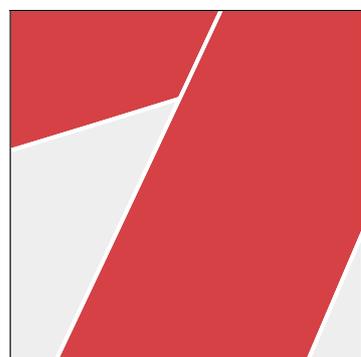


L'impact du conseil et du test volontaires

*Aperçu à l'échelle mondiale des avantages
et des difficultés*



Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA

ONUSIDA

UNICEF • PNUD • FNUAP • PNUCID • OIT
UNESCO • OMS • BANQUE MONDIALE

Collection Meilleures Pratiques de l'ONUSIDA
OUTILS FONDAMENTAUX

UNAIDS/02.18F (version française, mai 2002)
ISBN 92-9173-174-9

Version originale anglaise, UNAIDS/01.32E, juin 2001
The impact of Voluntary Counselling and Testing: A global review of the benefits and challenges
Traduction – ONUSIDA

© Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA (ONUSIDA) 2002. Tous droits de reproduction réservés.

Ce document, qui n'est pas une publication officielle de l'ONUSIDA, peut être librement commenté, cité, reproduit ou traduit, partiellement ou en totalité, à condition de mentionner la source. Il ne saurait cependant être vendu ni utilisé à des fins commerciales sans l'accord préalable, écrit, de l'ONUSIDA (Contacter le Centre d'Information de l'ONUSIDA).

Les prises de position exprimées par les auteurs cités dans le document n'engagent que la responsabilité de ces auteurs.

Les appellations employées dans cette publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part de l'ONUSIDA aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites.

La mention de firmes et de produits commerciaux n'implique pas que ces firmes et produits commerciaux sont agréés ou recommandés par l'ONUSIDA, de préférence à d'autres.

Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom déposé.

ONUSIDA – 20 avenue Appia – 1211 Genève 27 – Suisse
Tél.: (+41 22) 791 46 51 – Fax: (+41 22) 791 41 87
Courrier électronique: unaids@unaids.org – Internet: <http://www.unaids.org>

L'impact du conseil et du test volontaires

Aperçu à l'échelle mondiale des
avantages et des difficultés



ONUSIDA
UNICEF • PNUD • FNUAP • PNUCID • OIT
UNESCO • OMS • BANQUE MONDIALE

ONUSIDA
Genève, Suisse
2002

Remerciements

Le présent document a été rédigé par Rachel Baggaley.

Nous souhaitons remercier les personnes qui ont aimablement accepté de relire le document :

Sandra Anderson, ONUSIDA, Pretoria, Afrique du Sud
Don Balmer, Kenyan Association of Professional Counsellors, Nairobi, Kenya
Deborah Boswell, Kara Counselling and Training Trust, Lusaka, Zambie
Kathleen Casey, Albion Street Centre, Australie
Oliver Davidson, University College Hospital, Londres, Royaume-Uni
Isabelle de Zoysa, HIS/OMS, Genève, Suisse
Karoline Fonck, HCR, Genève, Suisse
Peter Godfrey-Faussett, London School of Hygiene and Tropical Medicine, Royaume-Uni
John Green, St. Mary's Hospital, Londres, Royaume-Uni
Harry Hausler, Ministère de la Santé, Afrique du Sud
Mary Henderson, Safaids, Harare, Zimbabwe
Ignatius Kayawe, Kara Counselling and Training Trust, Lusaka, Zambie
Jos Perriens, ONUSIDA, Genève, Suisse
Eric van Praag, FHI, Washington, Etats-Unis d'Amérique
Catherine Sozi, Mildmay, Ouganda
Prawate Tantipiwatanaskul, Child Mental Health Centre, Bangkok, Thaïlande

David Miller et Jeanette Olsson, fonctionnaires de l'ONUSIDA, étaient responsables du document.

L'impact du conseil et du test volontaires

Un aperçu à l'échelle mondiale des avantages et des difficultés

Table des matières

INFORMATIONS GÉNÉRALES	7
<i>Encadré 1 : Les buts du CTV.....</i>	<i>7</i>
<i>Encadré 2 : Problèmes posés par la comparaison des interventions.....</i>	<i>8</i>
1. PRÉVENTION DE LA TRANSMISSION DU VIH	11
1.1 INCIDENCE DU VIH/SÉROCONVERSION	11
1.2 TAUX D'IST.....	12
1.3 COMPORTEMENT SEXUEL DÉCLARÉ.....	13
<i>Encadré 3 : Difficultés liées à l'analyse et à l'interprétation des données sur le comportement sexuel.....</i>	<i>13</i>
1.4 ÉTUDES DÉMONTRANT QUE LE CONSEIL PEUT RÉDUIRE LES COMPORTEMENTS À RISQUE.....	14
<i>Encadré 4: Etudes en Afrique subsaharienne.....</i>	<i>15</i>
Tableau 1 : Etudes des résultats du CTV portant sur le comportement sexuel en Afrique subsaharienne.....	16
<i>Encadré 5 : Etudes parmi des hétérosexuels dans les pays industrialisés.....</i>	<i>17</i>
Tableau 2 : Etudes des résultats du CTV portant sur le comportement sexuel dans les pays industrialisés.....	18
1.5 GROSSESSE	18
1.6 NOTIFICATION VOLONTAIRE ET TESTS PARTENAIRES	19
<i>Encadré 6 : Communiquer le résultat de son test VIH à son partenaire sexuel.....</i>	<i>19</i>
Tableau 3 : Tests partenaires dans le cadre de la prévention de la TME	22
1.7 CONSEIL A L'INTENTION DES COUPLES	23
1.8 LE CTV AVANT LE MARIAGE	25
<i>Encadré 7 : Obstacles aux changements de comportement sexuel après le CTV</i>	<i>25</i>
2. PRÉVENTION DE LA TRANSMISSION DU VIH SUITE AU CTV DANS DIFFÉRENTES POPULATIONS	27
2.1 HOMMES AYANT DES RAPPORTS SEXUELS AVEC DES HOMMES (HSH)	27
<i>Encadré 8 : Etudes parmi les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes.....</i>	<i>27</i>
Tableau 4 : Etudes des résultats du CTV portant sur le comportement sexuel parmi les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes.....	28
2.2 PROFESSIONNEL(LE)S DU SEXE.....	29
<i>Encadré 9 : Etudes parmi les professionnel(le)s du sexe</i>	<i>29</i>
2.3 USAGERS DES DISPENSAIRES IST	30
2.4 CONSOMMATEURS DE DROGUES INJECTABLES (CDI).....	30
<i>Encadré 10 : Etudes parmi les consommateurs de drogues injectables.....</i>	<i>31</i>
Tableau 5 : Etudes des résultats du CTV portant sur les pratiques d'injection parmi les consommateurs de drogues injectables.....	32
Tableau 6 : Etudes des résultats du CTV portant sur les comportements sexuels parmi les consommateurs de drogues injectables.....	32
2.5 POPULATIONS CARCÉRALES	33
2.6 CHAUFFEURS ROUTIERS.....	33
2.7 DONNEURS DE SANG	33
2.8 JEUNES.....	34
<i>Encadré 11 : Jeunes.....</i>	<i>34</i>

3. PRISE EN CHARGE : AMÉLIORER L'ACCÈS AU SOUTIEN MÉDICAL, ÉMOTIONNEL ET SOCIAL.....	38
<i>Encadré 12 : Besoins en matière de prise en charge après le CTV</i>	<i>38</i>
3.1 ACCÈS À LA PRISE EN CHARGE MÉDICALE	39
3.2 ACCÈS À UNE PRISE EN CHARGE ÉMOTIONNELLE/PSYCHOLOGIQUE À LONG TERME	40
3.3 ADAPTATION PSYCHOLOGIQUE (DE L'INDIVIDU, DE LA FAMILLE ET DE LA COMMUNAUTÉ)	41
<i>Encadré 13 : Résumé : le CTV et l'adaptation</i>	<i>42</i>
3.4 COMMUNIQUER LE RÉSULTAT DU TEST VIH À SA FAMILLE ET SES AMIS	43
3.5 CLUBS «POST-TEST» ET GROUPES DE SOUTIEN.....	45
3.6 ACCÈS AUX SERVICES SOCIAUX.....	45
3.7 PLANIFICATION JURIDIQUE ET PRÉPARATION DE L'AVENIR	47
3.8 ACCÈS AUX INTERVENTIONS DE PRÉVENTION DE LA TRANSMISSION DU VIH DE LA MÈRE À L'ENFANT, AUX SOINS PRÉNATALS SPÉCIALISÉS ET AUX SERVICES DE PLANIFICATION FAMILIALE	48
3.9 ACCÈS AUX SERVICES DE PRÉVENTION DE LA TRANSMISSION DU VIH.....	49
4. SOCIÉTÉ.....	50
5. LES COÛTS	51
5.1 PAYS EN DÉVELOPPEMENT	51
5.2 PAYS INDUSTRIALISÉS	52
5.3 LE RAPPORT COÛT-EFFICACITÉ ASSOCIÉ AUX INTERVENTIONS DE PRÉVENTION DE LA TME.....	52
Tableau 7 : Coût et rapport coût-efficacité des traitements par les ARV dans les interventions de prévention de la TME	53
6. EFFETS NÉGATIFS APRÈS LE CTV	54
<i>Encadré 14 : Effets négatifs après le CTV</i>	<i>54</i>
6.1 ABANDON ET MALTRAITANCE	55
6.2 RUPTURE CONJUGALE	56
6.3 DISCRIMINATION	57
6.4 DÉTRESSE PSYCHOLOGIQUE, STRESS ET DÉPRESSION	57
7. CONSIDÉRATIONS OPÉRATIONNELLES	60
7.1 FRÉQUENTATION, PROPORTION DES PERSONNES VENANT CHERCHER LEURS RÉSULTATS (TAUX DE RETOUR) ET ACCEPTABILITÉ.....	60
Tableau 8 : Fréquentation du CTV dans les sites de prévention de la TME.....	61
Tableau 9 : Fréquentation du CTV dans les sites opérationnels de prévention de la TME.....	62
Tableau 10 : Participation au conseil en couple.....	64
7.2 TYPES DE TEST VIH : TEST SIMPLE/RAPIDE (S/R)/RÉSULTATS EN UN JOUR)	64
<i>Encadré 15 : Obstacles à la fréquentation du CTV.....</i>	<i>65</i>
8. SATISFACTION DES CLIENTS.....	67
9. LE CONSEIL SANS LE TEST ET AUTRES INTERVENTIONS COMPORTEMENTALES.....	69
10. LE TEST SANS CONSEIL OU AVEC CONSEIL MINIMUM	70
11. CONCLUSION.....	72
APPENDICE	74
Etudes émanant des pays en développement.....	74
Etudes émanant des pays industrialisés	78
Etudes parmi les HSH.....	79
Etudes parmi les CDI.....	80
RÉFÉRENCES.....	83

Abréviations

ARV	antirétroviral
CDI	consommateur de drogues injectables
CTV	conseil et test volontaires
DALY	années de vie ajustées sur l'incapacité
HSH	hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes
IO	infection opportuniste
IST	infection sexuellement transmissible
ONG	organisation non gouvernementale
PES	programme d'échange des seringues
PS	professionnel(le) du sexe
PVS	personne vivant avec le VIH/SIDA
RA	rapport anal
SMI	santé maternelle et infantile
TME	transmission mère-enfant
TPTB	thérapie de prévention de la tuberculose

Informations générales

Les approches de la prévention et de la prise en charge du VIH exigent souvent des individus une connaissance de leur sérologie VIH. L'importance du conseil et du test volontaires (CTV) a entraîné un élargissement de la promotion et du développement des services qui le pratiquent. Cependant, la plupart des pays dans lesquels le VIH est le plus répandu sont aussi les plus pauvres. C'est pourquoi, en raison de la pénurie des ressources, les services de CTV ne sont encore souvent que peu répandus dans les pays à très forte prévalence. Pour donner aux services de CTV la priorité qu'ils méritent et pour trouver les ressources nécessaires à leur mise en place, il est essentiel de démontrer leur efficacité. La complexité du processus de CTV et le nombre important des résultats qu'il peut avoir sont l'une des difficultés rencontrées dans l'évaluation de l'efficacité de ce processus. Le terme CTV a été utilisé dans de nombreux contextes pour décrire toute une gamme d'interventions. Dans le présent document, il recouvre les interventions impliquant un minimum de conseil avant et après le test de dépistage. Cependant, cette acception reconnaît que de nombreux services de CTV offrent un soutien de longue durée.

Ce document examine les divers rôles du CTV, les différents résultats du CTV susceptibles d'être évalués et aborde les limites et les difficultés associées à cette évaluation.

S'appuyant sur la littérature publiée et non publiée, sur des résumés de conférences et des études de cas, le présent document est axé principalement sur l'information émanant des pays en développement. Si certains exemples provenant de pays industrialisés sont mentionnés, cette information n'est pas exhaustive, c'est pourquoi les auteurs citent des articles analytiques fournissant de plus amples informations.

Encadré 1 : Les buts du CTV

1. Prévention de la transmission du VIH

des personnes séropositives à leurs partenaires non dépistés ou séronégatifs
des mères séropositives à leur enfant

2. Prévention de l'infection par le VIH

des personnes séronégatives par leurs partenaires séropositifs ou non dépistés

3. Utilisation précoce et appropriée des services

personnes dont le test est positif

- Prise en charge médicale (y compris la thérapie par les ARV, le traitement des IO, la prévention des IO et des infections associées au VIH et dépistage des infections et tumeurs associées au VIH)
- Planification familiale (y compris le conseil relatif aux choix en matière de reproduction)
- Prise en charge émotionnelle (y compris un soutien à l'individu, au couple et à la famille)

--->

- Conseil en matière de modes de vie positifs (nutrition, conseil de longue durée, questions entourant la divulgation et identification des réseaux de protection)
- Soutien social
- Amélioration des capacités d'adaptation et de planification de l'avenir
- Conseil juridique

personnes dont le test est négatif

- Prise en charge émotionnelle
- Planification familiale (y compris le conseil relatif aux choix en matière de reproduction)
- Amélioration des capacités d'adaptation et planification de l'avenir

4. Avantages pour la société

- Normalisation du VIH
- Lutte contre la stigmatisation
- Promotion de la sensibilisation
- Soutien des droits de l'homme

5. Conseil à l'appui de l'observance des traitements

- Observance des thérapies antirétrovirales et préventives
- Adaptation aux effets secondaires
- Conseil à l'appui de l'observance des interventions de prévention de la TME

Limites du présent aperçu

Les services de CTV, qui sont à la disposition de nombreux groupes différents de personnes dans des situations diverses, ont des objectifs qui varient considérablement. C'est pourquoi il est difficile et parfois trompeur de comparer les interventions de CTV. Les problèmes posés par la comparaison des interventions sont résumés dans l'Encadré 2.

Encadré 2 : Problèmes posés par la comparaison des interventions

> Diversité des interventions

Le contenu et la qualité des services de CTV offerts dans les différents pays varient de manière considérable. Par conséquent, il peut paraître inadéquat de comparer des services de conseil approfondis et à long terme, disposant d'un suivi social et médical par exemple, avec le CTV ordinaire associé aux cliniques IST, qui n'offrent pas de tels services.

Facteurs susceptibles d'influer sur les résultats des interventions de CTV

- Cadre théorique du conseil
- Contenu et qualité du conseil
- Nombre de séances de conseil entreprises
- Conseil avant le test destiné aux individus, aux couples ou à des groupes
- Méthodes de dépistage du VIH utilisées dans les sites de CTV (test simple/rapide en une journée ou test ELISA)
- Services de soutien associés aux sites de CTV
- Dépistage et notification des résultats anonymes ou confidentiels ou obligatoires

- Maturité émotionnelle/âge des clients
- Facteurs socio-économiques (susceptibles d'influer sur le traitement, la prophylaxie)

➤ **Diversité des populations**

On peut s'attendre à des différences d'effets et de résultats lorsqu'on évalue les interventions de CTV dans différentes populations. Dans les pays industrialisés, une bonne partie des études portant sur le CTV et les modifications du comportement sexuel ont été réalisées parmi les CDI, les hommes homosexuels et les personnes fréquentant les dispensaires de dermato-vénérologie. En Afrique subsaharienne, la majorité des études ont été réalisées dans la population générale fréquentant les centres de CTV, parmi les femmes en consultations prénatales et les professionnel(le)s du sexe. Il est difficile d'établir des comparaisons entre ces groupes étant donné la variabilité considérable des modes et déterminants du comportement.

➤ **Considérations de temps**

Moment choisi pour évaluer le service

Nombreux sont les projets opérationnels de CTV qui sont évalués au moment de leur création et il arrive que des services de CTV soient mis en place dans le seul but d'examiner l'impact d'un projet de recherche. Ce qui signifie que l'évaluation a fréquemment lieu avant le développement complet du service ou avant que les communautés ne se soient habituées à l'intervention ou aient compris ses avantages potentiels. Ceci est tout particulièrement important dans les pays où le CTV est un service nouveau ou dans lesquels le conseil n'avait pas jusqu'ici fait partie de la prise en charge médicale et du soutien.

Lorsque l'évaluation est renouvelée au moment où les services sont bien implantés, les résultats obtenus peuvent être différents. Par exemple, lors de la création du premier service de CTV à Lusaka, en Zambie, un grand nombre des usagers des deux premières années étaient symptomatiques, ce qui explique leur taux de séropositivité très élevé (plus de 60%). A ce moment-là, les personnes se présentaient pour que le test confirme leurs soupçons ou elles étaient envoyées par des agents de santé, des amis ou parents craignant qu'elles ne soient infectées par le VIH. Avec le développement du service et lorsque la population a mieux pris conscience du rôle du CTV dans la prévention du VIH, le taux de séropositivité est tombé à moins de 25%. Un grand nombre de jeunes ne présentant pas de symptômes souhaitaient connaître leur sérologie VIH et la stigmatisation associée au dépistage s'était atténuée. En outre, les traitements devenant plus accessibles, les individus étaient moins réticents au test, car ils pensaient qu'une prise en charge pourrait être offerte en cas de test positif (Société de conseil et de formation Kara).

En Ouganda, la population utilisant les services de CTV a également changé avec le temps. En 1992, 66% des clients étaient des hommes. En 1997, davantage de femmes demandaient le CTV et la proportion d'hommes était tombée à 51%¹. Les taux de séropositivité des usagers aussi ont changé ; en 1990, 35% des usagers de sexe féminin et 23% des usagers de sexe masculin étaient séropositifs. En 1998, ces taux étaient tombés à 26% pour les femmes et à 14% pour les hommes.

Stade et ampleur de l'épidémie

Le stade d'évolution de l'épidémie peut avoir un impact important sur les résultats. Ceci est particulièrement vrai pour les taux de participation (première visite et visites suivantes).

----->

Dans les régions où l'épidémie est nouvelle, l'ignorance, le déni et la stigmatisation sont plus étroitement associés au test VIH que dans les pays où l'épidémie est implantée depuis longtemps.

Les pays dans lesquels l'épidémie est à un stade avancé connaissent aussi un impact du VIH plus important en termes de morbidité et de mortalité ou d'autres conséquences telles que le nombre croissant d'orphelins. Ces conséquences visibles et concrètes du VIH peuvent jouer un rôle important dans la manière dont les personnes perçoivent leur propre risque d'infection et les pousser à vouloir subir le test.

Les pays dans lesquels le VIH-2 constitue l'infection la plus importante peuvent avoir des taux de séroprévalence élevés mais de faibles niveaux de morbidité, c'est pourquoi le nombre des personnes désireuses de faire un test VIH sera moins grand, car elles n'observent pas autant de signes de vulnérabilité dans leur communauté.

1. Prévention de la transmission du VIH

1.1 Incidence du VIH/séroconversion

Le taux des nouvelles infections à VIH parmi les personnes fréquentant le CTV, comparées à un groupe contrôle testé mais ignorant sa sérologie, constitue la mesure décisive de la capacité du CTV à réduire la transmission du VIH. Cependant, en raison des considérations éthiques et des difficultés pratiques entourant la réalisation de telles études, on se fonde sur des estimations des taux de séroconversion ou sur des comparaisons avec les taux de séro-incidence et de séroprévalence obtenus dans d'autres études.

Une des premières études communautaires parmi des patients atteints de maladies symptomatiques liées au VIH a révélé des taux élevés de rapports sexuels non protégés et, par la suite, une forte transmission du VIH dans des couples sérodifférents participant au CTV (Hira, 1990²). A Lusaka, Zambie, les personnes vivant sous le même toit que des patients de référence atteints de SIDA ou de maladies symptomatiques liées au VIH, ont subi des tests cliniques et sérologiques à des fins de dépistage de l'infection à VIH-1. Sur 150 ménages de patients de sexe masculin, 92 épouses (soit 61,3%) étaient infectées, contre 57 époux de patients de référence de sexe féminin (soit 73,1%). Sur les 52 couples sérodifférents suivis pendant un an, 46 ont continué à avoir des rapports sexuels vaginaux sans protection et chez 11 (21,2%) d'entre eux une séroconversion au VIH s'est manifestée. L'étude suggère que le risque de transmission hétérosexuelle du VIH se poursuit avec la progression de l'infection chez le partenaire infecté. Dans cette étude, le CTV n'est pas parvenu à aider les couples à adopter des pratiques sexuelles plus sûres et à empêcher la séroconversion. Le but de l'étude était de décrire plutôt que d'offrir une intervention visant à prévenir la transmission du VIH. Les auteurs notent la nécessité de fournir un conseil plus efficace.

Dans une étude réalisée à Kinshasa, République démocratique du Congo (ex-Zaïre), un conseil intensif aux couples à la suite du test s'est révélé efficace pour modifier les comportements sexuels des couples sérodifférents. Le conseil a été suivi d'un faible taux de séroconversion, soit – 3,1% de 100 années-personnes d'observation parmi des couples congolais mariés sérodifférents qui avaient recours au CTV (Kamenga et al., 1991³). Bien que cette étude n'ait pas comporté de groupe contrôle, le faible taux de séroconversion a été analogue à celui observé dans d'autres études prospectives parmi des couples mariés sérodifférents aux Etats-Unis, qui avaient été encouragés à utiliser le préservatif (Goedert et al., 1987⁴).

Une étude prospective réalisée au Rwanda a porté sur 60 couples sérodifférents dont 53 ont été suivis pendant 2,2 ans en moyenne. Au cours de cette période, 2 des 23 hommes séronégatifs et 6 des 30 femmes séronégatives ont présenté une séroconversion (taux de séroconversion de 4 et 9 pour 100 années-personnes). Le taux était infé-

rieur à la moitié du taux estimé pour un groupe analogue de femmes, membres de couples sérodifférents mais dans lesquels seules les femmes avaient reçu le CTV et les hommes avaient eu un test mais ne connaissaient pas leur sérologie VIH (Allen et al., 1992⁵).

Une étude conduite par le même groupe et portant sur 1458 femmes, a comparé des femmes testées mais dont les partenaires n'étaient pas conscients de leur sérologie, avec des femmes dont les partenaires avaient aussi reçu le CTV et connaissaient leur sérologie. Dans ce dernier groupe, les taux de séroconversion ont baissé de manière significative (de 4,1 à 1,8 pour 100 années-personnes $P < 0,4$) (Allen et al., 1992⁶).

A Pune, en Inde, le taux de séro-incidence en 1995 a été estimé à 18% par année parmi les patients en consultation IST (Brookmeyer et al., 1995⁷). Au même endroit, le rôle du CTV dans la prévention du VIH parmi les personnes testées négatives a été examiné (Bentley et al., 1998⁸). Suite au CTV, le taux de séroconversion a été de 6,1 pour 100 années-personnes.

Les taux de séroconversion ont été examinés chez 144 couples hétérosexuels sérodifférents recrutés en Californie, Etats-Unis, qui ont été suivis pendant une période moyenne de 1,34 année (Padian et al., 1987⁹). Les couples recevaient généralement le conseil et le test à la maison et un suivi intensif en matière de conseil et de soutien leur était offert. L'utilisation du préservatif comme l'abstinence sexuelle ont augmenté avec le temps. La plupart des changements de comportement ont été introduits entre le moment du test et la première visite de suivi. Aucune séroconversion n'a été observée après 193 années-couples de suivi. Dans cette étude, le conseil intensif pour les couples associé au soutien social semble avoir constitué un moyen très efficace de promouvoir et d'entretenir les changements de comportement parmi les individus infectés par le VIH et leurs partenaires hétérosexuels. Il convient de noter que les couples de cette étude vivaient des relations stables et que, dans les pays industrialisés, le déséquilibre sexospécifique dans les négociations sexuelles est peut-être moins marqué. Dans de nombreux pays à forte prévalence, les femmes qui sont séropositives peuvent avoir des difficultés à maintenir des pratiques sexuelles à moindre risque et à prévenir la transmission du VIH à leurs partenaires non infectés.

1.2 Taux d'IST

L'incidence des IST après le CTV constitue un bon indicateur par procuration pour l'adoption de pratiques sexuelles à moindre risque (et par extension la réduction de la transmission du VIH).

Une étude parmi des femmes rwandaises recrutées dans les dispensaires prénatals et pédiatriques a montré que le CTV était associé à des taux réduits de blennorragie (la prévalence de la blennorragie ayant baissé de 13% à 6% $P < 0,05$) parmi les femmes séropositives suite au CTV. La plus forte baisse des taux de blennorragie a été observée parmi les femmes qui indiquaient avoir utilisé des préservatifs (16% à 4% $P < 0,05$) (Allen et al., 1992).

Aux Etats-Unis pourtant, une étude conduite dans une consultation IST à Miami a montré une baisse des taux d'IST suite au CTV parmi les personnes testées posi-

tives, mais une augmentation de 103% des taux d'IST parmi celles dont le test avait été négatif. Les auteurs ont conclu que ce résultat pouvait être partiellement dû à un conseil inapproprié reçu par les personnes dont le test était négatif (Otten et al., 1993¹⁰).

