group, Pune, India.

⁵ Maternal and Child Care Union, Neoclinic, Tbilisi, Georgia.

⁶ Unité mixte de recherche 912 IRD/Inserm/université Aix-Marseille, Marseille.

⁷ Centre population et développement, unité mixte de recherche 196, université Paris Descartes/IRD/Ined, Paris.

séropositivité au VIH. Or, si la couverture du conseil et du dépistage du VIH est en nette amélioration depuis quelques années, celle-ci est encore largement inadéquate dans de nombreuses régions, comme en Afrique sub-saharienne et en Asie du Sud. Au sein de deux enquêtes populationnelles conduites entre 2005-2007 et 2007-2009 dans 17 puis neuf pays à ressources limitées, 11 % des femmes et 10 % des hommes puis 33 % et 17 % respectivement avaient été testés pour le VIH et informés de leur statut sérologique [1, 2]. Les femmes semblent donc plus nombreuses que les hommes à avoir accès au conseil et au dépistage du VIH, ce qui s'explique notamment par le développement et la mise en œuvre à large échelle des programmes de prévention de la transmission mère-enfant. Globalement, le nombre de femmes conseillées et testées pour le VIH au cours de leur grossesse a augmenté de 5 % en 2005 à 26 % en 2009 [2]. Les activités de prévention de la transmission mère-enfant étant encore très rarement intégrées dans une démarche globale de prévention du VIH ciblant le couple et/ou la famille, il en résulte donc que peu d'hommes sont eux-mêmes conseillés et testés pour le VIH lors du processus de dépistage prénatal du VIH. Les opportunités pour les hommes de se faire dépister pour le VIH sont ainsi le plus souvent limitées aux consultations de prise en charge des infections sexuellement transmissibles, aux centres et aux campagnes de dépistage volontaire et, plus récemment, aux programmes de circoncision. Ainsi donc, dans le monde, la plupart des hommes et des femmes vivant en couple n'ont pas connaissance de leur statut sérologique ou de celui de leur conjoint(e). Or, il s'avère que les sérodifférences au sein de couples hétérosexuels sont très fréquentes en Afrique sub-saharienne [3]. Les enjeux en termes de communication autour du risque d'être infecté par le VIH et d'adoption de pratiques sexuelles à moindre risque au sein du couple sont considérables, tant pour la protection mutuelle des personnes que pour l'avenir de leur couple et de leur famille. La mise en place de stratégies pertinentes, réalisables et adaptées pour améliorer la prévention du VIH dans un contexte conjugal est donc plus que jamais nécessaire.

Peu d'études scientifiques ont évalué et publié les résultats d'expériences de conseil et de dépistage prénatal du VIH qui soient orientées vers le couple. Deux études non randomisées conduites en Zambie et au Kenya auprès de femmes enceintes à qui l'on a proposé, soit un conseil VIH individuel, soit un conseil VIH en couple, c'est-à-dire délivré aux deux membres du couple en même temps, ont montré que le conseil de couple améliorait l'acceptabilité du dépistage du VIH chez la femme enceinte, ainsi que la prise de la prophylaxie antirétrovirale et l'adhésion aux alternatives à l'allaitement maternel prolongé et mixte pour la prévention de la transmission mère-enfant chez les femmes identifiées comme infectées par le VIH [4, 5]. En Zambie, aucune différence significative en matière d'événements indésirables n'a été constatée entre les femmes recevant un conseil de couple et celles recevant un conseil individuel [4], alors que le risque de stigmatisation est fréquemment évoqué. Il a en outre été démontré récemment que le conseil VIH de couple était un service de santé coût-efficace [6]. Enfin, des stratégies communautaires de promotion du conseil et du dépistage du VIH en couple ont été récemment évaluées favorablement au sein de cliniques urbaines en Zambie [7, 8].

Il est possible que le conseil de couple ne soit pas souhaitable dans tous les contextes conjugaux, et comporte en particulier des risques, lorsque c'est la femme qui est infectée par le VIH [9]. L'ensemble des données disponibles dans la littérature semble néanmoins suggérer qu'il y a plus d'avantages que d'inconvénients à encourager l'implication des hommes dans la prévention de la

transmission mère-enfant, que ce soit pour la femme ou pour l'homme lui-même, et que, dans tous les cas, la recherche en la matière doit être poursuivie [10]. L'essai multi-sites Prenahtest financé par l'Anrs (Anrs 12127) vise à évaluer l'impact d'une session de conseil post-test du VIH orienté vers le couple sur la fréquence du dépistage du partenaire et du conseil de couple et sur les comportements en matière de santé sexuelle, reproductive, de prévention de la transmission mère-enfant et de prévention du VIH. Le conseil prénatal pour le VIH orienté vers le couple est une intervention comportementale délivrée aux femmes enceintes au cours des consultations prénatales, en remplacement du conseil post-test du VIH classique (*encadré ci-dessous*).

Objectif et contenu du conseil prénatal pour le VIH orienté vers le couple

Objectif

Renforcer le conseil reçu par la femme au moment où elle reçoit le résultat de sa sérologie, pour lui permettre de définir, avec le conseiller, des stratégies concrètes et personnalisées pour annoncer à son partenaire le résultat de son test et lui suggérer le dépistage du VIH et le conseil VIH en couple. L'un des objectifs secondaires de ce conseil orienté vers le couple (COC) est également de renforcer la communication au sein du couple.

Contenu

- Rappel des discussions du conseil pré-test
 - Annonce des résultats du test
 - Conseil adapté au statut sérologique
- Composantes
de conseil post-test
du VIH standard*
- Identification du partenaire et discussion autour du type de relation conjugale
 - Évaluation du niveau de communication conjugale en matière de santé reproductive et prévention du VIH
 - Discussion autour du partage des résultats du test, de l'importance du dépistage du partenaire et du conseil de couple
 - Partage d'outils et de stratégies personnalisés permettant à la femme de discuter de ces sujets avec son partenaire
 - Anticipation des réactions négatives éventuelles du partenaire et discussion autour des stratégies pour les prévenir ou les gérer
- Composantes
de conseil post-test
orienté vers le couple*

Le contenu de la session de COC a été défini à partir de modules de conseil VIH déjà validés [25] et en s'inspirant notamment du Health Belief Model [26].