Une autre étude effectuée parmi des séropositifs et séronégatifs en consultation IST, assortis par paires, à Londres (n=218) n'a montré aucune association significative entre l'état sérologique et l'incidence des IST (George et al., 1998¹¹).

1.3 Comportement sexuel déclaré

Le but premier du CTV est la prévention – il s'agit d'aider les individus à modifier leur comportement sexuel pour éviter la transmission du VIH aux partenaires sexuels en cas de séropositivité et pour demeurer séronégatif si l'on n'est pas infecté. Par conséquent, un grand nombre d'études qui tentent d'estimer l'efficacité du CTV examinent les modifications du comportement sexuel déclaré suite au dépistage. Toutefois, ce type d'études comporte des problèmes méthodologiques. Obtenir des renseignements sur le comportement sexuel implique que l'on dépend des déclarations des personnes et il existe peu de possibilités pour vérifier l'information obtenue auprès d'autres sources.

Encadré 3 : Difficultés liées à l'analyse et à l'interprétation des données sur le comportement sexuel

> Différentes méthodes de collecte de l'information

Il existe des imprécisions et des incohérences considérables dans la collecte de l'information concernant le comportement sexuel. Elles peuvent être aggravées par les diverses méthodes de collecte des données utilisées. Les études utilisent toutes sortes de méthodes, y compris les questionnaires à remplir, les questionnaires par entretien, les entretiens qualitatifs approfondis, les résumés de notes cliniques, les entretiens par téléphone, les enquêtes postales et les méthodes utilisant les «fiches éclair». Les différentes études font également état de plusieurs méthodes d'échantillonnage, longueur de suivi, taux et processus de suivi, ce qui rend difficile les comparaisons entre les études.

> Différences culturelles

Les attitudes concernant le comportement sexuel diffèrent considérablement et peuvent avoir une influence sur la notification. Dans les pays où il est tabou d'aborder les questions sexuelles, les individus peuvent être peu disposés à révéler des détails intimes ou des comportements sexuels qui sont mal vus ou illégaux (par exemple, la sous-notification de l'homosexualité dans les pays d'Afrique subsaharienne où elle est condamnée). D'autres populations, dont la cohésion et l'identité sont fortes (par exemple les hommes homosexuels à San Francisco), n'ont pas les mêmes inhibitions pour parler de leurs pratiques sexuelles.

L'interprétation des termes sexuels varie aussi entre les populations et au sein des groupes et peut rendre difficile l'interprétation des réponses écrites aux questionnaires. Par exemple en Zambie, des entretiens approfondis ont révélé que certains hommes se

----->

considéraient comme 'abstinents' s'ils n'avaient de rapports sexuels qu'avec leur épouse, alors que d'autres hommes interrogés estimaient que l'abstinence consistait à n'avoir aucun rapport sexuel. Les définitions des pratiques sexuelles peuvent aussi varier à la traduction (ceci se produit fréquemment dans les études qui interrogent les participants dans leur propre langue, ce qui exige la traduction ultérieure des questionnaires en anglais aux fins d'analyse).

➤ **Différences sexospécifiques**

Dans la plupart des études portant sur le comportement sexuel déclaré, les femmes annoncent moins de partenaires sexuels que les hommes. Dans une enquête nationale sur le comportement sexuel réalisée au Royaume-Uni, le nombre moyen de partenaires sexuels au cours d'une vie était de 9,9 pour les hommes et de 2 pour les femmes (Wellings et al., 1994¹²). Des différences analogues – un nombre de partenaires sexuels au cours de la vie plus élevé déclaré par les étudiants de sexe masculin que de sexe féminin – ont été décrites dans une enquête réalisée parmi des étudiants dans les universités de Lusaka, Zambie et de Londres, Royaume-Uni (Baggaley et al., 1997¹³). Ces différences sont peut-être partiellement dues au fait que l'on accepte que les hommes fassent état de partenaires sexuels multiples et de rapports avec des professionnel(le)s du sexe.

La capacité de modifier son comportement sexuel, tout comme les obstacles qui s'opposent à ces changements, varient aussi énormément entre les pays et les groupes étudiés. Par exemple, l'utilisation du préservatif est courante dans de nombreux pays d'Europe depuis plusieurs décennies, alors que, dans les pays en développement, les préservatifs ne sont pas facilement disponibles et leur utilisation est encore rare. Récemment encore, les préservatifs n'étaient pas très répandus dans les zones rurales de l'Afrique subsaharienne. Même lorsqu'ils ont été distribués dans le cadre des programmes de marketing social, les préservatifs étaient encore relativement peu utilisés – dans les zones rurales de Zambie, 2,7% des femmes et 6,9% des hommes admettaient qu'ils/elles ou leurs partenaires avaient utilisé des préservatifs (DHS, 1996¹⁴). Ceci peut être partiellement dû à des facteurs sociaux et économiques et au manque d'habitude du préservatif. Dans certains pays, les croyances religieuses ou culturelles empêchent la généralisation de leur utilisation ou de leur distribution.

➤ **Diversité des populations**

Étant donné la diversité des groupes étudiés, il est difficile d'établir des comparaisons ou de réaliser des méta-analyses des résultats se rapportant aux comportements sexuels (Weinhardt et al., 1999¹⁵). Il peut être difficile ou inapproprié de comparer l'utilisation du préservatif parmi des couples gays sérodifférents à New York, avec des couples de consommateurs de drogues injectables (CDI) hétérosexuels sérodifférents en Ukraine.

1.4 Etudes démontrant que le conseil peut réduire les comportements à risque

Pays en développement

Des études montrant que le comportement sexuel à risque diminue sensiblement grâce au conseil ont été réalisées dans plusieurs pays en développement. Le récent essai multicentres d'efficacité du CTV a été le premier essai randomisé portant sur le conseil et le test VIH volontaires dans les pays en développement. Il a montré que le

CTV entraînait une modification du comportement plus importante que l'éducation sanitaire seule. Cependant les personnes séropositives étaient plus susceptibles que les personnes séronégatives de changer de comportement de manière significative. Les détails de cette étude ainsi que des autres études conduites dans les pays en développement sont présentés dans l'Appendice (page 74).

Encadré 4: Etudes en Afrique subsaharienne

Résumé : généralités

- La transmission du VIH est principalement imputable à la transmission hétérosexuelle. Si certains groupes, par exemple les professionnel(le)s du sexe, sont plus durement touchés que d'autres, le VIH affecte la population générale et ne constitue pas un problème limité à une minorité ou à des groupes vulnérables. Le rapport entre hommes et femmes est d'environ 1:1. Les femmes ont des taux d'infection plus élevés dans les groupes d'âge plus jeunes.
- C'est l'Afrique subsaharienne, avec plus de 70% des personnes vivant avec le VIH, qui paie le plus lourd tribut. Si la fourchette de séoprévalence du VIH dans ces pays est large, dans bien d'autres pays, les effets financiers et sociaux du VIH sont très répandus. Il s'agit notamment de la mort d'hommes et de femmes entre 20 et 40 ans – âge auquel ils sont les plus productifs – ainsi qu'un nombre croissant d'orphelins. La moyenne de la séoprévalence chez l'adulte en Afrique subsaharienne est de 8% (fourchette <0,5-35%)¹⁶.
- Avant l'apparition du VIH, les services de conseil étaient rares et la notion de conseil 'formel' était peu connue de la plupart des gens. Il existait souvent des systèmes bien implantés permettant de parler des problèmes et questions de santé relatifs à la sexualité des adolescents ; ils bénéficiaient généralement de la participation des anciens de la communauté ou des personnes de confiance dans la famille qui faisaient office d'éducateurs. Cependant, le VIH n'a pas souvent été intégré dans ces structures de manière adéquate. Ultérieurement, des services de conseil sur le VIH ont été mis en place, souvent au coup par coup ou dans le cadre de projets de recherches. Actuellement, les services de CTV sont élargis et sont fréquemment associés aux interventions de prévention de la TME.

Résumé : Efficacité/modification du comportement sexuel

- Des études effectuées parmi des couples sérodifférents, conseillés et testés ensemble, montrent une baisse significative des taux de séroconversion après le CTV.
- La *majorité* des études réalisées parmi des individus et des couples fréquentant le CTV montrent que les personnes peuvent introduire quelques changements dans leur comportement pour réduire la transmission du VIH, mais que les changements à long terme sont difficiles si les deux partenaires ne connaissent pas leur statut sérologique.
- Bien que les obstacles et les difficultés se présentent pour les hommes comme pour les femmes, la plupart des études rapportent que les femmes en particulier rencontrent des problèmes pour pratiquer la sexualité sans risque (ou pour négocier avec leurs partenaires sexuels l'utilisation de méthodes plus sûres) après le CTV.
- La plupart des études en Afrique subsaharienne ont été réalisées au moment de la mise en place des services de CTV et une analyse à plus long terme serait précieuse.

Tableau 1 : Etudes des résultats du CTV portant sur le comportement sexuel en Afrique subsaharienne

Auteur (année)	Site	N	Résultats
Allen, Tice (1992)	Kigali, Rwanda	53+/- 838 F	↑ utilisation du préservatif suite au CTV chez les couples +/-, ayant reçu tous deux le CTV, cf. couples testés où seules les F connaissent leur sérologie
Allen, Serufuliria (1992)		1458	Couples +/-, séroconversion après CTV si les 2 partenaires connaissent leur sérologie, cf. si les F seules la connaissent.
Kamenga (1991)	Ex-Zaïre	149	Couples +/-, ↓ séroconversion après CTV
Temmerman (1990)	Nairobi, Kenya	1507	F enceintes. Pas de changement de comportement sexuel entre F séro+ et séro-
Muller (1992)	Kampala, Ouganda	872	Couples et individus. ↓ comportement sexuel à risque dans tous les groupes après CTV
Moore (1993)	Kampala, Ouganda	3000	Individus. ↓ comportement sexuel à risque dans tous les groupes après CTV
TASO (1994 et 97)	7 centres TASO, Ouganda	730	Individus. ↓ comportement sexuel à risque dans tous les groupes après CTV (M indiquent ↑ utilisation préservatif et F ↑ abstinence)
Hira (1990)	Lusaka, Zambie	52	Couples +/- Sur les 52 couples +/- suivis pendant 1 an, 46 ont poursuivi des rapports sexuels non protégés et 11 (21,2%) ont effectué une séroconversion.
Baggaley (1994)	Lusaka, Zambie	500	Individus. Tous les groupes ont réduit leurs comportements sexuels à risque après CTV (séro+ et séro-)
Baggaley (1998)		277	Individus. ↓ comportements à risque. F expriment leurs difficultés pour adopter des pratiques sexuelles plus sûres.
Muller (1995)	Bangkok, Thaïlande	600	Les séro+ annoncent moins de partenaires sexuels et une utilisation plus régulière du préservatif que les séro+ ne connaissant pas leur sérologie.
Ladner (1996) © Etude multicentres (1998)	Kigali, Rwanda Kenya, R.-U. de Tanzanie et Trinité	848 3120	↑ de l'utilisation du préservatif chez les F (séro+ > séro-) Individus. Tous les groupes ont réduit leurs comportements sexuels à risque après CTV cf. groupe avec éducation sanitaire seulement (séro+ > séro-).
Lutalo (2000)	Rakai, Ouganda	6096	↑ utilisation du préservatif par les F (séro+ > séro-). ↑ N/S utilisation du préservatif chez les hommes séro+ cf. séro-. ↑ utilisation du préservatif par les nouveaux usagers des préservatifs (séro+ M & F) cf. aux M & F séro+ testés mais ne connaissant pas leur sérologie.

+/- = sérodifférent
 F = sexe féminin
 M = sexe masculin
 N/S = non significatif
 ↓ = diminution
 ↑ = augmentation
 cf. = à comparer

Pays industrialisés

Encadré 5 : Etudes parmi des hétérosexuels dans les pays industrialisés

Résumé : généralités

- Bien qu'un nombre croissant de personnes séropositives soient infectées par le VIH par la transmission hétérosexuelle, la majorité des cas sont observés chez des personnes dites 'à risque' :
 - ◆ Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes
 - ◆ Consommateurs de drogues injectables (CDI)
 - ◆ Ressortissants africains vivant en Europe
- En Europe occidentale, le taux de séroprévalence chez l'adulte est de 0,25% et aux Etats-Unis de 0,56%, moins de 20% des personnes infectées étant des femmes¹⁷.
- La prévalence du VIH reste relativement faible dans la population générale et dans de nombreuses communautés, le VIH est perçu comme un problème limité aux groupes marginalisés.
- La majorité des études réalisées dans des pays industrialisés ont été effectuées parmi les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH) et les CDI.
- En Europe et aux Etats-Unis, les services de CTV sont souvent à la disposition de la population générale comme des groupes particuliers. La fréquentation des services de CTV est généralement faible dans la population générale, bien que de plus en plus de femmes soient systématiquement testées pour le VIH dans les dispensaires prénatals.
- Les services destinés aux personnes vivant avec le VIH/SIDA (PVS) sont généralement bien développés et la majorité des gens peuvent avoir accès à la polythérapie anti-rétrovirale.

Résumé : Efficacité/modification du comportement sexuel

- En général, les résultats sont mitigés, mais un grand nombre d'entre eux fournissent au minimum des preuves de la capacité des services de CTV à encourager des comportements réduisant les risques, même si certains résultats ne le font pas. La structure des résultats varie considérablement entre les populations étudiées et même au sein d'une même population et leur portée est souvent limitée par des faiblesses méthodologiques.
- Cependant, le conseil dispensé aux couples sérodifférents s'est révélé très efficace pour prévenir la transmission du VIH.
- Le CTV dans les dispensaires IST ou parmi les étudiants n'a eu que des effets limités sur les modifications du comportement.
- Un grand nombre des études ont été réalisées dans des milieux à faible séroprévalence. Les auteurs pensent que les usagers des services de CTV avaient peut-être déjà modifié leur comportement avant de demander un dépistage, ou qu'ils ne s'estimaient pas exposés eux-mêmes au risque d'infection à VIH.

Tableau 2 :
Etudes des résultats du CTV portant sur le comportement sexuel dans les pays industrialisés

Auteur (année)	Site	N	Résultats
Wenger (1992)	Los Angeles, USA	370	Etudiants. ↑ de la communication après CTV, pas de changement de comportement sexuel.
Wenger (1991)	Los Angeles, USA	186	Consultations IST. ↓ # partenaires sexuels, ↑ utilisation du préservatif après CTV
Wilson (1996)	Brooklyn, USA	808	F en consultations IST et planif. fam., pas de changement dans l'utilisation du préservatif ou le # de partenaires sexuels après CTV
Icovics (1994)	New Haven, USA	230	Pas de changement dans l'utilisation du préservatif ou le # de partenaires sexuels après CTV
Landis (1992)	Comtés de Durham et Wake, USA	56	Pas de changement du comportement sexuel après CTV
Padian (1993)	San Francisco, USA	149	Couples +/-, ↓ des comportements sexuels à risque après CTV. Pas de séroconversion.
Otten (1993)	Miami, USA	5 522	Usagers cliniques IST. ↓ IST chez séro+ ; ↑ IST chez séro-.

1.5 Grossesse

La connaissance de leur sérologie VIH peut donner aux femmes la possibilité de décider en connaissance de cause si elles auront ou non des enfants. Au début de l'épidémie, il n'existait pas d'interventions efficaces pour prévenir la transmission du VIH de la mère à l'enfant (TME) et les agents de santé déconseillaient parfois aux femmes séropositives d'avoir des enfants. Depuis la publication de l'essai ACTG 076 en 1994 (Connor et al., 1994¹⁸), la plupart des femmes séropositives dans les pays industrialisés se voient offrir des antirétroviraux (ARV) pour prévenir la TME, dont le taux est aujourd'hui faible. Avant l'apparition des interventions par les ARV, trois études aux Etats-Unis et deux en Afrique avaient examiné l'incidence des grossesses chez les femmes après le CTV. L'étude des femmes et de leur conjoint/partenaire au Rwanda (Allen et al., 1993¹⁹) a montré que le CTV était associé à une augmentation de l'utilisation du préservatif et à une baisse des taux de blennorrhagie et de VIH. Mais les taux de grossesse étaient analogues pour les femmes dont le test était positif et celles dont le test était négatif. De même, aucune différence n'a été relevée dans les taux de grossesse chez des femmes séropositives et séronégatives au Kenya (Kiragu et al., 1990²⁰).

Les trois études américaines ont également révélé des taux analogues de grossesse parmi des femmes qui se savaient séronégatives et d'autres qui se savaient séropositives (Sunderland et al, 1988²¹, Selwyn et al., 1989²² et Cowan et al., 1990²³).

Les taux d'interruption de grossesse ont été examinés dans une étude réalisée avant l'introduction des recommandations visant à prévenir la TME (Sunderland et al., 1992²⁴). La probabilité d'interruption de grossesse (IG) était plus forte chez les femmes séropositives que chez les femmes séronégatives. Une étude parmi des femmes CDI

n'a cependant montré aucune différence dans les taux d'IG entre femmes séropositives et séronégatives (Pivnick et al., 1991²⁵).

Maintenant que les ARV permettant de prévenir la TME sont largement disponibles dans les pays industrialisés et deviennent de plus en plus répandus dans certains pays en développement, le conseil dispensé aux femmes séropositives relatif à la grossesse a pris une orientation nouvelle. (Voir section 3.8).

1.6 Notification volontaire et tests / partenaires

L'un des buts premiers du CTV est de réduire la transmission du VIH en encourageant la modification des comportements sexuels après dépistage. Il est par conséquent important de faire connaître sa sérologie VIH à son partenaire sexuel afin d'instaurer les changements nécessaires dans les pratiques sexuelles.

Encadré 6 :

Communiquer le résultat de son test VIH à son partenaire sexuel

Résumé

Il est difficile de changer à long terme son comportement sexuel si l'on ne peut pas faire part des résultats de son test VIH à son ou ses partenaires sexuels. Le fait de se confier à son ou ses partenaires peut être considéré comme un indicateur important de la compréhension et de l'acceptation de son statut sérologique vis-à-vis du VIH. Pourtant, certains facteurs de société ont une forte influence sur les taux de divulgation, en particulier pour les femmes. Les avis des conseillers peuvent aussi influencer sur ces taux.

- **Divulgation après le CTV**

La plupart des études montrent que la majorité des gens communiquent les résultats de leur test VIH à quelqu'un et que les taux de divulgation augmentent avec le temps, au fur et à mesure que les individus acceptent l'idée de leur résultat. Le niveau de divulgation au conjoint ou aux partenaires sexuels est pourtant généralement plus faible. Des études réalisées dans des pays en développement montrent que les taux de divulgation se situent entre 24% et 79%. Le taux de dépistage des partenaires est encore plus faible (<1-75%). Des études dans les pays industrialisés indiquent également que toutes les femmes ne sont pas en mesure de divulguer à leurs partenaires qu'elles ont fait le test.

- **Divulgation après le CTV dans les consultations prénatales**

De plus en plus, la tendance est d'offrir le CTV aux femmes en consultations prénatales afin de leur permettre de profiter des interventions de prévention de la TME. De ce fait, un grand nombre d'études ont examiné la divulgation au partenaire masculin dans ce contexte. Les taux de divulgation – et les niveaux ultérieurs de dépistage des partenaires sexuels – varient considérablement. Il est souvent difficile, pour les femmes des pays en développement, de faire connaître leur sérologie VIH à leurs partenaires/conjoints et dépister les femmes seulement (plutôt que les couples) ne facilite pas la divulgation. Il convient de rechercher des moyens novateurs de faire participer les hommes au dépistage prénatal, afin que les femmes ne subissent ni reproches ni isolement lorsqu'elles se révèlent séropositives. Si les hommes ont accès au CTV, ils peuvent jouer un rôle informé

----->

et actif dans les décisions relatives à l'avenir, à la planification familiale et à l'adaptation aux interventions de prévention de la TME.

- **Le conseil à l'intention des couples**

Des taux élevés de sérodifférence parmi les couples mariés ont été notés dans de nombreuses études. Conseiller le couple permet de surmonter les problèmes de divulgation aux partenaires et s'est révélé une intervention efficace dans les situations où il a été encouragé, bien que dans certains pays, on relève des obstacles à la fréquentation de ce service.

- **Conseil avant le mariage**

Le dépistage avant le mariage a été encouragé dans certains pays, notamment par les organisations religieuses. Il n'existe pas de données relatives aux résultats à long terme de cette stratégie.

- **Divulgation et violence dans la famille**

La crainte de maltraitance psychologique et physique et la crainte de l'abandon constituent des facteurs importants qui expliquent les faibles taux de divulgation parmi les femmes, notamment en Asie et en Afrique subsaharienne. La formation des conseillers pourrait comprendre des activités portant sur la sensibilisation à la violence.

- **Conseiller les clients en matière de divulgation**

Souvent, le conseil à l'intention des clients en matière de divulgation se limite à des instructions ou des suggestions et les clients ne participent pas à des stratégies concrètes sur la manière de communiquer, par exemple des activités visant à résoudre les problèmes ou encore les jeux de rôle. Ceci pourrait permettre d'améliorer l'efficacité des interventions de conseil.

Divulgation aux partenaires dans les sites de CTV

Pays en développement

Une étude réalisée à Lusaka, Zambie, a montré que, si bien des individus se disent inquiets de communiquer les résultats de leur test VIH, avec le temps la majorité des hommes comme des femmes sont en mesure de faire part de leur sérologie à quelqu'un. Aucune différence significative n'a été relevée entre les personnes séropositives et séronégatives. Peu d'entre elles ont indiqué avoir rencontré des difficultés suite à cette divulgation. Cependant, moins de 50% des personnes ayant un résultat positif ont pu en parler à leurs partenaires sexuels (Baggaley et al., 1997²⁶). Un très petit pourcentage (<5%) des partenaires sont venus ultérieurement pour le conseil et le test. L'incapacité à parler des résultats d'un test VIH avec un partenaire sexuel rend plus difficile l'adoption de pratiques sexuelles plus sûres. Un grand nombre des personnes qui n'avaient pas parlé à leur partenaire ont indiqué qu'elles ne l'avaient pas fait car elles avaient honte d'être séropositives ou d'avoir fait un test. Les personnes séronégatives ont déclaré que le fait même de faire un test rendrait leur partenaire soupçonneux. Certaines ont indiqué qu'elles craignaient les reproches, l'abandon ou la maltraitance si leur partenaire découvrait qu'elles étaient séropositives. Si les femmes comme les hommes expriment ces préoccupations, les femmes sont plus nombreuses à le faire.

Au Rwanda, une étude prospective parmi des femmes séropositives a révélé que, suite au test, 75% d'entre elles déclaraient ne pas attendre une réaction posi-

tive de leurs partenaires si elles leur révélaient leur sérologie. Pourtant, dans un entretien trois ans plus tard, on s'était aperçu que la réaction la plus fréquente des partenaires après la divulgation avait été l'acceptation, la compréhension et la sympathie. Néanmoins, 21% des femmes n'avaient toujours pas pu parler à leur partenaire. Parmi les hommes, 48% avaient fait un test VIH parce que leur partenaire leur avait révélé sa séropositivité (Keogh et al., 1994²⁷).

Au Zimbabwe, l'information au conjoint s'est révélée être un problème majeur pour la plupart des personnes séropositives au VIH (Meursing et al., 1995^{28,29}). Les principales raisons avancées pour ne pas divulguer son état étaient une santé et un état émotionnel relativement bons, le déni du diagnostic, la crainte du rejet, des connaissances et une confiance limitées concernant les stratégies permettant de 'vivre de manière positive avec le VIH', le refus du préservatif et des rapports sexuels à moindre risque et la dépendance économique ainsi que le manque de pouvoir des femmes dans les situations sexuelles. Cependant, par un conseil accru, 75% d'entre elles ont été en mesure de révéler leur état sérologique à leur partenaire ou à leur conjoint.

Dans une autre étude faite au Zimbabwe, sur une cohorte de 3381 hommes recrutés dans une usine, 56% sont venus chercher le résultat de leur test VIH (Dube et al., 2000³⁰). Bien que tous les hommes aient été encouragés à amener leurs partenaires sexuelles au centre de CTV, seuls 7% l'ont fait. Douze discussions par groupes thématiques ont été organisées au cours desquelles les raisons de ce comportement ont été exprimées :

- Ils ont eu de la peine à aborder le sujet du CTV en raison du manque de communication dans leur relation.
- Ils craignaient que des résultats sérodifférents ne mènent à un divorce.
- Ils craignaient que les résultats ne révèlent le passé de leurs partenaires ou leurs propres infidélités passées, présentes ou à venir.
- Ils estimaient que le CTV ne constituait pas une priorité par rapport à d'autres problèmes de leur vie.
- Leurs épouses ne pouvaient se rendre au site de CTV en ville car elles vivaient en zone rurale.
- Les hommes ont indiqué que leurs épouses estimeraient être séronégatives si leur mari l'était.
- Ils ont indiqué un manque de communication interactive avec les conseillers pendant le conseil avant le test et pensaient ne pas pouvoir se confier à eux.

Au Burkina Faso, 24% seulement des personnes séropositives ayant une relation stable ont pu révéler leurs résultats à leur partenaire. Les auteurs indiquent que dans cette communauté à majorité musulmane, la non-divulgation pouvait se justifier dans certaines situations, mais reconnaissent qu'elle constitue un obstacle majeur à la prévention du VIH (Badini et al., 1998³¹).

Pays industrialisés

Une étude réalisée à Londres a également révélé des différences dans les schémas de divulgation. Bien que la plupart des personnes aient été en mesure de parler à quelqu'un de leur sérologie VIH, il a été souvent difficile, pour les personnes séropositives d'en parler avec leur partenaire sexuel, en particulier lorsque ce partenaire était occasionnel et n'était pas le partenaire sexuel principal (Miller et al., 1998³²). Des résultats analogues

ont été obtenus dans une étude portant sur des HSH aux Etats-Unis (Huggins et al., 1991³³). Après le CTV, les HSH étaient beaucoup plus enclins à se confier à leur partenaire régulier qu'à des partenaires occasionnels.

Divulgence aux partenaires et dépistage des partenaires après le dépistage prénatal

Actuellement les services de CTV sont largement développés dans les services de SMI en association avec les interventions de prévention de la TME. Dans ces lieux de soins, les femmes sont généralement testées seules, cependant, les importantes décisions qu'elles ont à prendre concernant leur statut sérologique, devraient, idéalement, être prises en commun avec leur partenaire. Une petite étude réalisée dans la Province du Cap-Ouest en Afrique du Sud a montré que moins de 50% des femmes séropositives pouvaient révéler leur sérologie VIH à quiconque et seule une minorité d'entre elles en avaient discuté avec leur partenaire (Sixaxhe, 2000³⁴). Le programme de prévention de la TME au Botswana rapporte également que la divulgation aux partenaires est faible et que peu d'hommes sont testés en même temps que leur partenaire ou épouse, ou acceptent d'être testés ultérieurement (Mazhani et al., 2000³⁵).

Des données provenant de 13 sites d'études offrant des interventions de CTV et de prévention de la TME – en Afrique de l'Ouest (Abidjan, Bobo-Dioulasso), de l'Est (Addis Abeba, Nairobi, Mombasa, Dar Es-Salam) et en Afrique australe (Blantyre, Lusaka, Harare, Soweto, Durban) et un site en Thaïlande – montrent que peu d'hommes acceptent d'être testés dans la plupart de ces sites (Cartoux et al., 1998³⁶).

Tableau 3 : Tests partenaires dans le cadre de la prévention de la TME

Site	% d'hommes testés (partenaires séro+)
Tous les sites d'Afrique de l'Ouest	<1%
Afrique du Sud	5%
Dar Es-Salam	10%
Blantyre	10%
Lusaka	10%
Bangkok	75%

Une étude réalisée à Nairobi, Kenya, a offert le CTV aux femmes fréquentant les consultations prénatales. On leur a conseillé d'informer leur partenaire sexuel de leur sérologie VIH et de l'amener pour un conseil et un dépistage, s'ils le souhaitaient (Temmerman et al., 1995³⁷). Pourtant, sur les 324 femmes qui se sont révélées séropositives, 66 seulement (27,2%) ont communiqué le résultat de leur test à leur partenaire et 21 partenaires seulement se sont ultérieurement présentés pour le test (5, ou 23,8%, étaient séronégatifs). En raison des effets négatifs de la divulgation au partenaire constatés au cours de l'étude, la politique de notification aux partenaires a été modifiée et depuis, on conseille aux femmes de décider elles-mêmes de rechercher ou non la participation de leur partenaire. Plus tard, seules 109 femmes testées séropositives sur 311 (35%) sont revenues chercher les résultats de leur test et 9 (3%) partenaires seulement se sont présentés pour le CTV.

Au Rwanda, sur 1223 femmes testées dans un dispensaire prénatal, 70% des femmes ayant reçu un conseil après le test ont déclaré qu'elles souhaitaient que leur partenaire soit testé pour le VIH. Cependant, malgré les encouragements des conseillers

et l'existence de l'infrastructure nécessaire, 8% seulement des partenaires ont passé un test (Ladner et al., 1996³⁸).

Les résultats d'une petite étude qualitative réalisée aux Etats-Unis ont montré que, à la suite d'un CTV prénatal, même si toutes les femmes avaient informé leurs partenaires de leur sérologie VIH, 56% seulement des femmes séropositives et 44% des séronégatives connaissaient la sérologie VIH de leur partenaire (Lester et al., 1995³⁹).

1.7 Conseil à l'intention des couples

Pays en développement

Un grand nombre d'études ont montré qu'une proportion importante de couples ayant des relations stables avaient des résultats sérodifférents à leur test VIH :

- Une étude en Zambie a trouvé 52 couples sérodifférents dans un échantillon de 245 (21%) (Hira et al., 1990).
- Dans une étude multicentres (N = 589), 17% des couples étaient sérodifférents (Coates et al., 2000²⁸⁹).
- Au Centre d'information sur le SIDA (AIC) de Kampala, Ouganda, sur 1853 couples venus ensemble, 7% étaient sérodifférents (Baryarama et al., 1998⁴⁰).
- Une étude en zone rurale en Ouganda a montré que 7% des couples étaient sérodifférents (Carpenter et al., 1999⁴¹). Le risque de séroconversion, dans cette étude, était de 105,5 pour 1000 années-personnes pour les femmes séronégatives mariées à des conjoints séropositifs et de 51,7 pour les hommes séronégatifs mariés à des femmes séropositives.

Ce résultat indique que les adultes mariés, notamment les femmes ayant un partenaire séropositif, sont particulièrement exposés au risque d'infection à VIH. Les couples mariés devraient être encouragés à se présenter ensemble au conseil afin que les couples sérodifférents soient identifiés et puissent être conseillés pour tenter d'éviter la transmission de l'infection au partenaire non infecté. Le CTV offert aux couples résout le problème de la divulgation des résultats du test. Le conseil et le test à l'intention des couples ont pour but d'aider ces derniers à négocier ensemble les modifications nécessaires de leurs pratiques sexuelles. Ils les aident aussi à planifier leur avenir et celui des personnes à leur charge, grâce au soutien de leur conseiller avant et après le test. Si les couples viennent ensemble, ils peuvent être conseillés sur la manière d'éviter les reproches et se préparer avant le test à faire ensemble une évaluation des risques et à planifier leur réduction. La majorité des études portant sur le conseil à l'intention des couples sérodifférents rapportent des résultats positifs pour ce qui est du changement des comportements en vue de prévenir la transmission du VIH aux partenaires séronégatifs.

L'utilisation de ce modèle au Rwanda a montré que, par rapport à d'autres services de CTV, une proportion beaucoup plus importante des couples souhaitaient recevoir le conseil et le test VIH ensemble (Allen, 1993, voir section 1). En outre, les données du Rwanda ont montré que l'utilisation des services de CTV par des couples vivant ensemble permet de réduire la transmission du VIH dans les couples sérodifférents et de

réduire l'apparition de nouvelles infections à VIH parmi les couples séronégatifs (Allen et al., 1992 ; Allen et al., 1993, voir section 1). Cependant, dans d'autres situations, cette approche a rencontré une résistance considérable (Baggaley et al., 1997⁴²). Les raisons de la mauvaise communication entre les partenaires proviennent notamment des croyances traditionnelles concernant la discussion de sujets sensibles et des rôles respectifs de l'homme et de la femme dans le mariage. Informer les jeunes sur le VIH et les sensibiliser aux questions de sexospécificité peut aider les futures générations, mais pour les femmes en particulier qui ont actuellement des rapports sexuels, le test et le conseil pourrait bien ne pas pouvoir les protéger de l'infection à VIH de leur conjoint. En Ouganda, bien que le conseil par couple n'ait été que peu prisé lors de la création des services – en 1992, moins de 9% des clients étaient des couples – en 1996, le service était devenu populaire et comptait 26% de clients en couples (ONUSIDA, 1999⁴³).

Une étude à Kinshasa a montré que le conseil par couple était efficace pour modifier le comportement sexuel dans les couples sérodifférents (Kamenga et al., 1991, voir section 1a). Avant le CTV, moins de 5% des couples avaient déjà utilisé un préservatif. Un mois après le CTV, 70,7% des couples indiquaient utiliser des préservatifs pour chaque rapport sexuel. Après 18 mois, 77,4% des 140 couples participant au suivi indiquaient qu'ils continuaient à utiliser le préservatif pour tous les rapports sexuels. Le test était suivi d'un conseil intensif, ce qui a entraîné un faible taux de séroconversion au VIH – 31% pour 100 années-personnes d'observation dans les couples congolais mariés et sérodifférents participant au CTV.

Au Centre d'information sur le SIDA (AIC) de l'Ouganda, sur 1853 couples ayant participé ensemble, 77% déclaraient n'avoir jamais eu de rapports sexuels, mais avoir l'intention de se marier ou de commencer une relation sexuelle ; 92% étaient tous les deux séronégatifs ; 0,8% étaient tous les deux séropositifs et 7% étaient sérodifférents (Baryarama et al., 1998⁴⁴). Parmi les clients de l'AIC, la probabilité qu'un homme séropositif commence une nouvelle relation sexuelle avec une personne séronégative était de 0,81, et pour les femmes séropositives, de 0,84. Il existe donc une forte probabilité que les personnes qui sont séropositives commencent des relations sexuelles avec des partenaires séronégatifs, et leur transmettent le VIH si le CTV n'existe pas.

Pays industrialisés

Une étude aux Etats-Unis a montré que le conseil par couple était extrêmement efficace pour prévenir la transmission du VIH. On n'a observé aucune séroconversion après 193 années-couples de suivi parmi des couples sérodifférents suivant le CTV (Padian et al., 1993, voir section 1).

Une étude portant sur 27 couples ayant un passé de CDI à New York a cependant montré que les personnes qui connaissaient leur statut sérologique depuis 6 mois avant l'entretien ne faisaient état d'aucune différence significative dans leur type d'activité sexuelle ou leur utilisation des préservatifs par rapport à celles qui ne connaissaient pas leur sérologie (Carballo-Diequez et al., 1990⁴⁵). Il est possible que les couples de CDI aient des idées et des priorités différentes qui rendent plus difficiles les changements de comportement sexuel.

1.8 Le CTV avant le mariage

Dans de nombreux pays à forte prévalence, des parents et des organisations religieuses encouragent le dépistage avant le mariage. Au Nigeria, des organisations communautaires catholiques encouragent le CTV avant le mariage (Ubane et al., 2000⁴⁶). Au centre AIC en Ouganda, un nombre croissant des personnes qui se présentent au CTV indiquent que des plans de mariage sont à l'origine de leur désir d'être testés. En 1992, 6% des usagers du CTV se présentaient parce qu'ils souhaitaient se marier et ce chiffre est passé à 35% en 1998 (Turyagyen Da, 2000⁴⁷).

Encadré 7 :

Obstacles aux changements de comportement sexuel après le CTV

Changer son comportement sexuel est un processus complexe, comportant des aspects individuels, émotionnels, sociaux, pratiques et économiques. S'attendre à ce que le CTV, comprenant une séance de conseil avant et une après le test, ait toujours pour résultat l'adoption de pratiques sexuelles sûres, est bien peu réaliste. Les difficultés sont aggravées lorsque les individus sont testés seuls et ne se sentent pas capables de faire connaître le résultat de leur test à leur(s) partenaire(s).

➤ Difficultés de communication

Pour les hommes comme pour les femmes, il est souvent difficile de parler du test VIH en général et de leur propre état sérologique vis-à-vis du VIH en particulier en raison des tabous culturels et sociaux liés à la discussion des questions sexuelles (Baggaley et al., 1997, Machekano et al., 2000⁴⁸, Dube et al., 2000⁴⁹). En l'absence d'un débat ouvert sur la question de la sérologie VIH, il est difficile de modifier durablement son comportement sexuel afin de prévenir la transmission du VIH. Les interventions offrant aux jeunes le savoir et les compétences nécessaires en matière de communication seront importantes si l'on veut surmonter ces difficultés.

➤ Inégalités sexospécifiques en matière de décisions sexuelles et difficultés de négociation pour les femmes

Les inégalités sexospécifiques en matière de prise de décision sur les questions sexuelles empêchent souvent les femmes de négocier une sexualité à moindre risque avec leur conjoint ou leur partenaire sexuel après avoir bénéficié du CTV. C'est là un problème notamment pour les professionnelles du sexe. Une étude réalisée en Afrique du Sud a relevé que les femmes doivent améliorer leurs compétences en matière de communication et de négociation afin de pouvoir aborder avec leurs partenaires la sexualité et d'autres questions (Karim et al., 1995⁵⁰).

➤ Difficulté du changement de comportement sexuel

Un grand nombre d'études ont montré que les femmes sont moins à même que les hommes de modifier leur comportement sexuel:

Pays industrialisés

Lorsque des femmes séropositives à San Francisco ont été questionnées après le CTV prénatal, seules 40% ont déclaré que leurs partenaires utilisaient le préservatif, bien que

----->

toutes aient indiqué avoir informé leur partenaire sexuel de leur sérologie VIH positive. (Lester et al., 1995⁵¹). Les raisons avancées pour ne pas adopter des pratiques sexuelles sûres étaient le refus du partenaire, le fait que le partenaire «n'aime pas les préservatifs» ou qu'il «est trop excité pour attendre d'utiliser un préservatif», ainsi que la consommation d'alcool ou de drogues.

Pays en développement

Une étude au Rwanda a montré que ce sont les hommes qui mènent le jeu en matière de rapports sexuels (Straten et al., 1995⁵²), et que la probabilité que les femmes rapportent des relations sexuelles forcées était plus grande chez les femmes séropositives. Lorsqu'une femme est capable de parler de sa sérologie VIH ou que son mari a été testé auparavant, elle est en bien meilleure posture pour discuter ou tenter de négocier des rapports sexuels à moindre risque, et l'utilisation du préservatif est plus fréquente. La participation du partenaire masculin est cruciale pour l'efficacité de la réduction du risque de VIH dans un couple.

Au Zimbabwe, les femmes ont également rapporté leurs difficultés à introduire des changements dans le comportement sexuel en raison de leur manque de pouvoir dans les situations sexuelles (Meursing et al., 1995). Même lorsqu'elles peuvent parler de leur statut sérologique avec leur partenaire sexuel, elles n'ont que rarement la possibilité d'imposer l'utilisation du préservatif ou même d'en parler. Les hommes ont déclaré qu'ils n'aimaient pas les préservatifs et qu'ils ne les estimaient pas appropriés dans le cadre du mariage.

L'étude multicentres a identifié les obstacles sociaux empêchant les femmes (séropositives et séronégatives) de demander à leurs partenaires masculins d'utiliser le préservatif (Sangiwa, 2000⁵³). En Zambie, des femmes ont décrit les mêmes difficultés (Chanda et al., 1994, Baggaley et al., 1998).

➤ Désir d'enfants

Le besoin d'avoir des enfants est parfois vu comme une priorité plus impérative que la prévention de la transmission du VIH. Il arrive ainsi que des femmes séropositives risquent d'infecter leur partenaire séronégatif ou que des femmes séronégatives risquent de contracter le VIH de leur partenaire séropositif (Allen et al., 1992).

➤ Stigmatisation

La fréquentation des centres de CTV associés à des interventions de prévention de la TME peut être rendue difficile si les femmes craignent d'être identifiées comme séropositives (et de ce fait soumises au rejet ou à la discrimination) si elles prennent des anti-rétroviraux ou n'allaitent pas leur enfant (évaluation à moyen terme au Botswana, 2000). Cette raison a été invoquée pour expliquer un refus du CTV et des interventions de prévention de la TME.

➤ Difficultés économiques

Dans de nombreux pays à forte prévalence, la pauvreté est la cause sous-jacente des rapports sexuels occasionnels et du commerce du sexe, et les femmes et les jeunes filles dépendent des sommes ou cadeaux reçus en échange. (Chabala, 2000⁵⁴).

Souvent, lorsque les couples suivent le CTV, ils ne peuvent se permettre d'acheter toujours des préservatifs, notamment lorsque ceux-ci doivent être utilisés avec les partenaires sexuels réguliers. Un grand nombre de centres de CTV ne fournissent pas de préservatifs gratuits ou subventionnés.

2. Prévention de la transmission du VIH suite au CTV dans différentes populations

2.1 Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH)

Le groupe dont le comportement sexuel après le CTV a été le plus largement étudié est celui des HSH. Ces études ont été conduites, dans une large mesure, dans les pays industrialisés (Amérique du Nord, Australie et Europe). Les interventions CTV parmi les HSH sont bien documentées (Higgins et al., 1991⁵⁵, Wolitski et al., 1997⁵⁶, Weinhardt et al., 1999⁵⁷). Si les comportements sexuels à risque parmi les HSH ont diminué, cette baisse s'est produite avant l'introduction du CTV. Depuis que le CTV est disponible, certaines études montrent que les hommes ont réduit leur comportement à risque, mais indépendamment du dépistage. Dans les études où le CTV est lié à une augmentation des modifications comportementales, le changement de comportement sexuel est plus marqué parmi les hommes qui sont séropositifs. Des études à long terme ont montré qu'il est difficile d'assurer la continuité des comportements sexuels à moindre risque et que de nombreux HSH déclarent reprendre des pratiques à risque avec le temps (Kelly et al., 1998⁵⁸, Imrie et al., 1999⁵⁹).

Encadré 8 :

Etudes parmi les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes

Résumé : généralités

- Depuis la fin des années 1980, on note un important changement dans le comportement sexuel des HSH. Une bonne partie de ce changement est probablement dû au niveau très élevé de la morbidité et de la mortalité associées au VIH dans la communauté homosexuelle au début de l'épidémie en Europe et aux Etats-Unis. Un grand nombre d'hommes gays ont vu leurs amis mourir du VIH et l'hypothèse avancée est que cette expérience directe a entraîné une modification relativement rapide du comportement. Ces changements ont fréquemment été observés avant que le dépistage du VIH ne soit largement disponible.
- Cependant depuis peu, il y a des raisons de penser que, dans certains pays, ces comportements à moindre risque parmi les hommes gays sont moins répandus en raison du sentiment de fausse sécurité donné par l'accès facilité aux thérapies par les ARV susceptibles de prolonger la vie. Le terme de «charge virale non détectable» est souvent compris à tort comme «risque très faible de transmission du VIH» supprimant la nécessité de pratiquer des rapports sexuels à moindre risque.

Résumé : Efficacité/modification du comportement sexuel

- Plusieurs études montrent des baisses importantes des comportements à risque associées au CTV, les hommes séropositifs montrant une plus grande réduction des

----->

comportements à risque que les hommes séronégatifs ou que les hommes qui ne connaissent pas leur statut vis-à-vis du VIH. Ceci suggère que le fait d'apprendre sa séropositivité a un impact plus important sur les changements de comportement et que les hommes séronégatifs continuent à s'exposer au risque d'infection.

- Si plusieurs études indiquent que le CTV joue un rôle important dans la promotion des comportements sexuels à moindre risque, de nombreuses études sont peu concluantes et aucune donnée ne montre de manière systématique l'efficacité du CTV dans la promotion des comportements sexuels à moindre risque parmi les HSH.

Tableau 4 : Etudes des résultats du CTV portant sur le comportement sexuel parmi les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes

Auteur (année)	Site	N	Résultats
Coates (1987)*	San Francisco, USA	502	↓ RA non protégé et # partenaires sexuels dans tous les groupes. T/NC=NS
Fox (1987)❖	Baltimore, USA	1001	T séro+ ↓ RA non protégé cf. T séro- et NC. Comportement à risque réduit chez la plupart avant le CTV
Cohn (1998)❖	Denver, USA	269	T séro+ ↑ utilisation du préservatif cf. T séro-. Comportement à risque réduit chez la plupart avant le CTV.
McCusker (1988)❖	Boston, USA	270	T séro+ moins susceptibles d'avoir des RA non protégés cf. aux NC ou T séro-.
Schechter (1988)+	Vancouver, Canada	361	T séro+ et T séro- ↓ # partenaires sexuels après CTV.
Frazer (1988)❖	Australie	318	T séro+ significativement plus susceptibles d'utiliser le préservatif pour le RA cf. T séro- ou NC.
Ross (1988)❖	Australie	172	T séro+ ↓ RA non protégé cf. T séro- ou NC. Groupes CTV ↑ significative rapports plus sûrs cf. conseillés seulement, testés seulement ou sans intervention.
Valdiserri (1988)❖	Pittsburgh, USA	955	T séro+ ↓ RA non protégés cf. T séro- et NC.
Van Griensven (1989)*	Amsterdam, Pays-Bas	307	T séro+ significativement plus susceptibles d'utiliser le préservatif pour RA cf. T séro- ou NC.
Ostrow (1989)+	Chicago, USA	474	↓ comportement sexuel à risque dans tous les groupes – Différences N/S entre T séro+, T séro- et NC.
McKusick (1990)❖	San Francisco, USA	508	T séro+ moins susceptibles de rapporter des RA non protégés que les T séro-, chez les hommes ayant soit un seul soit plusieurs partenaires.
Doll (1990)+	San Francisco, USA	309	↓ comportement sexuel à risque dans tous les groupes – Différences N/S entre T séro+, T séro- et NC.
Zapka (1991)+	Boston, USA	249	↓ comportement sexuel à risque dans tous les groupes – Différences N/S entre T séro+, T séro- et NC.
Huggins (1991)+	Pittsburgh, USA	155	↓ comportement sexuel à risque dans tous les groupes – Différences N/S entre T séro+, T séro- et NC.
Dawson (1991)+	4 villes, Royaume-Uni	502	Différences N/S entre T séro+, T séro- et NT.
Roffman (1995)+	16 villes USA	1395	T sexuellement plus actifs, mais ↑ utilisation du préservatif.

N/S = différences non significatives

↓ = diminution

↑ = augmentation

T = testé et conscient de sa sérologie VIH

NT = non testé

NC = non conscient de sa sérologie VIH

RA = rapport anal

+ = N/S - études non concluantes

❖ = baisse du comportement à risque associée au CTV

* = comparaisons entre les groupes avant et après l'existence du dépistage

2.2 Professionnel(le)s du sexe

Dans de nombreux pays, offrir la prise en charge et le soutien aux professionnel(le)s du sexe (PS) a toujours été considéré comme une approche importante de la prévention du VIH. Un programme de prévention des IST à Kinshasa, République démocratique du Congo, qui offre le CTV ainsi que le dépistage et le traitement des IST, des discussions de groupe sur la prévention et des préservatifs gratuits aux professionnelles du sexe séronégatives, est parvenu à augmenter l'utilisation du préservatif et à réduire l'incidence du VIH et des autres IST (Laga et al., 1994⁶⁰).

En Gambie toutefois, le CTV destiné aux professionnelles du sexe n'est pas parvenu à faire augmenter l'utilisation du préservatif (Pickering et al., 1993⁶¹). Avant l'intervention, l'utilisation du préservatif était très élevée (89% des femmes devenues ultérieurement séropositives indiquaient utiliser des préservatifs avant le CTV), ce qui laisse peu de marge d'amélioration. En outre, la majorité des infections à VIH parmi les professionnelles du sexe en Gambie sont imputables au VIH-2 et au moment de l'étude, le niveau de morbidité et de mortalité résultant du VIH en Gambie était faible. De ce fait, les effets de l'infection à VIH pouvaient être perçus comme moins dévastateurs que dans les régions à forte morbidité et mortalité dues au VIH-1.

Un projet au Kwazulu-Natal, en Afrique du Sud, a organisé le conseil et le test aux professionnelles du sexe travaillant dans les relais routiers (Morar et al., 2000⁶²). Bien que la fréquentation du dépistage soit bonne, la majorité des femmes ne souhaitaient pas connaître un résultat positif, car les changements de comportement étaient très difficiles pour des raisons économiques et sociales. Après le CTV, les femmes continuaient de pratiquer des rapports sexuels non protégés. Ce projet démontre les difficultés et les obstacles sociaux et économiques à surmonter. Il met en outre en lumière les limites rencontrées lorsque les interventions sont ciblées exclusivement sur les professionnel(le)s du sexe (et non également sur leurs clients).

Deux études réalisées parmi des professionnel(le)s du sexe aux Etats-Unis rapportent une augmentation de l'utilisation du préservatif et une baisse des comportements sexuels à risque après le CTV (Corby et al., 1990⁶³, Cohen et al., 1988⁶⁴).

Des projets offrant le conseil par les pairs à l'intention des professionnel(le)s du sexe (sans dépistage) se sont révélés bien acceptés et ont permis de leur apporter des informations concernant la sexualité à moindre risque et la prévention du VIH (Cantillo, 1998⁶⁵).

Encadré 9 : Etudes parmi les professionnel(le)s du sexe

Résumé : Professionnel(le)s du sexe (PS)

On ne compte qu'un petit nombre d'études parmi des professionnel(le)s du sexe dans les pays en développement. La plupart de ces études ont montré que le CTV peut être acceptable et certaines d'entre elles ont apporté des changements importants dans le comportement sexuel pour réduire la transmission. Toutefois, dans certaines situations, des pressions sociales et économiques empêchent les PS de pratiquer la sexualité à moindre risque. Il est aussi important de donner le CTV ainsi qu'une éducation concernant le VIH aux clients, si l'on souhaite augmenter l'utilisation du préservatif. ----->

Dans les pays industrialisés, comme en Australie, des approches novatrices ont été élaborées pour atteindre les PS, notamment des bus itinérants et des services de CTV associés aux services destinés aux CDI. En Russie et dans les pays de l'ex-Union soviétique, les services de conseils à l'intention des PS commencent à être mis en place.

Si le CTV (tout comme d'autres interventions telles que la fourniture de préservatifs et le dépistage et le traitement des IST) s'est révélé une intervention importante offrant un bon rapport coût-efficacité, on manque encore terriblement de services adaptés aux professionnel(le)s du sexe (Plummer et al., 1994⁶⁶).

2.3 Usagers des dispensaires IST

Dans une étude réalisée aux Etats-Unis parmi les usagers de dispensaires IST, le CTV a été associé à une faible baisse des IST parmi les individus dont le test était positif, mais le risque s'est accru pour les personnes dont le test était négatif. Ceci indique qu'il convient d'améliorer le conseil après le test dans ces lieux de soins, notamment pour les personnes dont le test est négatif (Otten et al., 1993⁶⁷).

Dans une autre étude conduite aux Etats-Unis, les personnes en consultation IST ont été sélectionnées de façon aléatoire pour recevoir soit un enseignement sur le SIDA seulement, soit cet enseignement associé au CTV. Après huit semaines de suivi, le nombre moyen de partenaires sexuels avait baissé dans les deux groupes. Cependant, contrairement au groupe ayant reçu l'enseignement seulement, les membres du groupe CTV étaient plus nombreux à avoir questionné leur partenaire sexuel le plus récent au sujet de sa sérologie VIH, craignaient davantage de contracter le VIH et avaient utilisé plus fréquemment le préservatif avec leur dernier partenaire sexuel. Cette étude a donc pu démontrer que le CTV était utile pour promouvoir la sexualité à moindre risque, du moins à court terme (Wenger et al., 1991⁶⁸).