Le manuel complet du conseil prénatal pour le VIH orienté vers le couple en anglais est disponible :

http://etudes.isped.u-bordeaux2.fr/PRENAHTEST/PrenahtestInterventionManual_6May09.pdf

L'essai Prenahtest Anrs 12127 est en cours dans quatre pays à faible et moyenne prévalence du VIH et devrait se terminer en 2011. Ce chapitre a pour objectif de présenter l'expérience de la première partie de l'essai, à savoir la phase de

faisabilité conduite entre janvier 2007 et juillet 2008 et qui visait à évaluer l'acceptabilité du conseil prénatal pour le VIH orienté vers le couple et de l'implication du partenaire masculin au sein des consultations prénatales dans ces quatre pays aux contextes socioculturels différents.

Méthodes

Sites d'étude

Le projet Prenatest Anrs 12127 est conduit dans quatre structures de santé de référence desservant une population urbaine défavorisée : Centre mère-enfant de la Fondation Chantal Biya à Yaoundé (Cameroun), Hospital Materno-Infantil, San Lorenzo de los Mina à Santo Domingo (République dominicaine), Maternity Hospital N° 5 à Tbilissi (Géorgie) et Sane Guruji Hospital à Pune (Inde)^{8, 9}. La prévalence nationale du VIH parmi les adultes était estimée à 5,1 % en 2007 au Cameroun [11], entre 0,8 et 1 % en 2007 en République dominicaine [12], à 0,1 % en 2008 en Géorgie [13] et à 0,4 % en 2006 en Inde [14].

Observations

Une série d'observations a été conduite à partir de guides structurés pour décrire le contexte dans lequel le conseil prénatal pour le VIH orienté vers le couple allait s'intégrer et apprécier la faisabilité de l'implication des hommes au moment du conseil et du dépistage prénatal du VIH. Pour chaque type de service délivré (consultation prénatale, conseil pré-test du VIH, conseil post-test du VIH, consultation de planification familiale), cinq consultations ont été observées, en choisissant des patientes d'âges, de niveaux d'instruction, de parité et de statuts maritaux différents. Suivant les centres de santé, les séances de conseil pré-test étaient délivrées individuellement ou à un groupe de femmes et, dans ces cas-là, cinq sessions de chaque type de conseil ont été observées. Les observations ont été conduites par les chercheurs participant au projet dans chaque pays.

⁸ La sélection de ces quatre villes d'implantation du projet a été fondée sur un ensemble de raisons épidémiologiques, stratégiques et culturelles, et notamment :

- la lutte contre le VIH/sida est une priorité de santé publique nationale ;
- les profils épidémiques VIH y sont différents : rôle de la toxicomanie en Géorgie et, dans une moindre mesure, en Inde, rôle des rapports sexuels non protégés en République dominicaine et au Cameroun ;
- ces quatre pays ont une expérience nationale de la prévention de la transmission mère-enfant depuis le début des années 2000 et un besoin d'améliorer la qualité des services offerts a clairement été mis en évidence ;
- les contextes socioculturels de ces quatre pays situés sur quatre continents différents sont variés ;
- l'Institut de santé publique, d'épidémiologie et de développement (ISPED) collaborait déjà avec trois de ces sites (Inde, République dominicaine, Géorgie), dans le cadre du réseau Elisabeth Glaser Pediatric AIDS Foundation (financement de projets de prévention de la transmission mère-enfant – Call To Action EGPAF) ;
- l'Anrs et le Cameroun étaient déjà engagés dans un partenariat de recherche sur le VIH (un site Anrs est implanté au Cameroun depuis 2005).

⁹ En 2007, dans l'ensemble des quatre sites, 3 400 femmes en moyenne se sont présentées chaque trimestre pour leur première consultation prénatale, la fréquentation variant de 270 femmes par trimestre en Géorgie à 1 760 en République dominicaine. Plus de 90 % d'entre elles ont bénéficié du conseil du VIH et la couverture du dépistage du VIH a varié de 50 à 100 %. Le taux de conseil post-test du VIH était de 74 %, variant de 30 % en Géorgie à 82 % en République dominicaine.

Entretiens exploratoires

Des entretiens exploratoires (n = 92) ont été conduits, afin de documenter les attitudes et les perceptions locales en matière de VIH/sida, d'implication des hommes au sein des consultations prénatales, de communication au sein du couple en matière de santé reproductive et de VIH et d'acceptabilité du conseil prénatal pour le VIH orienté vers le couple. Les informateurs clés identifiés étaient : des administrateurs des centres de santé sélectionnés (n = 12), des infirmières et conseillers du VIH (n = 15), des infirmières de planning familial (n = 6), des femmes enceintes ayant reçu un conseil post-test du VIH, classique ou orienté vers le couple (n = 45), et, enfin, des hommes ayant accompagné leur conjointe à leur consultation prénatale (n = 14). La sélection des femmes interrogées a été faite de façon à obtenir un échantillon diversifié en termes d'âge, de niveau d'instruction, de parité et de statut marital¹⁰.

Mise en place pilote de l'intervention

Trente femmes ont reçu un conseil prénatal pour le VIH orienté vers le couple dans chaque site au cours de cette phase préparatoire, afin d'évaluer la faisabilité et l'acceptabilité de l'intervention. L'objectif et le contenu du conseil orienté vers le couple sont décrits dans l'*encadré*. Un ou deux conseillers par site ont été formés au conseil prénatal pour le VIH orienté vers le couple et dispensés de leur activité de conseil post-test VIH classique. Les femmes enceintes étaient informées juste après le conseil pré-test du VIH ou avant le conseil post-test qu'elles pouvaient bénéficier d'un conseil orienté vers le couple. Celles qui acceptaient ont été recrutées consécutivement jusqu'à atteindre l'objectif de 30 femmes. Elles recevaient ce conseil orienté vers le couple le même jour ou quelques jours plus tard, selon leur préférence. Parmi les 120 femmes ayant bénéficié de l'intervention pilote dans les quatre sites, une seule était infectée par le VIH, au Cameroun. Le conseil prénatal pour le VIH orienté vers le couple a été évalué à partir d'une fiche, complétée par le conseiller immédiatement après chaque séance de conseil. L'objectif était de documenter le déroulement et le contenu de la conversation avec la femme enceinte (*annexe*, page 120).

Analyse et présentation des résultats

Les fiches d'évaluation du conseil prénatal pour le VIH orienté vers le couple remplies par les conseillers ont été saisies et analysées sous Excel. Les entretiens ont été enregistrés et transcrits en français (Cameroun), espagnol (République dominicaine), géorgien (Géorgie) et marathi (Inde). Les retranscriptions ont ensuite été traduites en anglais, révisées et analysées séparément par chaque équipe, en suivant les principes de l'analyse thématique de contenu [15].

¹⁰ Une brochure d'information portant sur la phase de faisabilité et d'acceptabilité de l'essai Prenah-test a été distribuée à chaque participant. Le consentement éclairé a été obtenu de chaque professionnel de santé, femme ou homme, interrogé ou participant à une consultation ou session observée. Aucune contrepartie financière n'a été proposée aux participants, mais chaque patient a été remboursé des frais de transport occasionnés par sa visite au centre de santé. Des services de soutien psychologique, des préservatifs et certaines méthodes contraceptives (dont la pilule et le stérilet) étaient disponibles pour les participants qui en faisaient la demande.

Résultats

Services existants de conseil et de dépistage prénatal du VIH

Les observations ont révélé que le contenu du conseil VIH classique dispensé dans les quatre sites était comparable, centré sur les modes de transmission du VIH et les stratégies de prévention, essentiellement la prévention de la transmission mère-enfant. La possibilité d'un dépistage du VIH pour le partenaire et de l'implication plus générale des hommes au cours du processus de conseil et dépistage prénatal du VIH était peu discutée. En Géorgie en particulier, la qualité du conseil post-test du VIH était particulièrement faible, se limitant souvent à la notification du résultat du test sérologique. Dans l'ensemble des quatre sites, le caractère privé des sessions de conseil était peu respecté, les interruptions par d'autres patients ou professionnels de santé étant fréquentes. Les relations entre les femmes enceintes et les conseillers restaient « unidirectionnelles », le conseil s'apparentant davantage à une séance d'éducation qu'à un espace de discussion et d'échange. La plupart des conseillers ne vérifiait pas le degré de compréhension des femmes à la fin de la session de conseil. Ces limites dans la qualité des services de conseil proposés étaient principalement attribuées au manque de formation des conseillers, mais aussi au manque de temps disponible pour chaque femme.

Malgré ces différentes contraintes logistiques et ces faiblesses structurelles des services de conseil prénatal existants, chacun des informateurs clés interrogés a fait part d'une vision positive du conseil VIH classique proposé dans chaque site d'étude. Les femmes enceintes, en particulier, ont déclaré que les informations données par le conseiller leur étaient utiles, mais elles ont souligné qu'elles préféreraient les séances de conseil individuel plutôt qu'en groupe.

Implication observée et implication souhaitée des hommes au sein des consultations prénatales

L'ensemble des informateurs clés que nous avons interrogés ont déclaré que la présence des hommes au cours des consultations prénatales leur paraissait acceptable. Néanmoins, nous avons pu observer que la pratique en la matière était très différente selon les sites. En Inde, d'après les chiffres disponibles pour notre site d'étude, le Sane Guruji Hospital, une femme sur cinq en moyenne était accompagnée de son mari pour sa première visite prénatale. En Géorgie, la présence des hommes dans les services de santé prénatale n'était pas rare, mais leur participation aux activités de conseil et d'éducation l'était bien plus. Enfin au Cameroun et en République dominicaine, d'après les infirmières interrogées, chaque mois, seul(s) un ou deux homme(s) étai(en)t présent(s) aux consultations prénatales.

Un des obstacles majeurs à la participation des hommes aux consultations prénatales était lié à l'organisation de ces services de santé. Dans les quatre sites, les hommes n'avaient pas accès aux salles de consultation. L'espace et le temps accordés à ceux qui étaient présents étaient très réduits et les services de santé prénatale peu accueillants pour les hommes. « *Si vous avez 31 femmes enceintes ici et que vous essayez également de faire tenir leurs maris, vous allez devoir les asseoir les uns sur les autres (...). Si vous voyez un homme assis sur le banc-là, la première chose qu'ils (les professionnels de santé) vont faire est de le faire se lever (...). Donc, en plus du fait que les hommes ne viennent pas,*

le peu d'entre eux qui viennent ne sont pas "très bien" traités. » (République dominicaine, femme, 32 ans, médecin).

Par ailleurs, la plupart des informateurs que nous avons interrogés ont expliqué qu'une grande partie de la population ne considérait pas les questions de santé reproductive comme étant de la compétence des hommes : la maternité était une affaire de femmes et les hommes présents aux consultations prénatales n'étaient donc pas considérés comme étant à leur place. En Inde en particulier, il n'est pas rare que les hommes qui expriment leur intérêt pour la grossesse de leur femme se voient moqués et traités de « mauviettes ».

« Le fait est que, même si un homme accompagne sa femme, les autres membres de la famille comme la belle-mère, lui disent que "les choses comme la grossesse sont des questions de femmes". Après ça il commence à voir les choses de la même façon, sachant que sa mère, sœur, tante ou belle-sœur s'en occuperont. Après, il se désengage complètement. » (Inde, homme, 44 ans, obstétricien-gynécologue).