2.4 Consommateurs de drogues injectables (CDI)

Dans de nombreux pays, les CDI jouent un rôle important dans la transmission du VIH. Aux Etats-Unis, les CDI représentent 25% des cas cumulés de VIH. Rien qu'à New York, on a compté plus de 50 000 cas de VIH parmi les CDI. En outre, aux Etats-Unis, les rapports sexuels avec un CDI constituent 52% des cas de SIDA attribués au contact hétérosexuel. Sur les cas de SIDA pédiatrique, 55% ont été attribués à la transmission par une mère exposée au VIH par ses pratiques d'injection ou celles de son partenaire sexuel (CDC HIV/AIDS Surveillance, 1998). Le CTV donne aux CDI l'occasion de connaître leur sérologie VIH et de recevoir un conseil relatif aux pratiques sûres d'injection et à la sexualité à moindre risque pour prévenir la transmission aux partenaires sexuels. En Russie et dans les nouveaux Etats indépendants de l'ex-Union soviétique, on a observé une augmentation massive des nouveaux cas d'infection à VIH – l'ONUSIDA/OMS estiment que le nombre des personnes infectées a augmenté d'un tiers en 1999, pour atteindre 360 000. La majorité de ces personnes ont été infectées du fait de leur consommation de drogues injectables ou par des partenaires eux-mêmes CDI.

Encadré 10 :
Etudes parmi les consommateurs de drogues injectables**Résumé : Généralités**

- Les CDI d'Europe, d'Australie et des Etats-Unis disposent généralement de services de CTV. Certains CDI hésitent à les fréquenter en raison de leurs mauvais rapports avec les autorités et la police (auxquelles ils associent parfois le dépistage). Bien que ces services soient en cours de mise en place en ex-Union soviétique et en Russie, le rôle qu'ils jouent dans les changements de comportement n'a pas encore été totalement évalué.
- Dans la plupart des études visant à estimer l'impact du CTV sur la sécurité des pratiques d'injection et du comportement sexuel, les CDI ont été recrutés dans des programmes de lutte contre la toxicomanie, parfois associés à un traitement à la méthadone et comprenant parfois l'échange des seringues.
- Ces études rapportent fréquemment d'importants changements du comportement. Il est toutefois difficile de déterminer si ces changements se produisent à cause des programmes de traitement ou en raison du CTV.

Résumé : Efficacité/pratiques d'injection

Dans la majorité des études, on note une réduction des pratiques d'injection à risque (notamment moins d'utilisation commune des seringues) après le CTV, mais il est possible que les programmes de traitement associés aient un effet important sur ce changement du comportement.

Résumé : Efficacité/modification du comportement sexuel

La plupart des études notent d'importantes modifications dans le comportement sexuel qui peuvent être directement attribuées à la composante CTV de l'intervention ou du programme de traitement. Les changements tels qu'une augmentation de l'utilisation du préservatif sont en général plus marqués chez les CDI séropositifs que chez les CDI dont le test était négatif. Il serait important d'accroître la fourniture de conseils concernant la sexualité à moindre risque pour les CDI dont le test est négatif, car il se peut que ces personnes continuent à s'exposer au risque d'infection à VIH.

Dans les communautés disposant de programmes de CTV et d'échange des seringues (PES) à l'intention des CDI, on a observé des baisses marquées de l'incidence dans ce groupe et les hausses prévues de l'incidence ont été évitées.

Tableau 5 : Etudes des résultats du CTV portant sur les pratiques d'injection parmi les consommateurs de drogues injectables

Auteur (année)	Site	n	Résultats : changement dans les pratiques d'injection (PI)
Casadonte (1990) +	New York, USA	81	Pas de changement des PI après le CTV
Magura (1990) ❖	New York, USA	48	↓ des PI à risque après le CTV.
Magura (1991) ❖	New York, USA	287	T séro- ↓ des PI à risque après le CTV cf. T séro+ et NT.
Nicolosi (1991) ❖	Italie du Nord	933	↓ des PI à risque après le CTV.
Calsyn (1992) +	Seattle, USA	313	↓ des PI à risque, mais pas de différence entre CTV et groupe d'enseignement.
Desenclos (1993) ❖	12 pays européens	1456	T séro- ↓ des PI à risque après le CTV cf. NT. T séro+ partageant moins fréquemment le matériel d'injection avec d'autres après le CTV cf. NT.
Watters (1994) ❖	Californie, USA	5644	↓ des PI à risque après le CTV.
McCusker (1996) ❖	Worcester, Mass., USA	4267 (207)	↓ des PI à risque après le CTV.
Colon (1996) +	Puerto Rico	261	Pas de changement des PI après le CTV.
McGowan (1996) +	Connecticut et Massachusetts	674	Différence N/S dans la poursuite du traitement contre la toxicomanie parmi les T séro+, T séro- et NT.
Des Jarlais (2000) ❖	New York, USA (méta-analyse)	>11 000	↓ des PI à risque après le CTV, associée dans le temps avec une ↓ de la séro-incidence.
Sabin (2000) +	Multicentres, USA	1174	Pas de changement des PI après le CTV.

N/S = différences non significatives

↓ = baisse

↑ = hausse

T = testés et conscients de leur sérologie VIH

NC = non conscients de leur sérologie VIH

NT = non testés

PI = pratiques d'injection

+ = études N/S – non concluantes

❖ = baisse des comportements à risque associée au CTV

Tableau 6 : Etudes des résultats du CTV portant sur les comportements sexuels parmi les consommateurs de drogues injectables

Auteur (année)	Site	n	Résultats (changement du comportement sexuel)
Magura (1991) ❖	New York, USA	287	T séro+ ↑ utilisation du préservatif après le CTV cf. NT et T séro-.
Nicolosi (1991) +	Italie du Nord	933	Pas de changement du comportement sexuel après le CTV.
Calsyn (1992) +	Seattle, USA	313	Pas de changement du comportement sexuel après le CTV.
Desenclos (1993) ❖	12 pays européens	1456	T séro-, différences N/S dans l'utilisation du préservatif après le CTV cf. NT. T séro+ ↑ utilisation du préservatif après le CTV cf. NT.
Friedman (1994) ❖	New York, USA	317	T séro+, différences N/S dans l'utilisation du préservatif après le CTV cf. NT sero+. T séro- ↑ utilisation du préservatif après le CTV cf. NT séro-. T séro+ ↑ utilisation du préservatif avec partenaire non CDI, cf. T séro-.
McCusker (1996) +	Worcester, USA	4267	Pas de changement du comportement sexuel après le CTV.
Colon (1996) ❖	Puerto Rico	374	↑ utilisation du préservatif et ↓ # des partenaires sexuels après le CTV.
Vanichseni (1992) ❖	Bangkok, Thaïlande	601	T séro+ ↑ utilisation du préservatif et de la plan. fam. cf. T séro- et NT.
Vanichseni (1993) ❖	Bangkok, Thaïlande, New York, USA	1558	T séro+ ↓ des comportements à risque après le CTV cf. T séro- et NT.

2.5 Populations carcérales

On sait que le VIH constitue un problème important dans les prisons, où les pratiques dangereuses d'utilisation commune des seringues et les rapports sexuels anaux non protégés sont courants (McDonald et al., 1999⁶⁹, Dolan et al., 1999⁷⁰). Le dépistage obligatoire des détenus est pratiqué dans certains pays et le CTV dans d'autres (Wainstein et al., 1998⁷¹). Aucune étude n'a examiné si le CTV contribue à la réduction de la transmission dans les prisons ou aide les détenus à mieux faire face à la situation ou à accéder aux services.

Dans de nombreux pays, la prévention du VIH en milieu carcéral constitue un domaine totalement délaissé. Il conviendrait d'aborder les problèmes de confidentialité, de manque de choix en matière de rapports sexuels forcés, d'absence de programmes pour un moindre mal et d'options de comportements sans danger. Pour la majorité des personnes incarcérées, il n'existe pas de distribution de préservatifs, de seringues et aiguilles propres (ou d'accès à du désinfectant pour nettoyer les seringues), pas de conseil et de soutien aux PVS ni de conseil approprié au moment de la relaxe.

2.6 Chauffeurs routiers

Les chauffeurs routiers ont été identifiés comme un groupe vulnérable particulièrement exposé à la transmission du VIH en Afrique subsaharienne (Wilson et al., 1994⁷²). Des études ont montré que la prévalence du VIH est plus élevée chez les routiers que dans la population générale, et dans des pays comme le Zimbabwe, c'est dans les villes où passent les routiers, comme Masvingo et Rusape que la prévalence du VIH est la plus élevée (Ministère de la Santé, Zimbabwe). Des interventions d'éducation sur le VIH et de promotion du préservatif ont été menées dans plusieurs pays (Mwizarubi et al., 1994⁷³). Au Kenya, le CTV a été offert dans le cadre de ces interventions. Il a eu pour effet une baisse des contacts avec des professionnelles du sexe et une baisse de l'incidence des IST (de 34 pour 100 années-personnes à 10 pour 100 années-personnes ($p=0,001$)). Le pourcentage des hommes notifiant des rapports sexuels extraconjugaux a baissé de 49% à 36% ($p<0,001$) et les contacts avec des professionnelles du sexe sont passés de 12% à 6% ($p=0,001$) mais aucun changement n'a été rapporté dans l'utilisation du préservatif (Jackson et al., 1997⁷⁴). Cette étude fournit des données encourageantes concernant l'efficacité des programmes de CTV élaborés pour des individus particulièrement exposés au risque d'infection, programmes capables de modifier les comportements sexuels et d'entraîner une baisse de l'incidence des IST.

En Inde, on a déterminé que les routiers sont particulièrement exposés au risque d'infection à VIH et des services de conseil sont en cours de mise en place (Bamne, 2000⁷⁵).

2.7 Donneurs de sang

Encore récemment, les services de CTV n'étaient que peu disponibles dans un grand nombre des pays subsahariens et les personnes souhaitant connaître leur

sérologie VIH se présentaient dans les services de dons du sang. Au Zimbabwe, cette pratique a été identifiée comme un problème important (Mvere et al., 1996⁷⁶). En Zambie, cette tendance à vouloir connaître sa sérologie VIH en raison d'un risque perçu d'infection a eu pour conséquence des dons de sang séropositif à plus de 38%. Ce procédé n'est pas seulement coûteux en termes de dons de sang gaspillés, mais entraîne un risque de transmission car des lots de sangs séropositifs provenant de donneurs «à haut risque» se trouvant dans la période sérologiquement muette peuvent ne pas être détectés. Après l'introduction d'un programme d'éducation avant le test, destiné à expliquer les raisons d'être des dons du sang et à suggérer aux personnes s'estimant exposées d'autres possibilités de CTV, le taux de prévalence est tombé à 8,6% et des économies ont été réalisées (Chama et al., 1993⁷⁷).

L'objectif du CTV en association avec les dons de sang est surtout d'éviter que les personnes très exposées au risque d'infection à VIH ne donnent leur sang. Les services de CTV liés aux banques du sang ne sont peut-être pas le lieu approprié pour conseiller les individus sur la manière de faire face à l'infection à VIH et sur leur comportement sexuel. Il est souvent plus utile de recourir à d'autres sites de CTV. Toutefois, aux Etats-Unis, les centres de CTV associés aux banques du sang comprennent parfois le conseil individuel en matière de réduction des risques. Une étude conduite à New York parmi des donneurs de sang séropositifs a eu pour résultat une baisse significative de la sexualité à risque après le dépistage (par rapport au comportement avant le test), même si 40% des personnes indiquaient encore des comportements sexuels à risque dans les entretiens de suivi (Cleary et al., 1991⁷⁸).

2.8 Jeunes

Encadré 11 : Jeunes

Généralités

Les jeunes entre 10 et 24 ans représentent plus de 50% des cas d'infection à VIH qui se produisent dans le monde (sans compter les cas périnataux) (OMS/ONUSIDA, 2000).

Il est particulièrement urgent de prévenir le VIH parmi les jeunes en Afrique subsaharienne où, dans de nombreux pays, les jeunes forment plus de 30% de la population et les taux de prévalence dans la population générale dépassent 10%.

Plusieurs facteurs culturels, biologiques et environnementaux font courir un risque accru d'infection aux jeunes, notamment aux adolescents entre 10 et 19 ans. Par exemple, les jeunes, que ce soit volontairement ou non, entament souvent leur vie sexuelle à un très jeune âge. En Ouganda, 30% des femmes ont eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans et 72% avant 18 ans (DHS, 1995). Au Kenya, en République-Unie de Tanzanie et en Zambie, l'âge moyen de l'initiation sexuelle semble être de 16 ans pour les jeunes femmes et de 17 ans pour les hommes.

Malgré des niveaux relativement élevés de connaissances relatives au VIH et aux IST parmi les jeunes, nombreux sont ceux qui ont des comportements à risque, moins de

----->

10% des adolescentes sexuellement actives dans des pays d'Afrique subsaharienne déclarant utiliser des préservatifs (Zambie, DHS, 1996, République-Unie de Tanzanie, DHS, 1996 & Kenya, DHS, 1998).

Le système génital immature des adolescentes les rend plus sensible, sur le plan biologique, au VIH, un risque qui est aggravé par plusieurs facteurs sociaux et environnementaux, notamment le fait que les jeunes filles aient des rapports sexuels avec des hommes plus âgés (Brookman, 1990⁷⁹, Weiss et al., 1996⁸⁰).

Les taux de prévalence du VIH parmi les jeunes reflètent la réalité de ces risques. Parmi les adolescentes enceintes de 15 à 19 ans en Afrique subsaharienne, les taux d'infection à VIH se situent entre 4% à Nairobi, Kenya, et 32% à Kampala, Ouganda, avec des pourcentages encore plus élevés observés chez les jeunes femmes de 20 à 24 ans. Globalement, les taux de VIH sont élevés chez les adolescents, mais les jeunes femmes sont affectées de manière disproportionnée, le rapport avec les hommes infectés dépassant 4 pour 1 dans certaines populations (Munodawafa et al., 1996⁸¹).

- **Le CTV à l'intention des jeunes**

Si des résultats récents d'études menées en Afrique subsaharienne révèlent que des services de CTV de qualité constituent une stratégie efficace pour réduire les comportements sexuels à risque parmi les jeunes adultes, on connaît mal les effets du CTV parmi les jeunes, en particulier chez les adolescents entre 14 et 19 ans. Toutefois, des expériences en cours dans plusieurs pays subsahariens montrent que les jeunes recherchent et reçoivent activement le conseil et le test VIH volontaires, même s'ils sont nombreux à manifester leurs préoccupations en matière de confidentialité, de coût, d'accès et de manque de confiance dans leurs partenaires sexuels.

- **Impact du CTV à l'intention des jeunes**

Il existe très peu d'information concernant les effets du CTV à l'intention des jeunes et leur capacité à modifier leur comportement sexuel et à préserver ces changements après le CTV. En outre, on sait peu de choses des expériences des jeunes séropositifs et de l'impact d'un résultat positif sur leur vie, des personnes qui les soutiennent et de leurs besoins.

Il existe très peu d'information concernant les services de CTV et les jeunes. Dans de nombreuses régions à forte prévalence, les jeunes, et en particulier les jeunes femmes, sont très exposés au risque de VIH mais n'ont pas accès aux services de CTV. Un grand nombre d'études reconnaissent la vulnérabilité particulière des jeunes – et notamment des jeunes femmes – au VIH, mais elles ne se sont pas traduites par une amélioration de leur accès aux services de CTV. En outre, les questions telles que l'âge de consentement au CTV pour les jeunes, l'implication des parents dans la décision de faire un dépistage, la confidentialité et le test forcé sont variables et doivent être soigneusement examinées dans toutes les situations.

Demande de CTV

Dans de nombreux pays en développement, le CTV n'a pas été largement mis à la disposition des jeunes. Cependant, lorsqu'on leur demande s'ils souhaitent être testés, ils répondent souvent qu'ils aimeraient des services de CTV plus largement disponibles et souhaitent faire le test. Au cours de la phase pilote d'une étude portant sur de jeunes couples en zone rurale du Kenya occidental, 95% des participants ont indiqué

qu'ils accepteraient un test VIH gratuit. S'ils devaient payer le service (une contribution de 4 USD), la demande potentielle demeurait relativement importante, 31 à 40% indiquant qu'ils paieraient le montant demandé. L'âge moyen des couples participant à cette étude était de 22 ans (Damesyn et al., 1998⁸²).

Dans une étude portant sur les connaissances et les attitudes concernant le VIH, conduite parmi des étudiants universitaires du Royaume-Uni et de Zambie, 7% des étudiants britanniques (n=217) et 10% des étudiants zambiens (n=1240) avaient eu un test VIH. Trente-cinq pour cent d'étudiants zambiens et 15% d'étudiants britanniques supplémentaires ont déclaré qu'ils souhaitaient être testés (Baggaley et al., 1997⁸³). Dans une étude CACP (connaissance, attitudes, croyances et pratiques) dans le district de Rakai en Ouganda, 84% des 865 jeunes questionnés (18 à 25 ans) ont déclaré qu'ils souhaitaient rencontrer un conseiller VIH/SIDA dans l'avenir (Kelly et al., 1993⁸⁴).

Une étude menée auprès d'adolescents de 12 à 19 ans dans le district de Mpigi en Ouganda, a montré que le sujet le plus fréquemment abordé dans les discussions de groupes était la transmission du VIH, suivi par les questions de sexualité et de début des relations sexuelles (Bohmer et al., 1997⁸⁵). L'intérêt le plus marqué pour le test VIH a été observé chez les garçons de 17 à 19 ans et les filles de 14 à 16 ans. Mais un grand nombre des jeunes se sont montrés préoccupés par des questions de confidentialité, de coût et de localisation des services, ainsi que de doute concernant la fidélité de leurs partenaires sexuels après le test.

Des résultats analogues ont été relevés lors d'une série de discussions de groupes thématiques et d'entretiens approfondis réalisés parmi des jeunes de trois provinces de Zambie (Baggaley et al., 1998⁸⁶). Les 465 jeunes (m=217, f=248) ayant participé à l'étude étaient âgés de 12 à 21 ans (âge moyen 17 ans). Ils ont proposé plusieurs raisons théoriques en faveur du test VIH ; 57 % des garçons et 53% des filles indiquant qu'ils souhaitaient avoir l'occasion de le faire. Mais la majorité d'entre eux ne tenaient pas à s'y décider immédiatement par crainte d'un résultat positif (même si la prévalence du VIH est relativement faible dans ce groupe d'âge). Certains jeunes ont indiqué qu'ils envisageraient de faire le test dans l'avenir. La minorité d'entre eux qui avaient déjà fait un test estimaient qu'il était préférable de savoir, même si le résultat était positif. Ils ont manifesté beaucoup d'intérêt pour le dépistage avant le mariage, qui est encouragé par plusieurs églises et que les participants considéraient comme une occasion de partir sur de bonnes bases. Mais certains d'entre eux ont estimé qu'ils auraient encore trop peur des résultats pour faire le test ou que rien ne pourrait être fait pour eux s'ils se révélaient séropositifs. Certains ont affirmé qu'ils souhaitaient le dépistage avant le mariage pour prouver que leur partenaire avait été aussi fidèle qu'eux-mêmes, et d'autres souhaitaient faire un contrôle avant d'exposer leur futur conjoint aux risques qu'ils avaient eux-mêmes pris.

Ces études reflètent un intérêt abstrait pour le CTV, qui ne se traduirait peut-être pas immédiatement par une demande effective si des services de CTV étaient proposés, et elles soulignent la nécessité de promouvoir activement ces services et de mettre à disposition des services de soutien pour ceux qui se révèlent séropositifs.

Fréquentation des services de CTV

Dans plusieurs pays d'Afrique subsaharienne, tels que l'Ouganda et le Kenya, les jeunes recherchent et reçoivent activement le CTV, même si les services exis-

tants ne leur sont pas spécialement destinés (Nabwiso et al., 1993⁸⁷). Le centre d'information sur le SIDA (AIC) en Ouganda a observé une augmentation du nombre de jeunes demandant le CTV, en particulier pour les tests avant le mariage (Kakooza, 1992⁸⁸, Gumisiriza et al., 1996⁸⁹). Quelque 15% des clients de l'AIC ont entre 15 et 19 ans. A la fin de 1995, 39 000 adolescents avaient visité le centre. Parmi eux, 78% étaient des femmes et 40% étaient venus au centre avec leur partenaire sexuel.

Au Brésil, la fréquentation du CTV par les jeunes (13 à 19 ans) est annoncée en hausse (Gomes et al., 2000⁹⁰).

Aux Etats-Unis, 25% des nouvelles infections à VIH se produisent chez des jeunes (13 à 21 ans). Pour encourager le CTV dans les groupes de jeunes à risque à New York, un programme de marketing social du CTV destiné aux jeunes a été mis en place (Flutterman et al., 2000⁹¹).

Impact du CTV

Il existe bien peu d'information concernant l'impact du test VIH sur les jeunes – les aide-t-il à modifier leur comportement sexuel ; comment les jeunes séropositifs font-ils face; avec qui parlent-ils des résultats de leur test ; qui leur donne le soutien émotionnel nécessaire ; et ont-ils accès à des services d'appui après le CTV. Une petite étude descriptive conduite au Nigeria indique que les services de CTV pour les jeunes ont entraîné une augmentation de l'utilisation du préservatif et une baisse des IST, mais elle ne fournit aucun détail (Ita, 1998⁹²).

Aux Etats-Unis, une étude a montré que le CTV entraînait une diminution du nombre des partenaires sexuels chez la majorité des garçons, mais aucune des jeunes filles n'a indiqué une augmentation des pratiques sexuelles sans risque (Flutterman et al., 1990⁹³).

Une autre étude menée aux Etats-Unis a montré que les jeunes de moins de 18 ans sexuellement actifs étaient moins susceptibles de fréquenter le CTV que les adultes de 18 à 44 ans, bien que la moitié des nouvelles infections à VIH dans le pays se produisent chez des hommes et des femmes de moins de 25 ans (CDC, 1998⁹⁴). Pour mieux comprendre les attitudes et les expériences des jeunes par rapport au test VIH, 73 jeunes 'à haut risque' (sexuellement actifs et économiquement ou socialement marginalisés, vivant dans des zones urbaines aux taux d'infection à VIH relativement élevés) ont été questionnés de manière approfondie (Fondation Kaiser pour la famille, 1999⁹⁵). Ces jeunes ont indiqué que l'obstacle majeur à leur fréquentation des services de CTV était leur disponibilité et leur acceptabilité. Ils ont aussi signalé que les préoccupations liées à la confidentialité et à la crainte que les résultats ne soient communiqués à leurs parents sans leur consentement constituaient une autre raison les retenant de fréquenter le CTV.

3. Prise en charge: Améliorer l'accès au soutien médical, émotionnel et social

Le CTV permet aux personnes infectées par le VIH de bénéficier d'une prise en charge émotionnelle, sociale et médicale et, dans les régions où les ressources sont limitées, permet d'organiser les services de manière appropriée. Il donne aussi aux individus testés séronégatifs la possibilité d'accéder au soutien et aux services nécessaires.

Encadré 12 : Besoins en matière de prise en charge après le CTV

Connaître sa sérologie VIH apporte, lorsqu'on est séropositif, de nombreux avantages. Des études ont mis en lumière plusieurs grandes préoccupations ressenties après le test :

Principales préoccupations pour les personnes testées positives :

- Soutien social (y compris un appui matériel et financier)
- Accès aux préservatifs et approvisionnement en préservatifs
- Prise en charge médicale (accès immédiat à des soins médicaux appropriés et aux thérapies préventives)
- Soutien et adaptation émotionnels (soutien émotionnel à long terme de la part des services de conseil, des services spirituels, des services de la médecine traditionnelle, des partenaires, des familles et de la communauté)
- Divulgence de la sérologie VIH (au partenaire, à la famille ou à un ami proche)
- Soutien des pairs (dans des groupes d'affinité, des clubs constitués après le test et par le plaidoyer)
- Planifier l'avenir (préparer son avenir et ceux des personnes à charge, y compris la rédaction d'un testament)
- Accès aux interventions de prévention de la TME (y compris le conseil en matière d'alimentation du nourrisson, les traitements antirétroviraux et les soins prénatals spéciaux)
- Services de planification familiale (y compris des services d'interruption de grossesse lorsqu'ils sont légaux et sûrs)

Principales préoccupations pour les personnes testées négatives :

- Sexualité à moindre risque et maintien de la séronégativité
- Gestion future de la fécondité
- Divulgence du résultat au partenaire
- Risque continu d'exposition (professionnel, partenaire sexuel positif ou non testé)
- Prise en charge de la famille
- Anxiété excessive (Personnes très peu exposées au risque d'infection à VIH mais ayant une crainte exagérée de l'infection. Ce phénomène est répandu surtout dans les pays à faible prévalence où d'importantes campagnes d'éducation sur le VIH se sont déroulées).

3.1 Accès à la prise en charge médicale

ARV

Dans les pays industrialisés, l'apparition du traitement antirétroviral hautement actif (HAART) a eu un effet spectaculaire sur la survie à long terme des personnes infectées par le VIH. Il signifie que les individus séropositifs ont tout avantage à connaître leur sérologie VIH, pour commencer rapidement leur traitement, et éviter ainsi les maladies associées au VIH et prolonger leur durée de vie. En Europe et aux États-Unis, les taux de mortalité due au VIH ont notablement chuté au cours des cinq dernières années grâce à l'existence du HAART (Carpenter et al., 2000⁹⁶). Le conseil à long terme s'est révélé un facteur important pour assurer l'observance du traitement (Revsin et al., 1998⁹⁷, Greene et al., 2000⁹⁸).