Au-delà de ces contraintes institutionnelles et sociales, la plupart des hommes interrogés ont déclaré que leur activité professionnelle et leurs horaires de travail ne facilitaient pas, voire empêchaient leur présence aux consultations prénatales ; cet argument a également été souvent mentionné par les femmes et les professionnels de santé interrogés.

En République dominicaine, certains hommes ont déclaré ne pas être intéressés par les consultations prénatales et les femmes interrogées ont eu tendance à confirmer cette attitude, qu'elles acceptaient comme un « état de fait » : *« Je viens seule, parce que..., je veux dire, si ça l'intéressait de venir avec moi il l'aurait fait depuis le début, depuis que je lui ai dit que j'étais enceinte.* » (Femme, 20 ans, conseil post-test VIH classique).

Malgré cette faible implication effective des hommes dans les services prénatals, tous les informateurs interrogés ont déclaré que mieux impliquer les hommes leur paraissait important et nécessaire. La perception générale était que si les hommes étaient activement sollicités et informés avec des mots précis et adaptés sur les objectifs de la santé prénatale et de la prévention de la transmission mère-enfant, ils seraient certainement plus enclins à prendre part au processus de conseil et au dépistage prénatal du VIH. Certains informateurs de République dominicaine ont suggéré qu'une des stratégies pour rendre les services de santé sexuelle et reproductive plus attractifs pour les hommes serait de formuler les messages de promotion de façon plus positive, d'adopter un point de vue qui tienne compte des rapports de genre et des rôles sociaux définis au sein des couches populaires de la population et, ainsi, de mettre l'accent sur le rôle protecteur que joue l'homme dans la famille. *« C'est le mieux [que les hommes accompagnent leur femme en consultation prénatale] (...) Parce que si elle est votre partenaire, vous devez être avec elle, au cas où – car enceinte, elle peut tomber vous voyez, elle peut se faire mal ou quelque chose.* » (République dominicaine, homme, 55 ans, partenaire).

Communication conjugale sur le VIH et conseil prénatal pour le VIH orienté vers le couple

Les femmes que nous avons interrogées ont fait état d'une faible communication au sein de leur couple en matière de VIH. En Géorgie, une femme a expliqué que la majorité de la population ne se sentait pas personnellement concernée

par le VIH et n'en voyait pas l'importance pour le reste du pays. « *Une fois j'ai essayé d'initier cette conversation après un spot télé (...) Il m'a répondu que cette maladie était le problème des prostituées et des drogués et que ni lui ni moi n'étions ce genre de personne.* » (Géorgie, femme, 27 ans, conseil pré-test VIH).

La plupart des femmes ont expliqué cependant que si elles ne parlaient pas de sexe, de contraception ou de VIH à leur partenaire, c'était parce qu'elles se sentaient gênées d'engager la conversation sur ces sujets. Au Cameroun, certaines femmes ont déclaré que leur partenaire pourrait se sentir accusé d'infidélité si elles commençaient à parler d'infections sexuellement transmissibles ou de VIH.

Les femmes qui avaient au moins une fois parlé de VIH avec leur partenaire ont décrit des circonstances « opportunistes », la discussion ayant eu lieu après avoir vu un message publicitaire télévisé ou après avoir entendu parler d'une personne infectée par le VIH ; ces conversations étaient restées le plus souvent générales et indirectes.

Certaines femmes interrogées, en Inde et en République dominicaine, ont également mentionné avoir parlé avec leur partenaire du VIH ou des pratiques sexuelles sans risque, lors de disputes et de règlements de compte relativement violents face à une suspicion d'infidélité.

Enfin, au Cameroun et en République dominicaine, certaines femmes ont déclaré « *lui (le partenaire) avoir conseillé* » de se protéger s'il avait des relations sexuelles « *sur le trottoir* » (avec d'autres partenaires). Ce type de communication n'était pas considéré comme acceptable en Inde.

Quels qu'aient été le type et le degré de communication conjugale rapportés par les femmes interrogées, toutes celles qui avaient bénéficié de l'intervention pilote ont déclaré que le conseil orienté vers le couple était susceptible de les aider à améliorer la communication au sein de leur couple en matière de VIH. Elles ont dit avoir compris pendant ce conseil que le VIH n'était pas tabou et que ce sujet pouvait facilement faire l'objet de conversations au sein du couple. Plus de neuf femmes sur dix ont déclaré, en fin de session de conseil prénatal pour le VIH orienté vers le couple, vouloir partager les résultats de leur test du VIH avec leur partenaire et vouloir lui suggérer le conseil et le dépistage du VIH, contre seulement la moitié au début de la session (*tableau 1*).

Ces femmes qui avaient bénéficié du conseil prénatal pour le VIH orienté vers le couple ont expliqué que, souvent, elles ne trouvaient pas les mots pour parler à leur partenaire et que cette nouvelle forme de conseil les avait aidées à mieux comprendre leur relation de couple et leur communication avec leur partenaire. « *Elle [la conseillère] m'a expliqué que lorsque je vais voir mon partenaire pour lui demander quelque chose ou pour lui demander de faire quelque chose, la communication ne sera pas très bonne s'il est énervé. Elle m'a appris comment le faire et le mettre en pratique.* » (République dominicaine, femme, 17 ans, ayant reçu le conseil prénatal pour le VIH orienté vers le couple.)

Perception du risque d'infection par le VIH et attitudes en matière de dépistage du partenaire

La plupart des femmes interrogées a associé le risque de transmission sexuelle du VIH à l'existence de relations extraconjugales, le terme « infidélité » se substituant même au « risque sexuel » dans de nombreux discours. Et l'ensemble des femmes a déclaré se percevoir à risque d'être infectée par le VIH par le

Tableau 1
Communication conjugale et attitudes en matière de dépistage du partenaire et du conseil pour le VIH de couple,
déclarées par les femmes ayant bénéficié du conseil prénatal pour le VIH orienté vers le couple (COC) dans les quatre sites d'étude

Femmes...	Cameroun (n = 23)*		République dominicaine (n = 27)**		Géorgie***		Inde (n = 30)	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Ayant discuté de contraception avec leur partenaire	18	(78)	19	(70)	–	–	12	(40)
Ayant discuté de sexualité avec leur partenaire	23	(100)	17	(63)	–	–	16	(53)
Ayant discuté du VIH avec leur partenaire	18	(78)	25	(93)	–	–	14	(47)
Ayant utilisé le préservatif masculin avec leur partenaire	18	(78)	10	(37)	–	–	8	(27)
Désirant partager le résultat de leur test VIH avec leur partenaire (début de session)	13	(56)	22	(81)	–	–	–	–
Désirant partager le résultat de leur test VIH avec leur partenaire (fin de session)	23	(100)	27	(100)	–	–	27	(90)
Désirant suggérer le conseil et le dépistage VIH à leur partenaire (début de session)	13	(56)	20	(74)	–	–	–	–
Désirant suggérer le conseil et le dépistage VIH à leur partenaire (fin de session)	23	(100)	27	(100)	–	–	28	(93)
Désirant bénéficier du conseil VIH de couple (début de session)	20	(87)	25	(93)	–	–	27	(90)
Désirant bénéficier du conseil VIH de couple (fin de session)	21	(91)	25	(93)	–	–	–	–
Désirant suggérer le conseil VIH de couple à leur partenaire (fin de session)	23	(100)	26	(96)	–	–	29	(97)

Cameroun : Centre mère-enfant (Yaoundé) ; République dominicaine : Los Mina Hospital (Santo Domingo) ; Géorgie : Maternity Hospital N° 5 (Tbilissi), Inde : Sane Guruji Hospital (Pune).

Sessions évaluées entre juin 2007 et janvier 2008.

* Les sept premières sessions pilotes de COC n'ont pu être monitorées au Cameroun, en raison de la mise en place tardive de la fiche de monitoring.

** Les trois premières sessions pilotes de COC n'ont pu être monitorées en République dominicaine, en raison de la mise en place tardive de la fiche de monitoring.

*** La fiche de monitoring n'a pas été utilisée en Géorgie.

– Données manquantes.

partenaire. Les femmes interrogées ont estimé que le dépistage du partenaire était important pour la santé de la femme et de l'enfant et qu'elles se sentiraient « *plus rassurées* » si elles étaient sûres que leur partenaire soit séronégatif.

Les professionnels de santé interrogés étaient optimistes à propos du dépistage du partenaire masculin. La plupart a déclaré que le conseil prénatal pour le VIH orienté vers le couple était susceptible d'aider les femmes à « *impliquer une partie vulnérable de la population que sont les partenaires (des femmes)* » au sein des services de santé sexuelle et reproductive (République dominicaine, homme, 51 ans, médecin) et à augmenter le nombre de partenaires testés pour le VIH et, donc, à améliorer la prévention du VIH au sein des couples.

Les femmes ayant bénéficié du conseil prénatal pour le VIH orienté vers le couple ont déclaré, pour la plupart, être confiantes que leur partenaire allait accepter le dépistage du VIH, particulièrement en Inde et en Géorgie. Elles ont expliqué qu'elles comptaient convaincre leur partenaire, en insistant sur l'importance du test VIH pour la santé de la famille et de l'enfant.

La plupart des hommes interrogés se déclarait favorable à une proposition de dépistage. Le concept de sérodifférence était cependant peu compris par les hommes interrogés. Au Cameroun, en particulier, de nombreux hommes ne voyaient pas pourquoi ils devaient se faire dépister pour le VIH, alors qu'ils connaissaient le résultat du test de leur femme. En République dominicaine, les hommes ont cependant semblé se sentir menacés lorsqu'ils étaient questionnés sur leur perception du dépistage du VIH, certains répondant, sur la défensive, qu'ils n'avaient « *pas peur de se faire tester* » et qu'ils n'avaient « *rien à craindre* », mais ne voyaient pas en quoi le dépistage était nécessaire pour eux.

Afin de confronter la teneur de ces discours aux pratiques réelles, nous avons recensé le nombre de partenaires testés pour le VIH parmi les femmes ayant bénéficié de l'intervention pilote de conseil prénatal orienté vers le couple. Pendant cette phase de faisabilité, nous avons observé un taux de dépistage du VIH chez les partenaires des femmes ayant reçu le conseil prénatal pour le VIH orienté vers le couple de 17 % en Inde, 36 % en Géorgie et 46 % au Cameroun (données non collectées en République dominicaine), soit des taux largement supérieurs à ce qui avait pu être observé avant la mise en place pilote du conseil prénatal pour le VIH orienté vers le couple (taux globaux : 2,7 % *versus* 30,0 %, $p < 0,01$) (*tableau 2*).

Discussion

Notre résultat principal de la phase préparatoire de l'essai d'intervention multi-sites Prenatest Anrs 12127 est que le conseil prénatal pour le VIH orienté vers le couple a été perçu comme acceptable par les professionnels de santé ayant dispensé ce service et par les femmes enceintes bénéficiaires. L'ensemble des informateurs clés dans les quatre sites d'étude a estimé que cette nouvelle forme de conseil prénatal renforcé, qui prenait en compte le contexte conjugal, était utile et que ses bénéfices étaient nombreux. Cela est particulièrement encourageant dans le contexte actuel où les plaidoyers en faveur d'interventions innovantes et adaptées contribuant à prévenir le VIH se multiplient [16].