Thérapies préventives

Des interventions moins coûteuses visant à réduire l'incidence des infections associées au VIH, par exemple la thérapie de prévention de la tuberculose (TPTB) ont permis de réduire l'incidence de la tuberculose chez les personnes infectées par le VIH (Mwingwa et al., 1998⁹⁹, OMS/ONUSIDA, 1998¹⁰⁰). Deux études conduites en Afrique subsaharienne (Godfrey-Faussett et al., 1995¹⁰¹, Aisu et al., 1995¹⁰²) ont montré que les sites de CTV peuvent être appropriés au dépistage et au traitement des personnes qui présentent une tuberculose active, et à la distribution de la TPTB aux personnes dont la tuberculose n'est pas active. En Haïti, un programme communautaire offrant le CTV et le dépistage de la tuberculose a permis d'identifier des tuberculoses précoces et d'instituer un traitement rapide et efficace (Desormeaux et al., 1996¹⁰³). En Zambie, un projet pilote de conseil intégré sur le VIH et la tuberculose à l'intention des familles est en cours. Les premiers résultats montrent que la stratégie de ce projet a des chances de recevoir un bon accueil, mais on attend les résultats d'un suivi à plus long terme (Ayles et al., 2000¹⁰⁴). Au Malawi, l'Organisation de conseil et de ressources sur le SIDA (MACRO) fournit le CTV dans deux sites. Elle offre aussi le dépistage et le traitement de la tuberculose et des IST ainsi que la planification familiale. La demande de ces services est considérable de la part des personnes fréquentant le CTV, même pour celles qui se présentent au CTV pour des raisons qui ne sont pas avant tout médicales (Phiri et al., 2000¹⁰⁵).

D'autres thérapies préventives, telles que la prophylaxie au cotrimoxazole (Anglaret et al., 1999¹⁰⁶, Wiktor et al., 1999¹⁰⁷, Sassan-Morokro et al., 1998¹⁰⁸) ont aussi permis de prévenir la morbidité parmi les PVS dans certaines situations (patients tuberculeux en Côte d'Ivoire et au Sénégal). Le cotrimoxazole est bon marché, facile à administrer et demande un minimum de suivi. L'ONUSIDA a recommandé qu'il soit mis beaucoup plus largement à la disposition des PVS.

Services de planification familiale

Le recours à d'autres services, tels que la contraception, peut aider les couples (tant séropositifs que séronégatifs) à prendre en connaissance de cause les décisions qui concernent les méthodes de planification familiale et le fait d'avoir des enfants (Pugh et al., 1998¹⁰⁹). Dans de nombreux pays à forte prévalence, le désir d'enfants est très fort et la fréquentation des services de planification familiale est sensiblement la même pour les femmes séropositives et les femmes séronégatives. Dans le district de

Rakai, en Ouganda, 13% des femmes séropositives et 12% des femmes séronégatives ont appliqué une méthode de planification familiale contrôlée par la femme après le CTV (Lutalo et al., 2000¹¹⁰).

Prise en charge médicale continue

L'un des services les plus précieux offerts aux personnes après le CTV à Kara, en Zambie, a été la prise en charge médicale de base et de longue durée pour le traitement des infections associées au VIH (Baggaley et al., 1998). Des résultats analogues ont été observés lors de l'évaluation de l'Organisation ougandaise d'Aide aux Malades du SIDA (TASO), en Ouganda.

Services médicaux complémentaires

Dans les nombreux pays où les ARV ne sont pas disponibles pour des raisons de coût et de manque d'infrastructure de laboratoire, les PVS peuvent atténuer leurs symptômes grâce aux médecines complémentaires/traditionnelles (Gousskov, 2000¹¹¹). Toutefois, les conseillers doivent parfois mettre en question les croyances peu réalistes en matière de thérapies complémentaires ou aider les clients à évaluer le pour et le contre de l'utilisation des rares ressources familiales pour ces thérapies.

3.2 Accès à une prise en charge émotionnelle/psychologique à long terme

Connaître sa sérologie VIH peut permettre aux individus de rechercher le soutien émotionnel nécessaire. Les personnes séronégatives seront généralement soulagées, mais continueront peut-être à ressentir des difficultés émotionnelles qu'il faudra surmonter. Il arrive qu'elles aient un partenaire séropositif ou non testé et qu'elles se sentent continuellement exposées au risque d'infection par le VIH. D'autres se sentent coupables d'être séronégatives, notamment lorsque leur partenaire est infecté ou est décédé du SIDA.

Pays en développement

Les personnes dont le test est positif peuvent ressentir une gamme d'émotions allant du déni et de la colère au désespoir et à la considération du suicide. Ces réactions émotionnelles sont normales, mais le conseil peut aider les gens à les affronter et à éviter des problèmes insolubles, graves ou durables.

Les problèmes psychologiques se sont révélés courants dans un groupe de 307 personnes ayant fréquenté six centres de CTV à Nairobi (Vollmer & Valadez, 1999¹¹²). L'accès à un soutien émotionnel a permis d'aider les individus à faire face plus facilement aux séquelles psychologiques d'un test positif.

La majorité des personnes fréquentant les centres de CTV, qu'elles soient positives ou négatives, suivront une ou au maximum deux séances de conseil après le test. En Zambie, même lorsque des séances supplémentaires ou des conseils spécialisés étaient offerts après le test, bien des personnes ne souhaitaient plus être conseillées, tout au moins dans un avenir immédiat. Seules 10% des personnes séropositives et 6% des personnes séronégatives ont suivi plus de deux séances de conseil après le test (Baggaley et al., 1998). Quelques personnes ont suivi d'autres séances de conseil au cours des un

à cinq ans suivant le CTV, souvent à la suite d'une crise ou de changements de circonstances personnelles. Interrogées entre 6 et 18 mois après le CTV, de nombreuses personnes ont déclaré avoir trouvé d'autres services ou ressources informels dans la communauté pour les aider à résoudre leurs problèmes émotionnels, notamment auprès de groupes religieux, de membres de leur famille, d'amis ou de tradipraticiens.

Dans l'essai multicentres, 86% des individus n'avaient eu qu'une séance de conseil avant le test et une après le test, bien qu'un conseil à long terme leur ait été offert (Sangiwa, 2000). Les personnes ayant eu un résultat positif étaient plus susceptibles de participer à des séances supplémentaires.

Pays industrialisés

Dans les pays à plus faible prévalence, tels que la Roumanie, un soutien à plus long terme peut se révéler nécessaire pour aider les PVS à faire face, notamment lorsque la majorité des personnes infectées par le VIH appartiennent à des groupes à risque déjà marginalisés (Buzducea et al., 2000¹¹³).

Trois études menées parmi des HSH (Hays et al., 1990¹¹⁴, Catania et al., 1992¹¹⁵, Peterson et al., 1995¹¹⁶) ont montré que les hommes séropositifs recherchaient plus souvent un soutien émotionnel après le CTV que les hommes séronégatifs ou non testés. Cependant, les hommes présentant des symptômes étaient le plus susceptibles de demander de l'aide et les auteurs ont conclu que ce facteur était peut-être plus important que la connaissance de sa sérologie VIH. Le CTV permet aux HSH de bénéficier des services les mieux appropriés à leurs besoins.

Une étude parmi des CDI n'a montré aucune différence dans la fréquentation des services entre les séropositifs symptomatiques, les séropositifs asymptomatiques et les séronégatifs (Solomon et al., 1991¹¹⁷). Il ne faut pas en conclure à l'inefficacité des services car les CDI, qu'ils soient positifs ou négatifs peuvent avoir besoin de soutien émotionnel et médical. Le CTV permet peut-être aux CDI de trouver les services sanitaires et psychologiques les mieux adaptés à leurs besoins.

Soutien spirituel

Un soutien émotionnel à long terme peut aussi être apporté à l'extérieur des services de conseil officiels. Le soutien spirituel des personnes infectées par le VIH s'est révélé important dans les pays en développement comme dans les pays industrialisés (Kaldjian et al., 1998¹¹⁸). En Thaïlande, les moines bouddhistes offrent un soutien continu aux personnes infectées par le VIH et enseignent la méditation afin de permettre de faire face et de diminuer le stress (Sittitrai et al., 1994¹¹⁹).

3.3 Adaptation psychologique (de l'individu, de la famille et de la communauté)

L'un des principaux avantages du conseil associé au test est de permettre aux gens d'accepter leur sérologie VIH et de mieux s'y adapter. «S'adapter» au VIH est défini par le personnel et les clients de la TASO comme «une acceptation de la séropositivité et l'adoption d'une attitude positive permettant de tirer le maximum de chaque jour.»

Encadré 13 : Résumé : le CTV et l'adaptation

Plusieurs études ont montré une amélioration de l'adaptation après le CTV

- Acceptation de sa sérologie positive au VIH
- Atténuation de l'anxiété et des réactions de dépression (Camara et al., 1991¹²⁰, Magura et al., 1990¹²¹)
- Amélioration de l'adaptation (Carvalho-Neto et al., 1991¹²², Mukisa et al., 1990¹²³, TASO, 1995, Baggaley et al., 1998, Lie & Biswalo, 1996)
- Participation de la famille et des amis à la prise en charge et au soutien (Carvalho-Neto et al., 1991, TASO, 1995)
- Apporter espoir et soulagement (Zulu et al., 1990¹²⁴)

Mécanismes d'adaptation que l'on peut adopter après un test positif :

- Parler à quelqu'un de sa sérologie
- Parler de sa sérologie avec son conjoint ou son partenaire sexuel
- Mettre en question les croyances concernant la signification d'un diagnostic VIH pour faciliter l'adaptation
- Poursuivre son travail ou se prendre soi-même en charge
- Apprécier les contacts sociaux et/ou les loisirs

Une étude réalisée dans un dispensaire de conseil sur le VIH au Zimbabwe a montré qu'en apportant «un conseil et des services d'appui accrus», 75% des PVS qui craignaient, dans un premier temps, de suivre le CTV (par peur de la stigmatisation et du rejet) souhaitaient être testés (Meursing et al., 1995^{125,126}, 1997¹²⁷ & 1999¹²⁸). Les conseillers ont pu aider les personnes testées positives à mieux faire face en :

- Les aidant à obtenir le soutien social et l'acceptation de la famille, des partenaires et des employeurs en désamorçant les craintes irrationnelles, les reproches et la colère.
- Facilitant le dialogue sur des sujets sexuels 'honteux' au sein des relations maritales et familiales.
- Abordant des questions difficiles telles que la planification de l'avenir.
- Facilitant la gestion des problèmes médicaux, pratiques et économiques.
- Encourageant la divulgation dans un cadre de soutien. Grâce au conseil accru, 80% des personnes ont été en mesure de parler de leur sérologie positive à quelqu'un et 75% ont pu la communiquer à leur partenaire/conjoint. Par contraste, plus de la moitié de ceux qui ont refusé le conseil n'ont pu parler à personne de leur état sérologique, y compris ceux qui avaient l'intention de se marier ou étaient mariés. Il est important de noter qu'aucune des personnes ayant divulgué leur sérologie à leur famille n'a subi de rejet total.

Des études menées en Ouganda et en République-Unie de Tanzanie ont également montré que le conseil permet aux individus de s'attirer un soutien social et émotionnel et de mieux faire face (Lie & Biswalo, 1996¹²⁹, TASO, 1994¹³⁰).

Une étude parmi des HSH séropositifs a montré le remarquable effet sur la réduction de l'anxiété et de la colère ainsi que sur l'atténuation du stress d'une intervention comportementale de prise en charge du stress spécialement conçue (Antoni et al., 2000¹³¹). Soixante-treize hommes ont été sélectionnés aléatoirement pour faire partie d'un groupe d'intervention ou d'un groupe contrôle en liste d'attente. Le groupe d'in-

tervention a non seulement montré une amélioration psychologique marquée comparé au groupe contrôle par rapport à une base déterminée, mais il a également manifesté une production significativement moins forte de norépinéphrine et un nombre de cellules CD3+CD8+ plus élevé lors du suivi.

A Hong Kong, une étude portant sur 35 PVS symptomatiques a montré que le conseil/thérapie de groupe et le soutien des pairs amélioraient l'humeur, réduisait la tension, la colère et la dépression (Molassiotis et al., 2000¹³²). Les mesures de la qualité de vie se sont également améliorées au cours de ces interventions par rapport à un groupe de PVS contrôle.

(Pour d'autres informations sur l'adaptation aux réactions émotionnelles après le CTV, voir la Section 6 sur les «Effets négatifs après le CTV»).

3.4 Communiquer le résultat du test VIH à sa famille et ses amis

Annoncer sa sérologie ne sert pas seulement à permettre aux individus de bénéficier du soutien de leur famille et de leurs amis et de les aider à prendre les décisions nécessaires pour leur avenir, mais reflète leur capacité à comprendre et à accepter leur situation. Les taux de divulgation aux partenaires et aux familles et amis varient considérablement, mais de nombreuses études (notamment dans les pays en développement) ont montré que les personnes ont plus de facilité à parler de leur sérologie VIH avec un ami proche ou un membre de la famille qu'avec leur partenaire.

Avantages de la divulgation

La divulgation de sa sérologie VIH augmente le soutien tant pratique qu'émotionnel reçu par les personnes séropositives (Holt et al., 1998¹³³).

Pays en développement

Les individus testés séropositifs dans les services généraux de CTV en République-Unie de Tanzanie, ont fait connaître le résultat de leur test VIH à une personne proche de même sexe. Ceux qui étaient mariés ou vivaient en concubinage n'ont pas choisi leur partenaire. Cette personne était généralement choisie parmi la famille proche, généralement de la même génération que le patient (Lie & Biswalo, 1996¹³⁴).

Des résultats analogues ont été relevés dans l'évaluation TASO/OMS réalisée en Ouganda (TASO/WHO, 1993-1994¹³⁵). Après le conseil, la majorité des gens (90,4%) étaient en mesure de révéler leur sérologie VIH à des parents proches. Dans la même évaluation, 85,3% des personnes ont déclaré avoir communiqué leur résultat à des parents autres que les membres du ménage et 67% l'ont divulgué aux membres du ménage. Mais 36% seulement ont fait part de leur sérologie à leur conjoint ou à leurs partenaires sexuels réguliers. Ceci indique que le soutien émotionnel est à rechercher dans la famille élargie et dans la communauté.

Lorsque le service de CTV a été créé en Zambie, les usagers ont eu de la peine à communiquer leurs résultats, notamment dans la période suivant immédiatement

le test (Kelly et al., 1994). Une évaluation faite ultérieurement dans le même site a montré que la plupart des personnes étaient en mesure de parler de leur sérologie VIH avec quelqu'un (Baggaley et al., 1998). Cependant les femmes en particulier ont déclaré qu'il était honteux d'avoir le VIH et que si on les savait séropositives, elles craignaient la discrimination et étaient particulièrement réticentes à parler à leur partenaire.

Dans une étude en Ouganda, 22 familles dont 1 ou plusieurs membres adultes étaient séropositifs au VIH ont été questionnées sur leurs réactions au VIH et à la stigmatisation (McGrath et al., 1993¹³⁶). La moitié environ des PVS questionnés ont déclaré n'avoir informé aucun membre de la famille. Ils craignaient que leur famille ne s'inquiète ou ne comprenne pas. Certains d'entre eux ont indiqué craindre le rejet si la famille était au courant de leur séropositivité. Les membres de la famille qui étaient informés ont déclaré qu'ils étaient choqués ou qu'ils craignaient de perdre leur parent atteint de VIH. Mais aucun d'entre eux n'a rejeté le PVS ou ne craignait d'être infecté par les contacts quotidiens.

Pays industrialisés

Une petite étude aux Etats-Unis a montré qu'un grand nombre des femmes de San Francisco questionnées après le CTV prénatal n'avaient révélé leur sérologie VIH à aucun de leurs amis (65%) ou membres de leur famille (25%). Dans de nombreux cas, elles craignaient d'être abandonnées ou rejetées par leurs proches si leur séropositivité était connue. Elles ont indiqué que le manque de compréhension de l'infection à VIH dans la population était un facteur important, tout comme les tabous concernant le VIH, en particulier par rapport aux femmes (Lester et al., 1995¹³⁷). Ces femmes séropositives ont déclaré avoir reçu un soutien émotionnel important de leur famille et de leurs amis, même sans leur avoir révélé leur sérologie VIH.

Une étude à Londres a également montré que les individus sont davantage en mesure de faire part du résultat de leur test lorsqu'ils sont atteints de maladies à VIH symptomatiques ou ont besoin d'un traitement, et que cette divulgation leur permet de recevoir un meilleur soutien (Miller et al., 1998¹³⁸).

(Pour un examen plus complet de la question de la divulgation, voir la Section 6 sur les «Effets négatifs après le CTV»).

Conseil à l'intention de la famille

Impliquer les familles dans le conseil peut aider considérablement la personne vivant avec le VIH à être mieux acceptée et soutenue par sa famille (Lippmann et al., 1993¹³⁹). Un projet conduit en Ukraine a montré que lorsqu'elles participaient au CTV les familles des personnes infectées par le VIH étaient mieux à même d'accepter et de comprendre les problèmes du parent infecté et de l'aider à faire face après le conseil (Pidlisna et al., 1998¹⁴⁰).

A Chiang Mai, en Thaïlande, on a proposé de procéder au conseil après le test au sein de la famille, afin de faciliter la divulgation et par là le soutien et la normalisation à long terme. Une enquête préliminaire a montré qu'il pourrait s'agir d'une option viable (Srirak et al., 2000¹⁴¹).

3.5 Clubs «post-test» et groupes de soutien

Des groupes de soutien par les pairs et des clubs «post-test» ont souvent été créés en association avec le CTV, pour aider les gens à faire face aux résultats du test grâce à l'échange d'expérience et au soutien mutuel. Dans certains cas, cela a aussi permis aux PVS de constituer des groupes de pression destinés à améliorer les services et à mettre en question les décisions politiques et juridiques. En Zambie, les hommes fréquentaient davantage les groupes de soutien que les femmes (26% d'hommes séropositifs par rapport à 3% de femmes séropositives). Certaines des personnes séronégatives qui avaient suivi le CTV ont également participé aux groupes de soutien – là encore il y avait plus d'hommes que de femmes (15% et 8% respectivement) (Baggaley et al., 1998¹⁴²). Les individus participant à des groupes le faisaient souvent dans leur propre communauté plutôt que dans le groupe de soutien associé au centre de CTV. Une autre étude en Zambie a décrit les avantages des clubs «post-test» (CPT). Sur 810 personnes testées, 150 se sont jointes à un CPT. Ces groupes offrent un soutien ainsi qu'un programme éducatif sur le VIH au sein de la communauté (Katongo, 2000¹⁴³).

3.6 Accès aux services sociaux

Il est utile de connaître sa sérologie VIH car cela permet aux personnes séropositives et à leur famille de bénéficier des services de soutien social à un stade précoce de l'infection, ce qui peut les aider à y faire face et à maintenir une meilleure qualité de vie.

Dans de nombreux pays industrialisés, il existe tout un éventail de services sociaux à la disposition des PVS. Au Royaume-Uni, les personnes infectées par le VIH disposent de droits statutaires à certains services et un grand nombre d'organisations non gouvernementales (ONG) leur fournissent, ainsi qu'à leurs familles et aux personnes à charge, du matériel et des services de soutien. Il est donc particulièrement avantageux de connaître sa sérologie VIH afin d'avoir accès à ces services dès le début. Le Terrence Higgins Trust¹⁴⁴, une ONG britannique, offre toute une gamme de matériels et de services de soutien aux personnes infectées par le VIH.

Dans les pays à revenu moyen, dont les niveaux de VIH sont assez faibles, cette option est encore plus viable. En Russie, par exemple, les personnes vivant avec le VIH ont un droit statutaire au logement et à d'autres services (Loi fédérale russe, 1995¹⁴⁵).

Dans les pays en développement à forte prévalence, bien que les besoins en matière de soutien social soient souvent beaucoup plus importants, les ressources sont bien souvent insuffisantes. Certains pays en développement disposent de politiques visant à offrir des services gratuits ou subventionnés aux personnes vivant avec le VIH, mais du fait de l'importance de la demande, elles sont parfois difficiles à mettre en œuvre. Cependant, lorsque les services de CTV sont étroitement associés au soutien social, ces services sont très appréciés dans certaines situations. En Ouganda, la TASO offre depuis 1987 des services de soutien global aux personnes infectées et affectées par le VIH. L'évaluation participative du service a démontré que les besoins matériels des PVS après le test étaient nombreux. Il existe en outre de nombreux exemples d'ONG et

de groupes religieux qui offrent des services de soutien aux personnes vivant avec le VIH. Les problèmes de couverture et de viabilité sont courants.

En République centrafricaine, sur 2800 clients fréquentant le centre de CTV, 350 environ se sont révélés séropositifs. Sur ce nombre, 80% ont été envoyés dans les services de soutien social (Sehonou et al., 1999¹⁴⁶). (Le dépistage prénatal dans les sites d'enquête sentinelles de la capitale, Bangui, ont révélé une séroprévalence de 12-30%).

Soutien matériel aux PVS et à leurs familles

Un grand nombre des pays les plus touchés par le VIH connaissent en outre de graves difficultés économiques, et l'évaluation des besoins a souvent montré que c'est de soutien matériel que les PVS ont le plus besoin. Au Rwanda, les femmes séropositives indiquent que les besoins les plus urgents sont la nourriture, le logement et l'argent (Keogh et al., 1994¹⁴⁷). Associer l'aide matérielle aux services de CTV donne matière à controverse. Si cette approche est appréciée des usagers des services de CTV et encourage l'utilisation de ces services, elle peut ne pas être viable et peut entraîner la dépendance ; elle peut aussi se révéler incapable de faire face à la demande si l'approvisionnement s'amenuise ou si le soutien des donateurs est insuffisant (Williams & Kalinaki, 1999¹⁴⁸).

Un tiers des clients et des personnes de la famille chargées des soins ont indiqué à la TASO qu'une aide financière constituait leur principal besoin. Même si des aliments de base (par exemple du riz et de l'huile) sont parfois disponibles, l'approvisionnement s'est révélé irrégulier et tributaire des dons.

Lorsque le service de CTV a été mis en place à Lusaka, Zambie, les clients séropositifs avaient droit à de la farine de maïs offerte par le Programme alimentaire mondial (PAM). Ce service a été très apprécié. Les conseillers estimaient qu'ils avaient quelque chose à offrir aux personnes testées séropositives. Les veuves vivant avec le VIH notamment étaient souvent pauvres et ces vivres étaient bienvenus pour aider à nourrir leurs enfants. Cependant ce service a été interrompu lorsque le PAM a modifié sa politique, engendrant le découragement des clients et des conseillers. Dans l'étude du Kara Trust, la majorité des personnes questionnées n'ont pas abordé la question de «l'assistance publique» avec leur conseiller. Ceci est compréhensible, car cette assistance n'existe pratiquement pas. La totalité du budget de l'assistance sociale de la Zambie en 1997 était de 634 000 USD (population totale environ : 9 millions). Le fonds est destiné aux femmes sans soutien, aux malades, aux personnes âgées et aux personnes atteintes d'une incapacité. En 1996, moins de 150 000 personnes ont eu un contact avec les services sociaux. Obtenir un soutien social est très compliqué et exige une évaluation faite par un fonctionnaire de l'assistance sociale du district. Ceci implique inévitablement un déplacement jusqu'à son bureau et de longues attentes sans pouvoir obtenir gain de cause, car les critères requis sont souvent vagues et arbitraires.

Une autre étude en Zambie a également montré que les besoins matériels (par exemple la fourniture d'aliments de base et d'une aide financière pour les enfants scolarisés) constituaient une priorité pour les personnes testées positives, mais qu'il n'y avait que peu de ressources allouées à la satisfaction de ces besoins (Hamavhwa et al., 1998¹⁴⁹).

Formation professionnelle et petits crédits

Certaines personnes vivant avec le VIH ont des difficultés d'emploi en raison :

- D'une présence irrégulière due aux maladies intermittentes.
- Du test VIH lié à l'emploi. Certaines compagnies exigent de leurs employés qu'ils fassent un dépistage du VIH avant d'être engagés ou de poursuivre leur travail.
- De la discrimination ou de mauvais traitements de la part des collègues ou des employeurs.
- Du fait que les femmes qui perdent leur mari à cause du SIDA soient aussi contraintes de quitter leur foyer et perdent leur sécurité financière.

Dans l'intention de s'attaquer à ces problèmes, certains centres de CTV envoient les personnes testées positives dans des ateliers de formation professionnelle. Ce type de formation a cours en Zambie depuis 1992. Elle est très appréciée et offre aux personnes qui tentent de s'adapter à leur infection à VIH un environnement favorable. (Baggaley et al., 1995¹⁵⁰). Tous les formateurs actuels sont d'anciens stagiaires qui ont intégré le projet après le CTV et certains stagiaires ont ensuite créé de petites entreprises viables.

La formation professionnelle de la TASO est également une composante intégrante des services à la disposition des personnes après le CTV. Bien que 8,6% seulement des personnes fréquentant la TASO participent au centre de jour, 95,2% ont déclaré que l'échange d'expérience et le soutien émotionnel des autres PVS les aidaient et 84,1% se sont estimés aidés par la formation professionnelle. La majorité des personnes fréquentant le centre de jour étaient des femmes (81%) et souvent des veuves. Dans l'évaluation de la TASO, 60% des personnes questionnées ont indiqué qu'elles avaient besoin d'un capital pour entreprendre des projets générateurs de revenus. Mais lorsque des prêts ont été mis à la disposition des gens, 12% seulement les ont remboursés.

Au Kenya, des femmes fréquentant un centre CTV associé au projet de prévention de la TME ont pu participer à des projets générateurs de revenus et ont reçu une aide et une information susceptibles d'améliorer l'état nutritionnel de leurs enfants (Lukandwa et al., 1998¹⁵¹).

Soutien aux enfants des PVS

L'évaluation de la TASO a également identifié comme prioritaire le paiement des frais de scolarité des enfants des PVS nécessiteux. Pour commencer, la TASO a couvert les frais de scolarité de 35% des enfants définis comme ayant besoin d'une aide. Cependant, l'organisation s'est rendu compte qu'il s'agissait là d'une option à court terme, car elle ne disposait pas d'un financement durable. D'autres études ont montré combien il est important de donner aux enfants des PVS et aux orphelins un conseil pour les aider à mieux faire face et à se préparer au décès de leurs parents (Krabbendam et al., 1998¹⁵², Nanono Namatovu et al., 2000¹⁵³).

3.7 Planification juridique et préparation de l'avenir

Rédiger un testament

Si les personnes infectées par le VIH connaissent leur sérologie, elles sont en mesure de planifier leur avenir et celui des personnes à leur charge. Elles peuvent

notamment rédiger un testament et prendre les décisions nécessaires pour le bien-être de leurs dépendants après leur décès. Le détournement des biens existe dans certains pays d'Afrique subsaharienne. Il est courant que des parents du défunt saisissent ses biens au moment du décès. Il en résulte souvent que les femmes et les orphelins se retrouvent sans ressources à la mort du chef de famille. Rédiger un testament juridiquement contraignant garantit que les êtres chers et les personnes à charge seront protégés. L'évaluation de la TASO indique que la rédaction des testaments a été abordée dans 39% des séances de conseil observées et que 51,3% des personnes ont exprimé leur volonté de le faire. Toutefois, 16,8% seulement ont fait un testament et 22,3% ont déclaré que cela était inutile étant donné qu'elles n'avaient rien à léguer. En Zambie, dans une enquête portant sur 55 PVS, 7 seulement avaient rédigé des documents juridiques relatifs à leurs biens (Ndawa et al., 1990¹⁵⁴).

Planifier en faveur des personnes à charge

En Zambie, 37% des hommes séropositifs et 35% des femmes séropositives se sont montrés préoccupés par l'avenir des personnes à leur charge après leur décès. Dans la même étude, 20% des hommes et 42% des femmes ont déclaré qu'ils avaient pu, après le CTV, planifier l'avenir de leurs dépendants.

D'autres rapports ont montré que, grâce au conseil, les personnes séropositives au VIH avaient pu planifier l'avenir de leurs survivants (Ndawa et al., 1990¹⁵⁵; Kaleeba et al., 1997¹⁵⁶ ; TASO, 1994¹⁵⁷).

Planification financière

En Zambie, 31% des hommes et 13% des femmes ont indiqué avoir modifié leur vie par rapport à leur travail après le CTV, afin d'avoir de meilleures options dans l'avenir. Par exemple, ils ont pris un deuxième emploi, fait des heures supplémentaires et des économies.

3.8 Accès aux interventions de prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant, aux soins prénatals spécialisés et aux services de planification familiale

Dans les pays en développement, des méthodes peu coûteuses et pratiques susceptibles de réduire sensiblement la transmission mère-enfant (TME) du VIH (CDC, 1998¹⁵⁸ ; Guay et al., 1999¹⁵⁹), ainsi que des conseils permettant de modifier les pratiques d'alimentation des nourrissons sont maintenant à la disposition des femmes séropositives (Coutsoudis et al., 1999¹⁶⁰ ; Van de Perre, 1999¹⁶¹). Il est ainsi possible de réduire à 10% ou moins la transmission du VIH de la mère à l'enfant. Pour que les mères et leurs enfants bénéficient de ces interventions de prévention de la TME, il est important que les femmes aient accès au CTV au cours de la période prénatale. Le conseil devra peut-être se poursuivre après la première séance suivant le test, pour les femmes séropositives qui participent aux interventions de prévention de la TME, y compris la modification des pratiques d'alimentation des nourrissons (Chopra et al., 2000¹⁶² ;

Kibuuka et al., 2000¹⁶³). Le CTV associé aux interventions de prévention de la TME ne doit pas se limiter à assurer la participation aux interventions de TME et l'observance du traitement. Il est en effet beaucoup plus efficace de parler du conseil concernant la transmission du VIH entre les partenaires sexuels et d'impliquer également les hommes afin qu'ils acceptent aussi le CTV. Dans une petite étude en Ouganda portant sur des femmes participant au CTV en association avec des interventions de TME, les mères séronégatives ont choisi l'abstinence ou le préservatif jusqu'au moment où leurs partenaires ont accepté le CTV (Matovu et al., 2000¹⁶⁴). La durée du suivi est actuellement brève et il serait utile de savoir combien de temps la sexualité à moindre risque a été poursuivie et dans quelle proportion les partenaires de sexe masculin ont accepté le test.

3.9 Accès aux services de prévention de la transmission du VIH

Dans les pays à forte prévalence ou dans des groupes exposés à un risque élevé d'infection par le VIH, un grand nombre de personnes présumant qu'elles sont déjà infectées. Ceci peut les empêcher de se protéger de l'infection à VIH. En Zambie, bien que le taux de prévalence du VIH parmi les jeunes hommes soit faible (<5% parmi les hommes de moins de 19 ans), nombre d'entre eux ne voyaient pas l'intérêt d'adopter la sexualité sans risque étant donné qu'ils étaient probablement déjà infectés (Baggaley & Sulwe, 1998¹⁶⁵). Connaître sa sérologie VIH peut donc donner aux individus la capacité de se protéger de l'infection à VIH et encourager la fréquentation des services de prévention du VIH. Une étude à San Francisco a montré que les personnes testées négatives, mais fortement exposées au risque d'infection à VIH étaient plus susceptibles de fréquenter des services de prévention du VIH (Marx et al., 1998¹⁶⁶).

4. Société

Le rôle du CTV dans la promotion de la normalisation du VIH, dans la mise en question de la stigmatisation et dans l'amélioration de l'acceptation des personnes vivant avec le VIH

Surmonter la stigmatisation associée au VIH constitue la difficulté majeure de la prévention et de la prise en charge. Il a été suggéré qu'un meilleur accès au CTV et une meilleure sensibilisation à sa sérologie VIH pour un nombre accru de personnes étaient un moyen important de combattre la stigmatisation (Lamboray, 2000¹⁶⁷). Les pays dans lesquels le CTV est bien implanté – comme c'est le cas en Ouganda, par exemple – ont une attitude moins stigmatisante à l'égard du VIH. Mais pour être efficace contre la stigmatisation, le dépistage du VIH doit être un processus volontaire associé à un conseil qui aide les individus à comprendre et à accepter leur statut sérologique (ONUSIDA, 1999¹⁶⁸, ONUSIDA, 2000¹⁶⁹). Il existe notamment des pays, comme la Russie, où la stigmatisation reste élevée par rapport au VIH, en dépit du fait que toutes les femmes sont systématiquement dépistées dans le cadre des soins prénatals et qu'une grande proportion de la population est systématiquement testée.

Il a également été suggéré que le CTV pourrait contribuer à la «normalisation» du VIH si le CTV était systématiquement offert et si les gens se familiarisaient avec le CTV et en venaient à le considérer comme une composante essentielle des soins médicaux (De Cock et al., 1998¹⁷⁰ ; Godfrey-Faussett et al., 1998¹⁷¹). De Cock estime que les précautions excessives concernant le test VIH ont eu pour effet d'empêcher les personnes infectées d'accéder aux soins. Cela aurait en outre contribué à la stigmatisation et au secret associés au dépistage.

Une étude en Zambie compare l'approche individuelle confidentielle du conseil à une approche plus ouverte, davantage orientée vers la famille. Elle suggère que cette dernière entraîne des actions plus ouvertes et plus combatives au niveau communautaire (Goma et al., 1999¹⁷²). Il n'existe cependant pas d'études portant en particulier sur le rôle du CTV dans l'encouragement à l'extériorisation dans les communautés, et ce domaine important mérite une attention prioritaire dans les études à venir.

5. Coût

5.1 Pays en développement

L'analyse du rapport coût-efficacité passe sous silence un grand nombre des avantages non apparents du CTV, en particulier dans les domaines de la prise en charge et de la qualité de vie, avantages susceptibles de permettre des économies. Les résultats de l'essai multicentres ont montré que le CTV pouvait être une intervention extrêmement efficace sur le plan des coûts (Sweat et al., 1998¹⁷³, 2000¹⁷⁴). Utilisant une cohorte hypothétique de 10 000 personnes fréquentant le CTV, les auteurs ont estimé que l'intervention avait permis d'éviter 1104 infections à VIH au Kenya et 985 en République-Unie de Tanzanie. Le coût du CTV par client a été estimé à 29 USD en République-Unie de Tanzanie et à 27 USD au Kenya. Dans les deux sites, le coût total était composé de 74% pour le personnel et l'infrastructure, de 2% de coûts de démarrage et de 24% de frais de matériel et marchandises, le poste le plus important étant celui des salaires et indemnités des conseillers (36%). Le montant par infection à VIH évitée a été en moyenne de 346 USD en République-Unie de Tanzanie et de 249 USD au Kenya. Le montant économisé par année de vie ajustée sur l'incapacité (DALY) a été de 17,78 USD et 12,70 USD. Le CTV s'est révélé plus efficace, sur le plan des coûts, lorsqu'il visait les personnes séropositives, les couples et les femmes. L'intervention la plus efficace du point de vue des coûts a été le CTV à l'intention des couples. En portant à 70% la proportion des couples fréquentant le CTV, il serait possible de réduire le coût par DALY à 13,39 USD en République-Unie de Tanzanie et à 10,71 USD au Kenya. Le CTV soutient la comparaison avec d'autres interventions en termes de coût par infection à VIH évitée en Afrique de l'Est. Ainsi à Mwanza, 251 USD par cas de VIH évité ont pu être économisés grâce à l'amélioration des services IST. Le coût de cette intervention a été estimé à 10 USD par DALY épargnée (Gilson et al., 1997¹⁷⁵).

Il est probable que les coûts du CTV baisseront à mesure que les méthodes de test deviendront moins onéreuses (Meda et al., 1999¹⁷⁶) et que des approches novatrices du conseil pourront faire baisser les coûts. En outre, le rapport coût-efficacité sera aussi amélioré si le CTV est axé sur les couples et les personnes plus exposées au risque.

Le rapport coût-efficacité du conseil à l'intention des donneurs de sang a également été déterminé. Il n'existe pas de politique en matière de notification et de conseil VIH aux donneurs de sang en Inde. Si le personnel et l'infrastructure existants étaient utilisés, le coût supplémentaire de la fourniture de ces services à tous les donneurs de sang se monterait à 1,2 USD par donneur (Dhiingra-Kumar, 1998¹⁷⁷). L'auteur affirme que cette intervention permettrait d'améliorer la sécurité du sang «en minimisant le gaspillage de sang, en réduisant la séroprévalence du VIH dans le sang donné, en créant un pool de donneurs sains et en facilitant les changements de mode de vie et de comportement parmi les donneurs».

5.2 Pays industrialisés

Une analyse coûts-avantages a été effectuée sur le service de CTV, de recours et de notification aux partenaires des CDC (Holtgrave et al., 1993¹⁷⁸). En admettant que pour 100 personnes ayant eu un test positif au VIH, 20 nouvelles infections à VIH étaient évitées, les auteurs ont conclu que les 188 217 600 USD dépensés par le programme entraînaient des avantages économiques à hauteur de 3 781 918 000 USD, ce qui donne un rapport coûts-avantages de 20,09. Une analyse de sensibilité a montré que le rapport coûts-avantages était supérieur à 1 pour tous les cas examinés, ce qui laisse clairement entendre que les services de CTV, de recours et de notification aux partenaires financés par des fonds publics apportent un net avantage économique à la société. Cette analyse repose dans une large mesure sur les économies réalisées sur le coût du traitement des cas évités. Dans les pays en développement, bien que les taux de séropositivité soient considérablement plus élevés, les ARV ne sont pas systématiquement disponibles. Les coûts de traitement sont donc moins élevés et l'analyse ferait probablement ressortir un rapport coût-efficacité moins intéressant.

Un autre modèle développé aux Etats-Unis démontre également que le CTV (avec ou sans notification aux partenaires) a un bon rapport coût-efficacité pour prévenir la transmission du VIH (Varghese et al., 1999¹⁷⁹). Pour une cohorte de 10 000 personnes fréquentant un dispensaire IST avec une séroprévalence de 1,5%, les auteurs estiment que le CTV évite 8 infections à VIH et permet d'économiser presque 1 million de dollars (coût du traitement au cours de la vie=175 000 USD). Ils estiment que la notification aux partenaires des 113 personnes infectées par le VIH et identifiées par le CTV permettrait d'éviter 1,2 infection supplémentaire. Le coût pour le prestataire représente un montant de 32 000 USD par cas évité grâce au CTV et 28 000 USD de plus pour la notification aux partenaires. Les coûts de traitement élevés constituent un facteur clé de la démonstration du rapport coût-efficacité de ce programme.

Un essai multicentres randomisé de CTV (de brève ou longue durée) de grande envergure comparé à l'éducation sur le VIH estime que le conseil de brève durée permettrait de prévenir de nouveaux cas de VIH pour un coût de 12 098 USD par cas évité. Le conseil de longue durée pourrait être légèrement plus efficace mais beaucoup plus coûteux (162 795 USD par cas évité) (Kamb et al., 1998¹⁸⁰).

5.3 Le rapport coût-efficacité associé aux interventions de prévention de la TME

Pays en développement

Plusieurs modèles ont été élaborés pour examiner le rapport coût-efficacité des interventions de prévention de la TME (y compris le coût des médicaments et du CTV) dans la prévention de l'infection à VIH pédiatrique et les coûts par cas de VIH évité et le coût par DALY. Le modèle le plus récent utilisant les données d'efficacité de l'essai HIVNET 012 est présenté à la page suivante.

Tableau 7 : Coût et rapport coût-efficacité des traitements par les ARV dans les interventions de prévention de la TME

Traitement par ARV	Coût/DALY (USD)	Coût/cas VIH évité (USD)	Observations	Lieu, date des données et source
Névirapine dose unique (protocole HIVNET012)				
• Traitement universel, 30% de séropositivité	5,25	138	Efficacité dans une population allaitante	Marseille et al., 1999 ¹⁸¹ , Afrique subsaharienne
• Traitement ciblé, 30% de séropositivité	11,29	298		
• Traitement ciblé, 15% de séropositivité	19,18	506		
• Traitement ciblé, 5% de séropositivité	46,32			
Protocole 076, pas d'alimentation artificielle (12,5% de séropositivité)	Approx. 40-60 (selon l'espérance de vie)	3748 1115 (si on inclut les pertes de productivité)	Efficacité dans des population non allaitantes (coût des substituts du lait maternel non compris)	Mansergh et al., 1996 ¹⁸² ; modèle pour 'un pays en développement'
Protocole Thaïlande ; ZDV brève durée ; pas d'alimentation artificielle (12,5% de séropositivité)		1269	Efficacité dans des populations non allaitantes (coût des substituts du lait maternel non compris)	Mansergh et al., 1998 ¹⁸³ ; Afrique subsaharienne
ZDV & 3TC ; pas d'alimentation artificielle				Marseille et al., 1998 ¹⁸⁴
A) 36e semaine-1 semaine post-partum	274	5134		Modèle pour pays à faible et moyen revenu
B) pdt accouchement-1 semaine post-partum	143	2680		
C) pdt accouchement (15% séropositivité)	60	1129		
Protocole Thaïlande ZDV brève durée Pas d'alimentation artificielle	86-200			Wilkinson et al., 1998 ¹⁸⁵ Modèle pour le district de Hlabisa, Afr. du Sud

Coûts considérés dans ces modèles

Coût des médicaments Marseille 1999 – 4 USD ; prix de gros Etats-Unis
Mansergh 1996 – 1 dollar par comprimé de 300mg ; 'prix du marché'
Mansergh 1998 – 33% du prix du marché
Marseille 1998 – prix de gros Etats-Unis

Coût du CTV par femme testée Marseille 1999 – 7,3 USD
Mansergh 1996 – 18,5 USD
Mansergh 1998 – 8 USD
Marseille 1998 – 4 USD

Economies considérées dans ces modèles

Coût total vie à la naissance par cas de VIH pédiatrique

(Comprend les coûts directs de la prise en charge du VIH/SIDA par cas et le coût indirect de perte de productivité par cas)

Marseille 1999 – 0-281 USD
Mansergh 1996 – 3029 USD
Mansergh 1998 – 3302 USD

Pays industrialisés

Coût et avantage pour une mère fréquentant le CTV en termes de prévention de la TME

Le dépistage prénatal est entrepris principalement pour offrir une intervention de prévention de la TME. Cependant, le diagnostic du VIH a des conséquences pour la mère elle-même. Dans de nombreux pays industrialisés et certains pays à revenu intermédiaire, ce diagnostic lui permettra un accès précoce à la thérapie antirétrovirale pour traiter sa propre infection à VIH et peut éviter la transmission du VIH à un partenaire sexuel négatif. Un modèle a été élaboré qui évalue quels sont, pour la mère, les coûts des services de santé et les avantages d'un diagnostic précoce du VIH à la suite d'un dépistage prénatal (Gibb et al., 1999¹⁸⁶). Les auteurs ont estimé que les femmes étaient diagnostiquées en moyenne 20,4 mois plus tôt grâce au CTV prénatal, pour un coût de 76 887 USD par année de vie épargnée.

6. Effets négatifs après le CTV

Le CTV offre de nombreux avantages, mais il peut aussi entraîner des conséquences négatives pour l'individu et sa famille (Colebunders et al., 1993¹⁸⁷).

Encadré 14 : Effets négatifs après le CTV

Résumé

Le désavantage supposé du CTV, c'est que les personnes dont le test est positif au VIH peuvent souffrir de discrimination, de maltraitance ou encore d'abandon, ou peuvent manifester des réactions émotionnelles graves à l'annonce d'un résultat positif. Cependant, dans la majorité des études portant sur le suivi à court et long terme, ces effets négatifs sont rares. En outre, ils peuvent être minimisés par le conseil à long terme, et par un soutien et un dialogue sensible sur la question de la divulgation, en particulier pour les femmes.

➤ Abandon et maltraitance

Certaines études émanant d'Afrique subsaharienne ont rapporté des niveaux importants de maltraitance à l'égard des femmes qui s'étaient révélées séropositives après le CTV. Cependant, ces cas peuvent être atténués lorsque les femmes reçoivent un conseil attentif concernant la divulgation, ainsi qu'un soutien prolongé après le CTV.

➤ Rupture conjugale

Certaines études relèvent que la rupture d'un mariage suite au CTV est fréquente, en particulier pour les femmes d'un couple sérodifférent. Si cette situation peut entraîner des difficultés pour les femmes, elle ne constitue pas toujours un effet négatif.

----->

➤ **Discrimination**

Il existe un grand nombre de rapports anecdotiques concernant la discrimination à l'égard des individus après le CTV, que ce soit pour la recherche d'un emploi, l'entrée dans les ordres, l'accès à l'éducation, une candidature à l'immigration, une demande de visa et l'accès aux soins de santé. Il convient de s'élever contre ces conséquences négatives d'un test positif au VIH par le plaidoyer et la législation et non pas les considérer comme des effets négatifs du processus de CTV.

➤ **Détresse psychologique, stress et dépression**

La détresse psychologique au moment où l'on apprend un résultat positif au test VIH est une réaction rationnelle. Cependant, pour la majorité des gens, une détresse grave est de courte durée et peut être atténuée grâce au soutien à long terme de la famille, des amis et des agents de santé.

On peut mettre en balance le stress ressenti à la suite d'un test positif et les sentiments de soulagement des personnes dont le test est négatif. En outre, on a montré que les personnes qui ne sont pas testées ou ne connaissent pas le résultat de leur test VIH (mais se sentent exposées au risque d'infection à VIH) ne sont pas sans ressentir ce stress et cette incertitude. Les services de dépistage du VIH à domicile laissent les personnes séropositives particulièrement désemparées car le suivi de ces clients n'est pas assuré.

Lors de la mise en place d'un service de CTV, il est donc important d'anticiper et de satisfaire les besoins psychologiques des individus après le test VIH.

6.1 *Abandon et maltraitance*

Une étude émanant de Nairobi, Kenya (Temmerman et al., 1995¹⁸⁸) fait état de graves conséquences pour des femmes suite au CTV. Des femmes séropositives ayant reçu le CTV dans le cadre des consultations prénatales ont rapporté un grand nombre d'effets négatifs. Sur les 324 femmes qui se sont révélées séropositives, 66 seulement (27,2%) ont communiqué le résultat de leur test à leur partenaire et 21 partenaires seulement ont fait le test par la suite. Onze femmes séropositives ont été chassées de leur maison ou remplacées par une autre épouse, sept ont été battues et l'une d'elles s'est suicidée.

Des études au Rwanda ont également noté le fardeau de violence physique et psychologique ainsi que les difficultés financières rencontrées par les femmes dont le test est positif (Keogh et al., 1994¹⁸⁹, Straten et al., 1995¹⁹⁰).

Dans une étude en République-Unie de Tanzanie, 340 clientes ont été suivies pendant trois mois après le CTV, afin de déterminer le rapport entre la sérologie VIH, la violence au foyer et la divulgation (Maman, 1999¹⁹¹, Maman et al., 2000¹⁹²). Les femmes dont le test était positif comme celles dont le test était négatif ont subi de fortes violences physiques. Dans cette étude, 54% des femmes séropositives et 32,3% des femmes séronégatives ont déclaré avoir eu au moins un partenaire physiquement violent *au cours de leur vie, avant de fréquenter le CTV*. Les femmes séropositives avaient une probabilité significativement plus importante que les femmes séronégatives de rapporter un épisode de violence physique avec le partenaire du moment au cours des trois derniers

mois (31% par rapport à 16,2%). L'étude ne dit pas si la violence qui s'est produite après le CTV était liée à la divulgation d'une sérologie positive ou si elle était un reflet d'une augmentation du niveau de violence rencontré par des femmes qui se sont ultérieurement révélées séropositives.

L'étude multicentres (Gregorich et al., 1998¹⁹³) a cependant trouvé que les événements de vie les plus couramment mentionnés étaient positifs : renforcement de la relation sexuelle (39%, plus fréquent chez les couples), soutien émotionnel accru de la part des pairs (29%) et soutien émotionnel accru de la part des familles (23%). Des événements de vie négatifs ont également été signalés. A l'exception des ruptures des relations sexuelles (22%), ces événements négatifs ont été peu courants (globalement 1-4%). Il n'y a pas eu de différence significative entre les personnes ayant reçu le CTV et celles ayant reçu une éducation pour la santé dans le nombre d'événements de vie positifs ou négatifs qu'elles ont notifiés.

Si dans cette étude les événements de vie négatifs ont été peu fréquents, les personnes dont le test était positif couraient un risque sensiblement plus élevé d'avoir à les subir. Parmi les personnes attribuées au groupe CTV, les séropositifs avaient une probabilité plus grande que les séronégatifs d'être écartés par leurs pairs (1% par rapport à 2%, $p=0,01$), de subir une discrimination de la part de leurs collègues (1% par rapport à 2%, $p=0,06$) et d'être abandonnés par leur famille (2% par rapport à 4%, $p<0,05$). Les femmes séropositives recrutées *dans le cadre d'un couple* ont fait état de niveaux plus élevés de violence physique (18% par rapport à 5% globalement, non significatif) et de ruptures conjugales (15% par rapport à 3% globalement, non significatif). Ces résultats soulignent que les femmes faisant partie d'un couple et dont le test est positif ont besoin de services supplémentaires.

6.2 Rupture conjugale

Une étude portant sur des couples sérodifférents à Kinshasa a montré que, au moment du test, 18 couples ont ressenti une détresse psychologique aiguë, par exemple menace de suicide, famille d'un mari chassant la femme de la maison et accusations d'infidélité. Mais un conseil intensif à domicile apporté par des infirmières qualifiées a permis de résoudre ces difficultés dans tous les couples sauf trois, qui ont par la suite divorcé (Kamenga et al., 1991¹⁹⁴). Dans ces trois cas, la femme était séropositive et le mari séronégatif. Les conseillers ont facilité la réconciliation dans la majorité des cas, mais il a fallu fournir aux couples des services de conseil souples et intensifs et de grande qualité.

L'étude multicentres a relevé des niveaux élevés de rupture conjugale (Gregorich et al., 1998). Les auteurs n'en ont cependant pas conclu que la rupture conjugale constituait un effet négatif, mais qu'elle était plutôt une stratégie de réduction des risques. En même temps, les femmes d'Afrique subsaharienne qui sont abandonnées par leur conjoint peuvent être réprochées par leur famille et connaître, tout comme leurs enfants, des difficultés financières et matérielles.

6.3 Discrimination

Il existe de nombreux exemples anecdotiques de discrimination après le CTV, en particulier pour les personnes dont le test est positif.

- **Emploi.** Certains pays disposent de lois sur le travail qui sont discriminatoires à l'égard des personnes infectées par le VIH. Cette discrimination est désormais contestée. En Afrique du Sud, le groupe AIDS Law Project (ALP) a représenté un candidat qui, en 1997, s'était vu refuser un emploi de membre d'équipage par South African Airways parce qu'il vivait avec le VIH. En mai 2000, l'ALP est parvenu à faire changer la politique de la compagnie consistant à refuser d'employer des personnes uniquement parce qu'elles se révèlent séropositives au VIH lors du dépistage avant le recrutement. Pourtant dans de nombreux pays, le dépistage du VIH avant l'emploi et la discrimination continuent.
- **Entrée dans les ordres.** De nombreux pays d'Afrique subsaharienne exigent un test VIH des candidats qui souhaitent entrer dans des ordres religieux et excluent les personnes séropositives de la formation de prêtre ou de religieuse (Baggaley, 1994¹⁹⁵).
- **Assurances.** De nombreuses compagnies refusent d'assurer les personnes infectées par le VIH.
- **Education.** Le dépistage du VIH est exigé de certaines institutions pour poursuivre des études.
- **Voyages à l'étranger et immigration.** Certains pays exigent le dépistage du VIH avant d'accorder un visa ou un permis d'entrée.
- **Traitement médical.** Certaines personnes vivant avec le VIH font état de discrimination de la part des personnels de santé après le CTV. Une étude aux Etats-Unis a montré que lorsque des femmes à San Francisco ont été questionnées après un CTV prénatal, elles ont déclaré avoir ressenti davantage de discrimination dans les soins de santé, de mise à l'écart et de conséquences psychologiques négatives que leurs homologues séronégatives (Lester et al., 1995¹⁹⁶).