Cette phase exploratoire a également confirmé qu'il existe actuellement, dans les quatre sites d'étude, des freins à l'implication des hommes dans le champ de la santé reproductive, résultant de l'interaction entre plusieurs facteurs

Tableau 2
Utilisation des services de conseil et dépistage du VIH parmi les partenaires, avant et après la mise en place pilote de l'intervention de conseil prénatal pour le VIH orienté vers le couple dans les quatre sites

	Cameroun		République dominicaine*		Géorgie		Inde		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Baseline										
Femmes enceintes testées pour le VIH	394		1 049		256		1 137		2 836	
Partenaires testés pour le VIH**	3	(0,7)	41	(3,9)	3	(1,2)	30	(2,6)	77	(2,7)
Post-intervention										
Femmes ayant bénéficié du conseil VIH orienté vers le couple	30				30		30		90	
Partenaires ayant reçu un conseil individuel du VIH (pré et post-test)	9	(30,0)	–	–	9	(30)	0	(0)	18	(20,0)
Femmes et partenaires ayant reçu un conseil de couple (pré et post-test)	5	(16,7)	–	–	3	(10)	7	(23,3)	15	(16,7)
Partenaires testés pour le VIH***	14	(46,7)	–	–	11	(36)	5	(16,6)	30	(30,0)

Cameroun : Centre mère-enfant (Yaoundé) ; République dominicaine : Los Mina Hospital (Santo Domingo) ; Géorgie : Maternity Hospital n° 5 (Tbilissi) ; Inde : Sane Guruji Hospital (Pune).

– Données manquantes.

* Données non collectées en République dominicaine.

** Données estimées à partir des registres de consultations prénatales de chaque site, parmi les partenaires des « femmes testées pour le VIH au cours d'un trimestre entre juin 2007 et janvier 2008 ».

*** Données documentées au cours du suivi des femmes ayant reçu l'intervention pilote de conseil post-test du VIH orienté vers le couple, parmi les partenaires des femmes ayant bénéficié du conseil prénatal pour le VIH orienté vers le couple.

multidimensionnels liés aux institutions de santé, aux professionnels de santé, aux femmes enceintes et aux hommes. Le conseil prénatal pour le VIH tel que dispensé en routine dans les quatre sites ne prend pas en compte la situation conjugale de la femme enceinte. Et pourtant, le « partage »¹¹ des résultats du statut sérologique avec le partenaire est souvent essentiel pour la mise en œuvre des messages de prévention discutés lors du conseil, tels que l'utilisation de préservatifs pour éviter l'infection du partenaire ou la réinfection de la femme ou l'adoption d'alternatives à l'allaitement mixte ou, enfin, la poursuite d'un traitement antirétroviral pour prévenir le risque de transmission postnatale du VIH [17]. Nos observations ont également souligné que, comme pour de nombreux programmes de prévention de la transmission mère-enfant [18], ces interventions étaient focalisées exclusivement ou quasi exclusivement sur les femmes. Les entretiens ont confirmé qu'une des principales contraintes à l'implication des partenaires au sein des consultations prénatales résidait dans la prégnance de normes sociales et de genre selon lesquelles la santé prénatale est une affaire de femmes. Bien que ce principe se retrouve dans les quatre sites, nos résultats

¹¹ Terme fréquemment utilisé en Afrique francophone pour qualifier l'annonce des résultats du dépistage.

préliminaires semblent suggérer que le conseil prénatal pour le VIH orienté vers le couple aurait malgré tout un impact positif sur le dépistage du partenaire. Aucune recommandation de santé publique ne peut être formulée à partir de ces données collectées sur des échantillons limités et au sein d'une enquête transversale, mais celles-ci indiquent néanmoins une tendance positive et ont justifié l'intérêt de démarrer l'essai d'intervention à proprement parler. Les données préliminaires de l'essai confirment d'ailleurs l'impact positif de l'intervention sur les taux de dépistage des partenaires [19].

Au cours de cette phase exploratoire, la proportion d'hommes venus se faire dépister dans le service prénatal, après le conseil pilote délivré à la femme enceinte et orienté vers le couple, varie fortement d'un site à l'autre. Ces variations reflètent en grande partie les spécificités des contextes sociaux et épidémiologiques des quatre pays. Au Cameroun, 14 conjoints sont venus se faire dépister, sur les 30 femmes qui ont reçu le conseil orienté vers le couple : cette forte proportion témoigne sans doute d'une sensibilité aiguë au risque de transmission du VIH dans la population camerounaise, assez fortement touchée par l'épidémie. Dans des pays comme l'Inde ou la Géorgie, où l'épidémie est beaucoup moins développée, la plus faible proportion d'hommes venus se faire dépister signe vraisemblablement une moins grande perception d'« être à risque » pour le VIH. On notera que c'est en Inde que la proportion d'hommes venus se faire dépister est la plus faible (16 %), alors que c'est aussi le pays où les hommes sont le plus présents en consultation prénatale. Il est possible que cet état de fait illustre les rapports de genre particulièrement inégalitaires en Inde [20], où les hommes viendraient en consultation prénatale comme tuteur/responsable de leur femme, mais se sentiraient peu directement concernés par les questions de santé qui touchent celles-ci, notamment, la question du VIH soulevée pendant une grossesse.

L'analyse précise du rôle des différents facteurs sociaux et épidémiologiques sur l'acceptabilité et l'impact du conseil post-test du VIH orienté vers le couple, mais aussi des effets induits par le conseil post-test du VIH orienté vers le couple sur les relations conjugales et, notamment, la communication au sein du couple et la violence conjugale, fait partie de la recherche qui reste à mener dans le cadre de l'essai d'intervention et ne peut être faite à partir de cette phase exploratoire. Cependant, certains enseignements peuvent déjà être tirés de cette étape préliminaire : si les responsables des centres de santé envisagent de pouvoir proposer en routine des services de conseil et dépistage prénatals du VIH orientés vers les couples, il sera sûrement nécessaire de considérer des horaires plus adaptés de consultation et de conseil pour le VIH (soirs et week-ends), ou encore que les spécialistes de la promotion de la santé révisent les outils d'information et d'éducation distribués lors des consultations prénatals, pour mettre l'accent sur l'importance d'une approche de couple pour la prévention du VIH [21, 22].