6.4 Détresse psychologique, stress et dépression

Comme c'est le cas pour d'autres diagnostics médicaux graves, la découverte de sa séroposivité provoquera presque inévitablement un choc et de l'anxiété et aura un effet considérable sur l'individu et sur sa famille (Dautzenberg et al., 1992¹⁹⁷, Ankrah, 1993¹⁹⁸, Lippman et al., 1993¹⁹⁹). Le but du conseil est d'aider la personne à comprendre, à accepter et à affronter ce diagnostic et de prévenir des réactions graves comme le suicide ou une dépression intraitable de longue durée.

Pays en développement

Au Rwanda, une étude prospective portant sur des femmes séropositives a révélé que si la majorité déclaraient avoir un bon moral, plus d'un tiers d'entre elles faisaient état de difficultés chroniques de sommeil, de difficultés à remplir les tâches quotidiennes et de sentiments de dépression (Keogh et al., 1994²⁰⁰).

En Zambie, un grand nombre de personnes dont le test était positif ont exprimé des sentiments de tristesse, de colère ou d'anxiété à la suite du test, mais ces états ont été d'assez brève durée et aucun cas de tentative de suicide ne s'est produit

(Baggaley et al., 1998). Certaines personnes qui se doutaient de leur séropositivité ont déclaré avoir ressenti du soulagement en recevant leur résultat, car elles devenaient ainsi capables de comprendre leurs symptômes et de préparer leur traitement ainsi que l'avenir de leur famille. Les personnes dont le test était négatif ont indiqué leur soulagement, mais certaines d'entre elles ont exprimé des sentiments de culpabilité ou de tristesse lorsque leur partenaire ou des membres de la famille se révélaient positifs.

L'essai multicentres a interrogé en détail 81 personnes sur leurs sentiments après le CTV (Sangiwa et al., 2000²⁰¹). Les clients séronégatifs ont manifesté des sentiments de soulagement, de baisse de leur angoisse d'espoir accru et d'amélioration de leur confiance en eux. Les personnes séropositives ont indiqué une amélioration de leurs capacités à faire face à la situation, un espoir accru, la disparition des pensées suicidaires; elles ont aussi été aidées à atténuer leur isolement et à normaliser leur situation. Parmi les personnes séropositives, la plupart des sentiments d'anxiété ont été décrits comme passagers. Pourtant, certains participants ont fait état de sentiments persistants de tristesse, de désespoir et un sentiment de perte en pensant qu'ils devraient renoncer à avoir des enfants et s'abstenir de rapports sexuels par souci de ne pas infecter les autres.

Pays industrialisés

HSH

Plusieurs études ont examiné les conséquences psychologiques du test parmi les HSH. Deux études montrent une augmentation du stress et de la dépression pour ceux dont le test est séropositif. Cependant, les conséquences à long terme ou les conséquences extrêmement grave (comme le suicide) ne sont pas décrites. Une étude n'a relevé aucune différence dans les conséquences psychologiques entre les hommes connaissant leur statut sérologique et ceux ne le connaissant pas.

Une étude portant sur des hommes homosexuels a montré que ceux dont le test effectué pendant le CTV était positif avaient une probabilité plus grande de subir des conséquences négatives comme le stress, la dépression et la rupture de leur relation principale que ceux dont le test était négatif ou qui avaient refusé le test (Coates et al., 1987²⁰²).

Une autre étude a comparé des HSH qui connaissaient leur sérologie VIH avec des hommes qui avaient fait le test mais avaient choisi de ne pas connaître leur résultat (Doll et al., 1990²⁰³). Les hommes qui avaient choisi de savoir n'ont pas manifesté davantage de dépression ou d'anxiété à la suite du test que les autres.

Dans une étude portant sur 22 HSH séropositifs, 22 HSH séronégatifs et 12 hommes testés mais ne souhaitant pas connaître leur statut sérologique, les sujets séropositifs ont ressenti une augmentation de l'anxiété, de la dépression et de l'angoisse liée au SIDA. Les sujets séronégatifs ont ressenti une diminution de ces sentiments après avoir pris connaissance de ces résultats (Huggins et al., 1991). Les hommes qui n'ont pas pris connaissance de leurs résultats n'ont ressenti aucun changement de sentiments.

Dans une petite étude portant sur des CDI fréquentant un programme de désintoxication à Long Island, Etats-Unis, les personnes dont le test était positif ont manifesté un large éventail de réactions émotionnelles à l'annonce de leur résultat (Magura et al., 1990²⁰⁴). Pourtant, aucune réaction grave ou préjudiciable n'a été enregistrée. Les

personnes dont le résultat était négatif ont toutes été soulagées. Pratiquement tous les participants avaient informé quelqu'un de leur sérologie VIH sans conséquences particulières.

Donneurs de sang

Une étude réalisée à New York parmi des donneurs de sang séropositifs a montré que les symptômes d'angoisse pour les hommes comme pour les femmes étaient considérablement plus accentués que dans des échantillons représentatifs de la population. Plus d'un quart des hommes et un tiers des femmes ont indiqué avoir eu besoin de services psychologiques ou psychiatriques dans les premières semaines suivant la notification de leur résultat positif (Cleary et al., 1993²⁰⁵).

Dépistage à domicile

Dans les services de dépistage à domicile, largement utilisés aux États-Unis, les personnes reçoivent les résultats de leur test par téléphone (Branson, 1998²⁰⁶). Les conseillers par téléphone ont indiqué que, sur un échantillon de 865 personnes séropositives, 7% avaient exprimé un sentiment de choc ou de consternation en apprenant un résultat positif inattendu, que 5% ont raccroché immédiatement, alors qu'un client exprimait des pensées suicidaires (le conseiller s'est alors assuré qu'il avait «un ami susceptible de lui offrir un soutien moral»). Si 65% des personnes ont accepté le principe d'une orientation vers un service, on ne sait pas si elles s'y sont rendues ou quel est l'impact psychologique à long terme de ce type de service.

7. Considérations opérationnelles

Le suivi des services de CTV est souvent assuré par l'examen des données concernant la demande et la fréquentation des services, le nombre des personnes testées qui suivent des séances de conseil et le taux de collecte des résultats.

7.1 Fréquentation, proportion des personnes venant chercher leurs résultats (taux de retour) et acceptabilité

La fréquentation des services a souvent été considérée comme une mesure importante du 'succès' des services de CTV. La fréquentation des CTV varie considérablement au sein des divers services de CTV, des communautés et des pays et entre eux.

Structures de prévention de la TME

Situations de recherche

La fréquentation des services de CTV associés aux interventions de prévention de la TME et les taux de retour ont été étudiés en détail. Une enquête transversale par correspondance portant sur l'acceptabilité du CTV et les diverses interventions de prévention de la TME dans les consultations prénatales a été adressée à treize sites en Afrique de Ouest (Abidjan, Bobo-Dioulasso), de l'Est (Addis Abeba, Dar Es-Salam, Mombasa, Nairobi) et d'Afrique australe (Blantyre, Durban, Harare, Lusaka, Soweto) et un site en Thaïlande (Cartoux et al., 1998²⁰⁷). Tous ces groupes étaient des projets de recherche plutôt que des sites opérationnels. La médiane de l'acceptabilité globale était de 65%, l'acceptabilité se situant entre 33% et 95%. Lorsque plusieurs études ont été effectuées dans le même pays, les femmes enceintes montraient des attitudes analogues à l'égard du dépistage du VIH. Le 'désir de discuter avec son partenaire' est la principale raison invoquée pour refuser un test VIH. Cinq études ont montré des taux d'acceptabilité supérieurs à 70% et des taux élevés de retour. Dans les cinq études comprenant toutes les données, 1-4% de *toutes les femmes* à qui le CTV était offert et 11-35% de *toutes les femmes séropositives*, ont finalement participé aux projets de prévention de la TME. Ces résultats proviennent de sites pilotes de recherche. Les auteurs notent qu'il est important de «lutter contre la discrimination liée au VIH» pour améliorer l'acceptabilité et la fréquentation du CTV.

Tableau 8 : Fréquentation du CTV dans les sites de prévention de la TME

	Taux d'acceptation (%)	Taux de retour (%)	Taux de retour des VIH+ (%)	Acceptation globale
Bobo Dioulasso	92	82	81	76
Abidjan	78	58	38	46
Abidjan	77	63	59	49
Nairobi	99	70	54	69
Mombasa	95	68	62	68
Dar Es Salam	88	86	72	75
Blantyre	53	83	75	45
Blantyre	90	68	69	61
Lusaka	81	100*	100	81
Harare	100	33	36	33
Soweto	97	83	50	80
Durban	98	98	100	95
Bangkok	100	95	90	95

* un taux de retour de 100% est probablement dû au fait que c'est le test simple/rapide qui est utilisé dans le site.

Une étude effectuée au Zimbabwe offrant le CTV aux femmes au moment de l'accouchement ou juste après a enregistré une très faible fréquentation (Tavengwa et al., 2000²⁰⁸). Dans cette étude, de la vitamine A était offerte aux mères et/ou aux nourrissons dans les 96 heures suivant l'accouchement ainsi qu'un conseil concernant l'alimentation du nourrisson pour les femmes dont le test était séropositif. Sur 1311 accouchées, 4 ont demandé le test lors de l'accouchement et 118 (9%) entre 2 et 8 semaines après l'accouchement. En dépit des services gratuits de CTV, d'éducation et de conseil sur l'alimentation infantile, la plupart des femmes ont choisi de ne pas connaître leur sérologie VIH. On pourrait en conclure que la période immédiatement après l'accouchement ou les semaines suivantes n'est pas bien choisie pour offrir le CTV.

Situations opérationnelles

Il est probable que les taux de fréquentation et de retour seront différents dans les situations opérationnelles. Les données disponibles sont limitées, mais les résultats préliminaires d'un vaste programme de prévention de la TME au Botswana montrent une fréquentation relativement faible du CTV au cours des huit premiers mois de fonctionnement (Mazhani et al. 2000²⁰⁹). Ceci est dû à la crainte d'un résultat positif, à la rareté des lieux dans lesquels les partenaires peuvent recevoir le conseil et le test, à l'anxiété quant aux réactions des partenaires et à l'absence d'un traitement efficace à offrir aux femmes. Il ne faudrait pas considérer le projet comme un échec ; il démontre que les femmes sont capables de faire des choix concernant le test sans pression des conseillers. En outre, lorsque le programme se développera et que les avantages du CTV associé aux interventions de prévention de la TME (pour les mères comme pour les enfants) seront mieux connus et compris, on peut prévoir que la fréquentation augmentera.

En Thaïlande, le CTV associé aux interventions de prévention de la TME dans les consultations prénatales est systématiquement offert dans certaines provinces. Une étude portant sur 24 465 femmes en consultations prénatales dans 27 hôpitaux a montré que 99% d'entre elles acceptaient le CTV (Koetsawang et al., 2000²¹⁰).

La fréquentation du CTV dans d'autres situations opérationnelles varie considérablement, selon les sites pilotes de prévention de la TME gérés par l'UNICEF/ONUSIDA. Les différences dans les protocoles de test, dans le stade de l'épidémie, dans la séroprévalence dans la communauté et les attitudes par rapport au CTV

ainsi que la disponibilité de ces services dans la communauté sont probablement très importantes. Les attitudes des conseillers à l'égard du test pourraient aussi être un facteur essentiel de la fréquentation.

Tableau 9 : Fréquentation du CTV dans les sites opérationnels de prévention de la TME

Pays	Participant(e)s	# (%) conseillées # (%) conseillées (parmi les femmes en consultations prénatales)	# (%) testées (parmi celles ayant reçu un conseil avant le test)	% VIH+ (parmi les fem- mes testées)	# (%) de fem- mes revenues cher- cher leurs résultats
1. Ouganda*		1111	776 (70%)	105 (13,5%)	776 (100%)
2. Botswana** (Gaborone & Francistown)	8781	5078 (58%)	2325 (46%)	933 (40%)	
3. Rwanda* Kicukiro HC, Kigali	1122	1122 (100%)	781 (70%)	181 (23%)	624 (80%)
4. Côte d'Ivoire** (Yopongon, Abidjan)	4309	3756 (87%)	3452 (92%)	445 (13%)	2382 (69%)
5. Côte d'Ivoire (Projet Retro-CI Abidjan)	9652** 3942*		6976 (72%) 2710 (68,5)	925 (13%) 294 (10,9%)	422 (45,6%) 294 (100%) (résultats pour séro+ seul.) (résultats pour séro+ seul.)
6. Zimbabwe** (Highfield, Harare & autres sites à Harare)	3571	621 (17%)	470 (76%)	138 (29%)	
7. Afrique du Sud ** Projet pilote mère-enfant de Khayelitsha	6927		5459 (79%)	768 (14%)	
8. Thaïlande ** (27 sites)		24465	(99%)	1509 (6%)	1353 (89,6%) (résultats pour séro+ seul.)
9. Brésil**		(14-60%)	(40-70%)		(95%)

* Test simple/rapide, résultats obtenus en une heure

** ELISA - résultats obtenus lors de la consultation prénatale suivante

Source : Rapport intérimaire du projet UNICEF, mai 2000, et autres rapports sur la TME publiés/non publiés.

Les résultats provisoires du Projet pilote mère-enfant de Khayelitsha (financé par le Gouvernement de la Province du Cap-Ouest en Afrique du Sud) montrent un taux élevé d'acceptation du test VIH (Sixaxhe, 2000²¹¹).

Au Zimbabwe, on a proposé le CTV à 186 femmes en consultations prénatales à Chitungwisa dans le cadre de la prise en charge prénatale (Martin-Hetz et al., 2000²¹²). Bien que la plupart des femmes admettent les avantages multiples du CTV, la fréquentation a été faible, 23% seulement des femmes ayant accepté le CTV.

Des interventions de prévention de la TME ont récemment été introduites dans une consultation prénatale de Lusaka, dans le cadre de la prise en charge prénatale

régulière. Précédemment, une enquête réalisée parmi des femmes en consultations prénatales avait révélé que si le CTV était offert aux femmes avant la 28^e semaine, entre la 28^e et la 36^e semaine et après la 36^e semaine, 71%, 62% et 64% respectivement des femmes indiquaient qu'elles accepteraient de faire le test (Chibwasha et al., 2000²¹³). On ne sait si cette fréquentation théorique élevée deviendra réalité lorsque les services seront opérationnels.

Centres de CTV

Fréquentation

La fréquentation du CTV dans les communautés dépend de facteurs sociaux et de facteurs associés à la prestation du service. On trouve aussi parfois des différences importantes entre les taux théoriques et les taux réels de fréquentation. A Lusaka, par exemple, lorsque les étudiants ont été questionnés sur leur intérêt à faire le test VIH, le niveau d'intérêt a été extrêmement élevé. Lorsque le service a été introduit, le taux de fréquentation a été très faible. Néanmoins, avec le temps, on a noté une augmentation de la demande de CTV à Lusaka (Baggaley et al., 1997²¹⁴). Une autre étude en Zambie a examiné l'intérêt porté à l'utilisation des services de CTV offerts à 4812 participants provenant de zones rurales et urbaines. Alors qu'initialement 37% ont indiqué leur intérêt à utiliser ces services, 3,6% seulement se sont présentés au CTV (Rosensvard et al., 1998²¹⁵).

Proportion des personnes venant chercher leurs résultats (taux de retour)

L'étude multicentres de Nairobi et Dar Es-Salam a séparé les participants de façon aléatoire en deux groupes dont l'un participait au CTV et l'autre recevait une information sanitaire. Sur les personnes assignées au groupe CTV, 95% ont effectivement été testées ; 75% d'entre elles en République-Unie de Tanzanie et 85% au Kenya sont revenues chercher leurs résultats (Balmer et al., 1998²¹⁶). En République-Unie de Tanzanie, les personnes dont le test était positif ou qui étaient inscrites en couples avaient une probabilité plus faible de venir chercher leurs résultats. Malgré un accès à un nombre illimité de séances de conseil, la plupart des personnes ont choisi de ne participer qu'à deux séances, mais celles dont le test était positif ont suivi un plus grand nombre de séances de conseil.

En République centrafricaine, un pourcentage remarquablement élevé (98,5%) d'un échantillon de 2800 clients sont revenus chercher les résultats de leur test une semaine plus tard (Sehonou et al., 1999²¹⁷).

Conseil à l'intention des couples

Tester les deux membres d'un couple en même temps est un moyen très efficace de prévenir la transmission du VIH dans les couples sérodifférents. La mesure dans laquelle cette option a été considérée comme acceptable ou a été adoptée s'est révélée très variable. A Lusaka, où elle a été introduite dans le cadre des services de CTV, elle n'a pas été appréciée et les couples ont montré une grande réticence à être testés ensemble (Baggaley et al., 1997).

Tableau 10 : Participation au conseil en couple

#(%) couples invités	#(%) couples confirmés	#(%) couples fréquentant ensemble le conseil en groupe	#(%) couples ayant participé ensemble au conseil en couple	#(%) couples testés
1927	1310 (68%)	424 (22%)	301 (15.6%)	136 (7%)

Projet Kara de conseil à l'intention des couples

Au Rwanda, où le conseil en couple a été offert dans le cadre d'un projet de recherche portant sur les couples sérodifférents, cette option a été très prisée. *Aucun couple n'a refusé le test* et aucun n'a refusé d'autoriser les chercheurs à divulguer les résultats du test à un partenaire (King et al., 1993²¹⁸).

La différence étonnante dans la participation au conseil en couple dans ces deux projets est peut-être due à une différence d'approches des conseillers et à une différence dans les populations cibles. Toutefois, la participation aux services de CTV dans une communauté dépend de toute une série de facteurs, souvent indépendants de la volonté du service de CTV lui-même.

7.2 Types de test VIH : Test simple/rapide (S/R)/résultats en un jour

Lorsque les individus peuvent obtenir le résultat de leur test VIH en quelques heures, ils ont beaucoup plus de chances de prendre connaissance de ce résultat que s'ils doivent attendre une à deux semaines. Dans les sites de prévention de la TME de l'UNICEF/ONUSIDA, la proportion des femmes venant rechercher leur résultat est significativement plus élevée dans ceux qui utilisent les tests S/R que dans ceux qui ont recours au test ELISA (voir Tableau 9).

D'autres projets de prévention de la TME utilisant les S/R ou passant à ce système ont montré des taux élevés de participation :

- En Zambie, lorsque le test S/R a été offert dans le cadre d'un projet pilote dans les consultations prénatales, l'acceptation globale a été très élevée (81%) (Bhat et al., 1998²¹⁹). Dans les services de CTV de Lusaka, la proportion des personnes revenant chercher leur résultat a augmenté lorsque les tests S/R ont remplacé ELISA (Kayawe, 2000²²⁰).
- Au Rwanda, le dépistage rapide du VIH a été offert à toutes les femmes en consultations prénatales à l'hôpital central de Kigali. Sur 1223 femmes contrôlées pour le VIH, 68,7% sont revenues chercher le résultat de leur test VIH. Les femmes séronégatives avaient une probabilité plus grande de venir chercher leur résultat (71,3%) que les femmes séropositives (63,9%) (Ladner et al., 1996²²¹).
- Au Malawi, la fréquentation du CTV a été faible, mais a quadruplé lorsque le test S/R a été introduit (Msowoya et al., 2000²²²). En outre, 100% des clients ont reçu leurs résultats par rapport à 68% lorsque le test ELISA était utilisé.

- Au Kenya, le test S/R en un jour s'est aussi révélé acceptable, mais les questions de confidentialité restent une préoccupation (Arthur et al., 2000²²³).
- Au Guatemala, l'introduction du test S/R a considérablement augmenté la proportion des personnes venant chercher le résultat de leur test (Samayoa et al., 2000²²⁴).
- En Côte d'Ivoire, si le test S/R a augmenté la proportion des femmes recevant le résultat d'un test VIH au cours de la période prénatale (par rapport au test ELISA), on note globalement une très mauvaise observance des traitements antirétroviraux pour la prévention de la TME (Sibailly et al., 2000²²⁵). Ce phénomène souligne que, s'il est possible d'améliorer les taux de fréquentation du CTV en utilisant les tests S/R, cette amélioration ne se traduira pas nécessairement par des résultats positifs pour les mères et les enfants, si les femmes ne reçoivent pas un conseil approprié leur permettant de comprendre les avantages du test.

Encadré 15 : Obstacles à la fréquentation du CTV

La fréquentation des services de CTV varie considérablement selon les situations et les pays. Plusieurs facteurs sont susceptibles d'influer sur les taux de fréquentation ou de dissuader les gens d'accéder à ces services.

1. Méthode de notification/confidentialité

Les services de CTV appliquent différentes méthodes de notification des résultats du test VIH, ce qui peut influer sur la fréquentation de ces services, en particulier lorsque la population est préoccupée par les questions de confidentialité ou appartient à des groupes qui manquent déjà de soutien ou sont marginalisés. De nombreux services de CTV offrent un *service confidentiel* dans le cadre duquel l'individu et son (ou sa) conseiller(ère) examinent les résultats du test. Les résultats des tests peuvent être conservés au dispensaire ou il existe parfois une politique de notification des séropositifs à un centre de référence, avec indication de leur nom. On justifie cette notification nominale par l'importance qu'elle revêt pour la surveillance du VIH au sein de la communauté ou du pays. D'autres centres de CTV offrent un *service anonyme*, où il est possible de faire le test sans donner son nom.

Une étude réalisée aux Etats-Unis a examiné l'effet de la notification nominale sur la fréquentation des services de CTV dans les programmes financés par des fonds publics, qui testent environ 2,5 millions de personnes chaque année (Nakashima et al., 1998²²⁶). On craignait que l'introduction de la notification nominale aux fins de surveillance ne pousse certaines personnes à éviter le test. Mais aucun effet important n'a été observé dans la fréquentation des centres de dépistage après l'introduction de la notification nominale, bien que, dans certains Etats, il se soit produit une réduction non significative du nombre des tests parmi les Afro-américains et les CDI.

Cependant, d'autres études suggèrent que l'introduction du dépistage anonyme accroît le dépistage dans les populations à plus haut risque telles que les HSH et les CDI (Fehrs et al., 1988²²⁷, Hoxworth et al., 1994²²⁸, Hirano et al., 1994²²⁹). D'autres études aux Etats-Unis ont également indiqué que la fin des services anonymes a eu pour effet de réduire le dépistage parmi les populations vulnérables (Hertz-Picciotto et al., 1996²³⁰, Irwin et al., 1996²³¹).

----->

2. Stigmatisation/facteurs de société/actualité

La stigmatisation et la discrimination peuvent jouer un rôle important dans la fréquentation du CTV dans diverses communautés. Il a été avancé que l'engagement politique dans la prévention et la prise en charge du VIH a entraîné une diminution de la discrimination et donc un accroissement de la demande de CTV en Ouganda, par rapport aux pays voisins. Il a aussi été affirmé que, inversement, c'était l'importance du nombre des personnes testées qui était un facteur majeur permettant de promouvoir la normalisation et de réduire la stigmatisation et la discrimination liées au VIH.

On a démontré qu'une personnalité ou un membre estimé de la communauté qui annonce qu'il ou elle a fait un test permet de réduire la stigmatisation et d'améliorer la fréquentation des centres de dépistage. Par exemple, lorsque Magic Johnson a annoncé qu'il avait fait le test et qu'il était séropositif, on a observé aux Etats-Unis une augmentation significative du nombre de personnes demandant le CTV (CDC, 1993²³²).

3. Disponibilité du traitement et des ARV

Dans les pays où les ARV et d'autres interventions médicales efficaces (par exemple les interventions de prévention de la TME) sont offerts aux personnes vivant avec le VIH, ces dernières ont tout avantage à faire un diagnostic précoce du VIH. Cet état de fait a modifié l'attitude des agents de santé comme celle des personnes exposées au risque d'infection à VIH dans les pays industrialisés à l'égard du CTV qui a dès lors enregistré une plus grande fréquentation.

Dans les pays en développement, le manque de traitements antirétroviraux et de services de soutien médical et social à l'intention des personnes vivant avec le VIH est indiqué comme une des raisons du faible succès du CTV (Baggaley et al., 1995²³³).

4. Test simple/rapide (S/R)/dépistage en un jour

Un grand nombre d'études ont montré que lorsque les individus peuvent obtenir les résultats de leur test VIH en quelques heures grâce aux techniques simples/rapides, ils ont beaucoup plus de chances de recevoir leurs résultats que s'ils doivent attendre une à deux semaines. Les taux de fréquentation du CTV peuvent donc être améliorés en utilisant les tests S/R. Pourtant, avec ce type de test, il se peut que les gens n'aient pas assez de temps pour réfléchir et prendre une décision éclairée et volontaire concernant le test.

5. Mobilisation communautaire par l'information, l'éducation et la communication (IEC)

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

----->

6. Mauvaise qualité des services

Dans certains pays, les centres de CTV sont sous-utilisés car les services offerts sont insuffisants et ne répondent pas aux besoins des clients. Une étude réalisée en Inde a révélé que certains clients qui avaient été testés dans des hôpitaux ne connaissaient pas leur sérologie VIH et n'avaient jamais bénéficié d'un suivi (Abraham et al., 1998²³⁴). Les auteurs affirment que les services devraient correspondre aux besoins du groupe cible, y compris à ses besoins médicaux et émotionnels, si l'on souhaite maximiser la participation et l'implication des clients.