Nos résultats présentent certaines limites, en particulier du fait de la nature exploratoire de cette phase de l'étude. Tout d'abord, les informateurs clés que nous avons interrogés ont été intentionnellement sélectionnés en fonction de leur expérience professionnelle ou personnelle, en lien avec les services de consultation prénatale, de planning familial ou de prévention de la transmission mère-enfant ; par conséquent, il est possible que leur discours ne soit pas représentatif des perceptions de la communauté et de la diversité des groupes sociaux. Le fait que les hommes étaient peu présents dans l'enceinte des quatre sites d'étude

explique que notre échantillon de partenaires masculins soit moins important que prévu ; nos résultats ne présentent donc probablement qu'un pan de la multiplicité des voix masculines sur le sujet. En dépit de ces contraintes et limites, nos résultats suggèrent que, dans quatre sites différents, répartis sur quatre continents, les espoirs et les réticences vis-à-vis d'un conseil et dépistage du VIH orienté vers le couple étaient très similaires, en dépit des contextes socio-culturels, épidémiologiques et programmatiques *a priori* très différents.

Conclusions

Les résultats de notre étude de faisabilité suggèrent qu'il est souhaitable et envisageable de chercher à mieux impliquer les conjoints des femmes enceintes dans la prévention de la transmission mère-enfant du VIH et de profiter de la grossesse pour sensibiliser les femmes et les hommes au VIH et à sa prévention, notamment par la mise en place d'une intervention innovante de conseil prénatal pour le VIH orienté vers le couple. Cependant, une des clés de cette implication des hommes au sein du conseil et du dépistage prénatal du VIH est une bonne connaissance des relations de couple, des attitudes et des schémas de communication entre hommes et femmes, en termes de santé sexuelle et reproductive et de prévention du VIH. Ce contexte conjugal doit être pris en compte pour améliorer la qualité et l'efficacité du conseil prénatal pour le VIH mais aussi de la prévention de la transmission mère-enfant et de la prévention primaire du VIH [23].

Ces données ont conduit à démarrer l'essai d'intervention à proprement parler, à partir de mars 2009. Un total de 1 940 femmes ont été recrutées au cours de leur grossesse et seront suivies jusqu'à 6 puis 15 mois après l'accouchement ; leurs partenaires seront interrogés en fin d'étude. Nous comparerons ainsi la fréquence du dépistage du partenaire et du conseil en couple, entre des femmes ayant reçu un conseil post-test du VIH standard et des femmes ayant reçu le conseil post-test du VIH orienté vers le couple. Nous documenterons également, par des méthodes de recherches qualitative et quantitative, des indicateurs de prévention du VIH et de communication au sein du couple en matière de santé reproductive. Nous analyserons à quelle hauteur et comment cette intervention simple et efficace orientée vers le couple peut contribuer à l'arsenal de stratégies globales de prévention du VIH [24].

Remerciements

L'étude a été financée en partie par l'Anrs 12127 Prenahtest et par l'Elizabeth Glaser Pediatric AIDS Foundation (354-07). Nous tenons à remercier en particulier Claire Reka-cewicz et Brigitte Bazin (Anrs), Jeff Safrit et Cathy Wilfert (EGPAF) pour leur soutien lors de cette première phase de Prenahtest. Nous aimerions remercier la Division de la recherche opérationnelle en santé du ministère de la Santé publique du Cameroun et le comité d'éthique national du Cameroun, le comité indépendant d'éthique de la Fondation dominicaine d'infectiologie, le comité d'éthique du centre de réhabilitation géorgien et le comité d'éthique indépendant du groupe Prayas en Inde de nous avoir fourni les autorisations éthiques pour conduire cette étude. Enfin, nous aimerions souligner le soutien, dans chacun des quatre pays d'étude, des comités de pilotage locaux, des autorités sanitaires et des professionnels de santé impliqués dans l'étude.

Références bibliographiques

1. World Health Organisation. *Towards universal access. Scaling up priority HIV/AIDS interventions in the health sector*. Progress report 2008. Geneva : World Health Organisation, 2008.
2. World Health Organisation. *Towards universal access. Scaling up priority HIV/AIDS interventions in the health sector*. Progress report 2010. Geneva : World Health Organisation, 2010.
3. de Walque D. Serodiscordant couples in five African countries : implications for prevention strategies. *Population and development review* 2007 ; 33 (3) : 501-23.
4. Semrau K, Kuhn, L, Vwalika, C, *et al.* Women in couples antenatal HIV counseling and testing are not more likely to report adverse social events. *AIDS* 2005 ; 19 (6) : 603-9.
5. Farquhar C, Kiarie JN, Richardson BA, *et al.* Antenatal couple counseling increases uptake of interventions to prevent HIV-1 transmission. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2004 ; 37 (5) : 20-6.
6. John FN, Farquhar, C Kiarie JN, Kabura MN, John-Stewart GC. Cost effectiveness of couple counselling to enhance infant HIV-1 prevention. *Int J STD AIDS* 2008 ; 19 (6) : 406-9.
7. Chomba E, Allen S, Kanweka W, *et al.* Evolution of Couples' Voluntary Counseling and Testing for HIV in Lusaka, Zambia. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2008 ; 47 (1) : 108-15.
8. Allen S, Karita E, Chomba E, *et al.* Promotion of couples' voluntary counselling and testing through influential networks in two African capital cities. *BMC Public Health* 2007 ; 7 (349) : doi :10.1186/1471-2458-7-349.
9. Temmerman M, Ndinya-Achola J, Ambani J, Piot P. The right not to know HIV-test results. *Lancet* 1995 ; 345 : 969-70.
10. Painter TM. Voluntary counseling and testing for couples : a high-leverage intervention for HIV/AIDS prevention in sub-Saharan Africa. *Soc Sci Med* 2001 ; 53 (11) : 1397-411.
11. UNAIDS. *Epidemiological Fact Sheet on HIV and AIDS – Cameroon – 2008 update*. Geneva : UNAIDS, 2008.
12. CESDEM, USAID, COPRESIDA, *et al.* *República Dominicana : Encuesta Demográfica y de Salud 2007. Informe preliminar*. Santo Domingo : Centro de Estudios Sociales y Demográficos (CESDEM)/Macro International, 2007.
13. UNAIDS. *Epidemiological Fact Sheet on HIV and AIDS – Georgia – 2008 update*. Geneva : UNAIDS, 2008.
14. National Institute of Health and Family Welfare and National AIDS Control Organisation. *Annual HIV Sentinel Surveillance Country Report 2006*. New Delhi : National Institute of Health and Family Welfare and National AIDS Control Organisation, 2006.
15. Altheide DL. Ethnographic content analysis. *Qual Sociol* 1987 ; 10 (1) : 65-77.
16. Wilson D, Halperin DT. "Know your epidemic, know your response" : a useful approach, if we get it right. *Lancet* 2008 ; 372 : 423-6.
17. Tijou Traore, A Querre, M Brou, H, *et al.* Couples, PMTCT programs and infant feeding decision-making in Ivory Coast. *Soc Sci Med* 2009 ; 69 (6) : 830-7.

18. Mullany, BC. Barriers to and attitudes towards promoting husbands' involvement in maternal health in Katmandu, Nepal. *Soc Sci Med* 2006 ; 62 (11) : 2798-809.
19. Orne Gliemann J, Tchendjou P, Malateste K, *et al.* *Prenatal couple-oriented HIV counselling to increase testing uptake among men. The Prenahtest Anrs 12127 randomised trial.* XVIII International AIDS Conference, 2010, Vienna (Austria), 18-23 July 2010.
20. Verma RK, Mahendra VS. Construction of masculinity in India : a gender and sexual health perspective. *Journal of Family Welfare* 2004 ; 50 (special issue) : 71-8.
21. Fapohunda BM, Rutenberg N. *Expanding men's participation in reproductive health in Kenya.* Nairobi, Kenya : African Population Policy Research Center, 1999.
22. Rutenberg N, Kalibala S, Mwai C, *et al.* *Evidence of success in increasing male participation and support for the prevention of mother to child transmission of HIV in Kenya.* XIVth International AIDS Conference, 7-12 July 2002, Barcelona, Spain, 2002.
23. Desgrées du Loû A, Orne-Gliemann J. Couple-centred testing and counselling for HIV serodiscordant heterosexual couples in sub-Saharan Africa. *Reprod Health Matters* 2008 ; 16 (32) : 151-61.
24. Piot P, Bartos M, Larson H, Zewdie D, Mane P. HIV prevention 6 – Coming to terms with complexity : a call to action for HIV prevention. *Lancet* 2008 ; 372 : 845-59.
25. World Health Organisation and Centers for Disease Control and Prevention. *Prevention of mother-to-child transmission of HIV infection generic training package.* Participant manual. Geneva : World Health Organisation, 2004.
26. Rosenstock I, Strecher V, Becker M. The Health Belief Model and HIV risk behavior change. In : DiClemente RJ, Peterson JL, Eds, *Preventing AIDS : Theories and Methods of Behavioral Interventions.* New York : Plenum Press, 1994, 5-24.

Annexe

Fiche de monitoring du conseil prénatal pour le VIH orienté vers le couple



FORM G	Prenatest ANRS 12127 Couple-oriented post-test HIV counselling monitoring tool	Access: COC counsellor, field assistant, coordinator
		Storage: Participant Data Folder
		Original at research centre, NO copy onsite

Participant identification N° [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

N°	Question	Response	Code
1.	Country	1. Cameroon; 2. Dominican Republic; 3. Georgia; 4. India	<input type="text"/>
2.	Date	[] [] / [] [] / [] [] [] []	<input type="text"/>
3.	Time at the start of the COC session	[] [] h [] [] min	<input type="text"/>
4.	Questionnaire completed by	<input type="text"/>

Woman's attitudes during COC
Before discussing in details each of these COC components:

N°	Question	Response	Code
5.	Did the woman wish to disclose her HIV status to her partner?	1. Yes; 2. No; 3. DNK	<input type="text"/>
6.	Did the woman wish to suggest HIV testing to her partner?	1. Yes; 2. No; 3. DNK	<input type="text"/>
7.	Did the woman wish to suggest couple HIV counselling to her partner?	1. Yes; 2. No; 3. DNK	<input type="text"/>

Woman's attitudes after COC

N°	Question	Response	Code
8.	Did the woman wish to disclose her HIV status to her partner?	1. Yes; 2. No; 3. DNK	<input type="text"/>
9.	Did the woman wish to suggest HIV testing to her partner?	1. Yes; 2. No; 3. DNK	<input type="text"/>
10.	Did the woman wish to suggest couple HIV counselling to her partner?	1. Yes; 2. No; 3. DNK	<input type="text"/>
11.	Did the woman accept an appointment for couple HIV counselling?	1. Yes; 2. No; 3. DNK	<input type="text"/>

General

N°	Question	Response	Code
12.	Did the woman ask questions during the COC session?	1. Yes a lot; 2. Yes a few; 3. None	<input type="text"/>
13.	Overall, how easily did the woman talk about her couple relationship and couple communication?	1. Very easily; 2. So-so; 3. Difficult	<input type="text"/>
14.	Was the counselling session interrupted at any time by other patients or other health workers?	1. Yes once; 2. Yes several times; 3. No	<input type="text"/>
15.	Time at the end of the COC session	[] [] h [] [] min	<input type="text"/>
16.	Comments:	

Orne-Gliemann J., Tchendjou P.T., Miric M., Gadgil M., Butsahvili M., Eboko Fred, Perez-Then E., Darak S., Kulkarni S., Kamkamidze G., Balestre E., Desgrées du Loû Annabel, Dabis F. (2011).

Conseil prénatal pour le VIH orienté vers le couple dans quatre pays à faible et moyenne prévalences : acceptabilité et faisabilité.

In : Desclaux Alice (dir.), Msellati Philippe (dir.), Sow K. (dir.) Les femmes à l'épreuve du VIH dans les pays du Sud : genre et accès universel à la prise en charge. Paris : ANRS, 105-120.

(Sciences Sociales et Sida). ISBN 978-28425-4151-4