La mauvaise qualité des services de CTV a également été signalée comme un problème considérable par les auteurs d'une étude en Afrique du Sud (Viljoen et al., 1998²³⁵). Seuls 85% des personnes questionnées avaient donné leur consentement au dépistage et 48% seulement avaient reçu un conseil 'suffisant' avant le test. Les auteurs affirment que l'absence de changements de comportement après le CTV pourrait être attribuable à la mauvaise qualité du conseil qu'ils ont pu observer.

A Kinshasa (République démocratique du Congo), les conseillers ont noté que dans les dispensaires, le conseil avant le test était rarement dispensé. Par conséquent, les résultats sont rarement communiqués au client. Le personnel médical lui-même a souvent une attitude peu favorable au CTV et se montrait réticent à communiquer des résultats positifs aux clients (Denolf et al., 2000²³⁶),

8. Satisfaction des clients

Plusieurs études ont examiné le degré de satisfaction des clients après le CTV. Il est cependant difficile de définir des mesures objectives de la satisfaction. La plupart des études font état d'un degré élevé de satisfaction parmi les clients. Ceci est peut-être dû, dans une certaine mesure au fait que les clients ne veulent pas vexer les agents de santé ou qu'ils estiment que des critiques pourraient compromettre leur prise en charge dans l'avenir. Les études suivantes sont fondées sur des entretiens avec les clients suivant immédiatement une séance de conseil ou effectués dans le cadre d'une étude de suivi à plus long terme :

- Une étude au Myanmar (Kywe et al., 1996²³⁷, Thu, 1997²³⁸) a examiné l'acceptabilité des services de CTV. Des données ont été recueillies concernant le contenu des séances de conseil et la satisfaction des clients. Sur l'ensemble des personnes fréquentant le CTV, 90% se disaient «satisfaites des services de conseil reçus».
- En Zambie, sur 377 personnes ayant fréquenté le centre de CTV, 94% avaient abordé la sexualité à moindre risque avec les conseillers et 89% ont déclaré que ces discussions les avaient aidées à prendre des décisions. La majorité d'entre elles ont indiqué qu'elles avaient trouvé le conseil utile, car il les avait aidées à faire face à

la situation. Elles ont aussi mentionné le fait que les liens avec les services de soutien étaient importants (Kayawe et al., 1998²³⁹).

- Le Projet 'New Start' (Nouveau Départ) du Zimbabwe a évalué le degré de satisfaction des clients sur la base d'entretiens réalisés en fin de prestation et a trouvé que 80% d'entre eux en étaient satisfaits (PSI, 1999²⁴⁰).
- Dans l'essai multicentres, des entretiens ont été organisés pour un échantillon de 81 clients 6 mois après le test (Sangiwa et al., 2000²⁴¹). La plupart de ces personnes étaient satisfaites du service et avaient apprécié l'accueil agréable, le respect témoigné par les conseillers et le fait de bénéficier d'une certaine continuité, notamment d'avoir à faire avec le même conseiller avant et après le test. Ils ont également estimé que la confidentialité du service et le fait que les conseillers leur aient dit la vérité étaient des points importants. Les personnes dont le test était positif ont jugé important le suivi du soutien qui les aide à s'adapter à la vie avec le VIH et à se maintenir en bonne santé.
- A Budapest, Hongrie, une évaluation d'un centre de CTV anonyme a révélé que sur 2000 participants, 94% étaient satisfaits des services (Csepe et al., 1998²⁴²).
- A Abidjan, Côte d'Ivoire, des entretiens avec les conseillers ont indiqué que 99% des clients étaient satisfaits des services de CTV (Doumatey et al., 2000²⁴³).

Dans une étude réalisée par l'Association kényane de Conseillers Professionnels (KAPC), 100 séances de conseil ont été examinées au moyen d'entretiens de fin de prestation avec les clients, de questionnaires d'auto-évaluation remplis par les conseillers et de l'évaluation, par le supérieur hiérarchique, des enregistrements audio des séances. Les notations des trois groupes coïncidaient globalement et, dans l'ensemble, les séances ont été jugées de bonne qualité. Les conseillers avaient tendance à sous-estimer leur propre efficacité, alors que les notations des clients et des supérieurs hiérarchiques se correspondaient très étroitement. Ceci indique qu'il serait possible de contrôler la qualité du conseil à peu de frais et de manière efficace en se fondant sur des entretiens avec les clients à la sortie du conseil (Rachier et al., 2000²⁴⁴).

9. Le conseil sans le test et autres interventions comportementales

Dans de nombreux endroits, le conseil sur le VIH est offert sans le test. Cette option est moins coûteuse et ne demande pas d'infrastructure de laboratoire et de système de distribution des nécessaires d'épreuves, et elle permet potentiellement d'atteindre un grand nombre de personnes.

Dans une zone rurale de l'Ouganda, un service de conseil à assise communautaire a été créé afin d'offrir un conseil sur le VIH sans dépistage (Mugula et al., 1995²⁴⁵). La fréquentation a passé de 80 par mois en 1993 à 400 par mois en 1995. Le conseil portait sur la sexualité à moindre risque et des préservatifs étaient distribués par le projet. L'intérêt suscité par les préservatifs a également considérablement augmenté au cours de la période.

Dans d'autres situations où le conseil sur le VIH est offert sans dépistage, il peut arriver que les clients soient frustrés car, lorsqu'ils participent au conseil, ils souhaitent alors faire le test.

Une étude réalisée aux Etats-Unis a montré que le type de conseil dispensé était important pour la prévention du VIH. L'étude a comparé l'effet qu'avait eu un «conseil de courte durée et ciblé sur la motivation et le renforcement des capacités et sur la réduction du risque de VIH», avec celui du «conseil fondé sur l'éducation». Les auteurs ont découvert que 90 jours après le conseil, l'utilisation du préservatif était passée de 22% à 66% dans le premier type d'intervention (et de 27% à 43% dans le second (Kalichman et al., 1998²⁴⁶).

Autres interventions comportementales

Plusieurs études ont examiné l'efficacité des interventions comportementales sans test VIH pour réduire les comportements à risque. Trois études ont montré les effets bénéfiques de telles interventions (mesurés par la baisse de l'incidence des IST).

L'essai d'intervention comportementale le plus efficace qui ait été décrit a été réalisé parmi des femmes de minorités ethniques aux Etats-Unis (Shain et al., 1999²⁴⁷), au titre duquel 617 femmes atteintes d'IST ont été recrutées et sélectionnées aléatoirement pour participer soit à un conseil de groupe, à raison de trois séances hebdomadaires de trois à quatre heures, soit à un entretien sur la santé de quinze minutes avec une infirmière. Sur 12 mois, les IST parmi les femmes du premier groupe avaient diminué de 37% par rapport à celles observées chez le deuxième groupe.

Aux Etats-Unis, une étude contrôlée par comparaison a montré qu'un conseil en groupe de brève durée réduisait les comportements à risque et amenait une meilleure connaissance du VIH, l'intention plus affirmée d'adopter la sexualité à moindre risque et une baisse du nombre des IST notifiées parmi des femmes à faible revenu (Carey et al., 1998²⁴⁸).

Dans une étude réalisée aux Etats-Unis, 5758 personnes séronégatives fréquentant un dispensaire IST ont été séparées de manière aléatoire en trois groupes pour évaluer l'efficacité du conseil en matière de promotion de la sexualité à moindre risque (Kamb et al., 1998, Project RESPECT²⁴⁹). Le premier groupe a bénéficié d'un conseil approfondi 'renforcé', le deuxième, d'un conseil 'de brève durée' et le troisième d'un bref message didactique caractéristique de la prise en charge habituelle dans ce type de dispensaires. Dans les deux premiers groupes bénéficiaires du conseil, un plan personnalisé de réduction des risques a été examiné. Les participants ont été interviewés et examinés 6 mois et 12 mois plus tard. Les personnes des deux premiers groupes (conseil renforcé et conseil bref) ont montré une baisse de 30% des IST à six mois et de 20% des IST à 12 mois par rapport au groupe qui n'avait reçu qu'une information. L'utilisation des préservatifs notifiée a également été systématiquement plus élevée dans les groupes bénéficiaires du conseil. L'étude s'est déroulée dans cinq sites et les résultats ont été cohérents dans tous les sites.

Certaines études ont montré une augmentation de l'utilisation annoncée des préservatifs, mais aucune différence significative des taux d'IST :

Un essai parmi des clients à haut risque dans 37 dispensaires aux Etats-Unis a montré que les participants à un groupe restreint, suivant un programme de réduction des risques en sept séances montraient une tendance plus marquée à utiliser systématiquement des préservatifs au cours d'un suivi de 12 mois que le groupe contrôle. Il n'a cependant noté aucune différence significative dans les taux d'IST (NIMH, 1998²⁵⁰).

Dans un essai réalisé par un dispensaire IST à Londres, des HSH ont soit participé à un atelier de sept heures soit à une séance de 20 minutes avec un conseiller (Imrie et al., 1999²⁵¹). Les résultats ont montré que, s'il y avait une petite augmentation de l'utilisation des préservatifs, il n'y a eu aucune réduction des IST.

10. Le test sans conseil ou avec conseil minimum

Test à domicile/prélèvement à domicile

Plusieurs types d'auto-dépistage ont été mis au point permettant aux gens de faire eux-mêmes le test à domicile. Il existe aussi des trousse de prélèvement à domicile qui permettent aux usagers de recueillir leur propre échantillon (de sang ou de salive) à la maison et de l'envoyer à un centre de collecte qui l'analysera. Le client téléphone au centre une semaine plus tard pour obtenir le résultat de son test. S'il est négatif, le résultat est fourni au moyen d'un message enregistré. Si le résultat est positif, le client est 'conseillé' par téléphone et orienté vers un autre service de suivi si nécessaire. Bien que les tests à domicile améliorent l'accessibilité et l'acceptabilité du dépistage du

VIH, ils sembleraient présenter des avantages limités en matière de prévention du VIH et pourraient même conduire à des comportements indésirables (Mertens et al., 1994²⁵²).

Aux Etats-Unis, 174 316 personnes ont utilisé le dépistage à domicile au cours de la première année de son introduction et 97% des utilisateurs ont téléphoné pour obtenir le résultat de leur test. Le pourcentage de séropositifs a été de 0,95%. Ce taux est trois fois plus élevé que le taux estimé pour la population générale et il est analogue à celui relevé dans les centres de CTV des Etats-Unis. Un échantillon de 70 620 personnes séronégatives et de 865 personnes séropositives utilisant ce service a été examiné (Branson, 1998²⁵³). Sur l'ensemble des utilisateurs, 60% (et 49% des personnes dont le test était positif) n'avaient jamais fait de test auparavant. Parmi les personnes séropositives, 65% ont accepté d'être orientées vers un service de conseil, 23% ont déclaré avoir déjà eu une forme de suivi et 5% ont raccroché le téléphone immédiatement. S'il n'existe pas de données de suivi concernant les personnes qui utilisent ce service, on sait qu'il est utilisé par des personnes qui sont exposées au risque d'infection à VIH et par un grand nombre de personnes qui n'utilisent pas d'autres services de dépistage.

Bien que l'utilisation des trousse de prélèvement et de test à domicile présente certains avantages – intimité et test pour les personnes qui ne souhaitent pas fréquenter les sites de CTV – elle devrait s'entourer de précautions. Les utilisateurs doivent comprendre qu'il convient de faire un test de confirmation et doivent être conscients de la période sérologiquement muette. Des règlements doivent être mis en place pour assurer la qualité des trousse qui doivent comporter des instructions claires et doivent être d'usage facile.

Il est de plus préoccupant de savoir que les personnes qui utilisent les trousse de test à domicile ne reçoivent pas de conseil avant le test et n'ont pas accès à un suivi en matière de prise en charge et de soutien et que ces trousse pourraient donner lieu à des tests forcés.

De nombreux rapports font état de dépistage du VIH dans des institutions médicales sans conseil. Une étude effectuée à l'hôpital Kenyatta au Kenya a montré que 50% des personnes testées n'ont reçu aucun conseil avant ou après le test (Mwaura et al., 1998²⁵⁴). Une étude émanant de Russie indique que dans 80% des cas, le test VIH n'était accompagné d'aucun conseil avant ou après le test (Nikitina, 1998²⁵⁵).

Education/conseil par les pairs

Une étude utilisant des éducateurs pour les pairs afin de communiquer les méthodes de réduction des risques parmi des hommes gays a systématiquement entraîné une baisse des comportements à risque (les rapports anaux non protégés ont baissé de 15% à 29% par rapport aux niveaux de base) dans trois villes différentes (Kelly et al., 1992²⁵⁶).

11. Conclusion

Dans le présent aperçu des résultats du CTV, la majorité des études indiquent que le CTV est bénéfique. Toutefois, un grand nombre de ces études sont descriptives, ne comportent pas de groupes de contrôle et sont tributaires de données comportementales annoncées par les sujets (par exemple le nombre des partenaires sexuels ou l'utilisation du préservatif) et qui ne sont pas corroborées par des observations plus objectives. La plupart de ces études possèdent néanmoins des indicateurs préliminaires clairs concernant l'importance du CTV dans l'aide apportée aux individus pour qu'ils réduisent leurs comportements à risque, même si les pressions sociales et culturelles prennent parfois le dessus. On voit aussi que le CTV permet aux PVS d'accéder aux services nécessaires, de prendre des décisions concernant l'avenir et la planification familiale et de profiter des interventions susceptibles de prévenir les infections liées au VIH et la TME. Le CTV ne peut pas protéger les PVS du stress émotionnel inévitable qui accompagne la nouvelle d'un diagnostic positif, mais il peut les aider à comprendre, accepter et faire face. Les services de CTV peuvent aussi aider les personnes séronégatives à prévoir l'avenir et à accéder aux services de prévention du VIH qui les aidera à adopter et préserver des pratiques sexuelles et des pratiques d'injection sans danger. Il n'existe cependant que peu d'information permettant de déterminer si les changements de comportement parmi les personnes séropositives et séronégatives peuvent être conservés à long terme.

Les changements de comportement sexuel à la suite du CTV sont influencés par de nombreux facteurs, et il est plus facile de conseiller et de tester les deux partenaires simultanément. Les études qui montrent la réduction la plus systématique des comportements à risque sont celles qui portent sur des couples ayant participé ensemble au CTV.

Un petit nombre d'études font état d'effets négatifs suivant le CTV (violence, abandon et ruptures) et de nombreuses études avaient prévu ces difficultés. Cependant, dans la majorité des cas, ces effets ont été rares et sont susceptibles d'être atténués grâce au conseil, notamment en matière de divulgation.

La plupart des études les plus rigoureusement conçues et dotées d'objectifs plus mesurables (par exemple taux de séroconversion ou d'IST) émanent des pays industrialisés et ont été effectuées parmi des HSH et des CDI. Bien qu'un grand nombre de ces études montrent des réductions significatives des comportements à risque, leurs résultats ne sont pas toujours cohérents. D'autres facteurs de société et comportementaux sont peut-être importants pour déterminer les comportements en matière de sexualité et d'injection dans ces groupes et les résultats ne peuvent être élargis aux hétérosexuels dans les pays en développement.

Il est difficile de comparer des interventions de CTV car elles varient considérablement d'une étude à l'autre. Dans la plupart d'entre elles, le contenu et la durée des sessions de conseil avant et après le test ainsi que l'existence de services permanents de conseil et de soutien étaient insuffisamment décrits. Si plusieurs études montrent que le CTV est préférable à l'éducation pour la santé et que le conseil approfondi est supérieur à la distribution d'information, on ne sait pas quels sont les éléments du CTV qui sont essentiels pour induire des changements de comportement à long terme.

Le déni, la stigmatisation et le manque de franchise entourant le VIH sont reconnus comme constituant les principaux obstacles à la prévention et à la prise en charge du VIH dans un grand nombre des pays à forte prévalence. Si l'on pense qu'une amélioration de la disponibilité et de la fréquentation du CTV permettra de surmonter ces obstacles, aucune étude ne s'est penchée sur cette question qui devrait être examinée de toute urgence.

Même si le CTV permet à de nombreux individus de changer leurs comportements, ils ne sont pas tous en mesure de le faire et toutes les interventions de CTV ne sont pas parvenues au même degré d'incitation au changement de comportement dans diverses situations et dans toutes sortes de populations. Cependant on ne peut s'attendre à ce qu'une intervention unique (en particulier le dépistage du VIH comportant une période relativement courte de conseil avant et après le test) influe de manière durable sur le comportement complexe de tous les individus. Le CTV doit faire preuve de souplesse et exige parfois une adaptation spécifique à certains groupes de population. Il doit aussi faire partie d'un programme plus global qui fournit à long terme l'éducation et l'information sur la prévention du VIH, à commencer par l'éducation sur le VIH et la sexualité à l'intention des jeunes avant qu'ils ne deviennent sexuellement actifs, éducation qui sera renforcée lors de contacts ultérieurs avec les agents de santé. Des stratégies novatrices sont nécessaires pour atteindre les groupes marginalisés et les groupes qui ne sont pas régulièrement en contact avec le secteur de la santé.

Des questions importantes concernant la mise en œuvre effective du CTV demeurent sans réponse. Comment améliorer les services de CTV pour maximiser leur impact sur le comportement ? Les services de CTV peuvent-ils être rendus moins coûteux afin d'être plus largement mis en œuvre dans les pays en développement ? Quels sont les effets concrets à long terme du CTV ? Comment peut-on adapter les services de CTV afin qu'ils offrent une prise en charge et la prévention du VIH aux professionnel(le)s du sexe et à leurs clients et à d'autres groupes marginalisés ? Comment les services de CTV associés aux projets de prévention de la TME peuvent-ils intégrer les conjoints ou partenaires et cette intégration va-t-elle améliorer la fréquentation et influencer les comportements sexuels ? Une meilleure disponibilité du CTV encouragera-t-elle la normalisation et la réduction de la stigmatisation dans les communautés ? Toutes ces questions devraient être prises en considération lors de la conception des évaluations du CTV, notamment dans les pays en développement qui supportent la plus grande partie du fardeau du VIH.

Appendice

Etudes émanant des pays en développement

Côte d'Ivoire

Des services de CTV sont disponibles dans plusieurs centres d'Abidjan et, en association avec des interventions de prévention de la TME, dans des dispensaires prénataux.

Pour tenter d'évaluer l'effet du CTV sur le changement des comportements, 208 personnes séropositives ont été interrogées dans 7 centres différents de prise en charge du SIDA. Les connaissances de base concernant le VIH étaient bonnes (Doumatey et al., 1998²⁵⁷). Le comportement sexuel déclaré indiquait que de nombreuses personnes pratiquent la sexualité à moindre risque :

Depuis l'annonce de leur séropositivité :

- 42% utilisent toujours le préservatif
- 28% utilisent parfois le préservatif
- 26% pratiquent l'abstinence
- 50% s'estiment 'plus responsables sur le plan sexuel'
- 12% pensent qu'ils pourraient avoir infecté leur partenaire, même après le test
- 28% ont des partenaires qui *n'ont pas* été testés

Toutefois, il n'existe aucune donnée concernant le comportement avant le test, si bien que l'impact du CTV sur le comportement sexuel n'a pas pu être évalué de manière satisfaisante.

République démocratique du Congo (ex-Zaïre)

Des services de CTV limités étaient offerts aux femmes en consultations prénatales, mais ils ont été interrompus en raison des troubles politiques. (Voir les études à Kinshasa (Kamenga et al., 1991²⁵⁸ à la section 1.1 et Ryder et al., 1991²⁵⁹). Voir également l'étude portant sur les professionnelles du sexe (Laga et al., 1994²⁶⁰ à la section 1.1).

Ethiopie

Une étude portant sur des ouvriers d'usine à Addis Abeba décrit leur comportement sexuel avant le dépistage ainsi que leurs connaissances concernant la transmission du VIH. Le taux de séropositivité globale dans ce groupe était de 12%. Il n'existe encore aucune donnée sur les changements de comportement après le CTV (Sahlu et al., 1999²⁶¹).

Kenya

Des services de CTV sont disponibles dans plusieurs sites organisés par des ONG ou par le Gouvernement et en association avec des projets de prévention de la TME. Une étude indique que des femmes ont eu accès au CTV dans le cadre de la prise en charge prénatale. Les femmes dont le test était positif ainsi qu'un groupe contrôle de femmes non infectées ont été suivies pendant un an (Temmerman et al., 1990²⁶²). Chacune d'entre elles a bénéficié d'une séance de conseil après le test, au cours de laquelle le VIH, la planification familiale et le comportement sexuel ont été abordés. L'utilisation de la planification familiale, des préservatifs ainsi que les taux de grossesse ont été les mêmes dans les deux groupes. Les auteurs en ont conclu que cette séance de conseil unique était incapable dans cette situation d'influer sur les décisions relatives à l'utilisation du préservatif ou à la reproduction. Cependant, il est parfois difficile pour les femmes d'avoir une influence sur le comportement sexuel dans leur relation, étant donné que, dans la majorité des cas, leurs partenaires sexuels ne connaissent pas leur sérologie VIH. En outre, au Kenya comme ailleurs, les femmes ont souvent de la peine à discuter du VIH et du comportement sexuel et à insister sur l'utilisation du préservatif, en particulier avec leur partenaire régulier.

Rwanda

Voir les sections portant sur la l'incidence du VIH – section 1.1 et sur le conseil à l'intention des couples – 1.7 (Allen et al., 1992 ; 1993 ; Allen, Tice et al., 1992).

Voir la section portant sur la notification volontaire aux partenaires – section 1.6 (Ladner et al., 1995).

Ouganda

L'Ouganda dispose des services de CTV les mieux développés de l'Afrique subsaharienne. Depuis 1990, le CTV est offert au Centre d'information sur le SIDA (AIC) à Kampala, où plus de 380 000 personnes ont été testées (ONUSIDA, 2000²⁶³). D'autres centres de CTV ont ensuite été créés partout dans le pays (Magombe et al., 1998²⁶⁴). Actuellement, plus de 20 sites satellites sont opérationnels. L'Organisation ougandaise d'Aide aux Malades du SIDA (TASO) travaille en association étroite avec l'AIC et offre aux personnes vivant avec le VIH des services de conseil ainsi que toute une gamme de services de soutien.

Plusieurs études ont examiné l'efficacité des services de CTV et des services de soutien offerts par la TASO et l'AIC.

Une étude a comparé 250 personnes séropositives et 250 séronégatives fréquentant l'AIC à 200 clients qui avaient déjà eu un test négatif et se présentaient pour refaire le test (Muller et al., 1992²⁶⁵). La majorité des personnes qui venaient pour refaire le test déclaraient avoir un seul partenaire sexuel (67%) ou pratiquer l'abstinence sexuelle (25%). Par comparaison avec l'information donnée par les personnes se présentant à l'AIC pour la première fois, les personnes qui venaient pour la deuxième fois avaient une probabilité plus faible de déclarer des rapports sexuels occasionnels (6% contre 25%). Ces personnes utilisaient aussi davantage le préservatif avec des partenaires sexuels occasionnels. Sur 200 personnes qui venaient refaire le test, deux seulement (1%) étaient devenus séropositifs au VIH. Il convient de noter cependant que les personnes qui refont le test peuvent différer des personnes qui le font pour la première fois.

Une étude non contrôlée sur les changements de comportement déclarés à l'AIC a révélé d'importants changements dans le comportement sexuel après le CTV (Moore et al., 1993²⁶⁶). L'utilisation déclarée du préservatif a passé de 10% à 89% avec les partenaires réguliers et de 28% à 100% avec les partenaires non réguliers des clients séropositifs au VIH. Cette étude était fondée sur la notification du comportement sexuel au moyen d'un questionnaire récapitulatif.

Une étude quantitative et qualitative des services de conseil offerts par la TASO montre une bonne compréhension de la sexualité à moindre risque et un niveau élevé de pratiques sexuelles sans risque après le CTV (Kaleeba et al., 1997²⁶⁷ ; TASO, 1995²⁶⁸). Lorsque les personnes séropositives participant à l'évaluation de la TASO ont décrit leurs pratiques sexuelles du moment, 45% (56% des femmes et 28% des hommes) ont déclaré qu'ils pratiquaient l'abstinence et 33% (26% des femmes et 48% des hommes) ont déclaré utiliser des préservatifs. Parmi les personnes utilisant des préservatifs, 81,3% ont expliqué qu'ils avaient commencé à le faire après avoir rencontré les conseillers de la TASO. Parmi les utilisateurs déclarés du préservatif, 57% ont déclaré les utiliser systématiquement et 74% ont dit qu'ils les avaient utilisés lors de leur dernier rapport. L'utilisation déclarée du préservatif était plus élevée que celle notifiée dans la population générale, où 10% des personnes ont déclaré qu'elles avaient déjà utilisé des préservatifs (Konde-Lule & Sebina, 1993²⁶⁹). Pour l'évaluation la plus récente de la TASO, 12 120 dossiers de clients ayant fréquenté les centres entre 1997 et 1999 ont été examinés (Mukasa-Monico et al., 2000²⁷⁰). Après le CTV, l'utilisation du préservatif est passée de 23% à 41% parmi les femmes et de 20% à 49% parmi les hommes. D'autres augmentations ont été observées chez des personnes ayant bénéficié de séances supplémentaires de conseil après le test.

Le CTV dans les zones rurales de l'Ouganda a également été évalué. Une petite étude non contrôlée annonce une utilisation du préservatif de 50% parmi les personnes suivant le CTV (Kamaya, 1998²⁷¹).

Dans une cohorte d'une communauté rurale du district de Rakai, le CTV a été recommandé et offert gratuitement (Lutalo et al., 2000²⁷² ; Nyblade et al., 2000²⁷³). Les changements de comportement dans les 20 mois suivant le CTV ont été examinés dans quatre groupes : les personnes séropositives ayant bénéficié du CTV (N=370), les personnes séronégatives ayant bénéficié du CTV (N=2304), les personnes séropositives (N=562) et séronégatives (N=2860) n'ayant pas bénéficié de CTV. Pour tous les groupes aucune différence significative statistiquement n'a été observée entre les personnes ayant suivi le CTV et les autres dans *la plupart* des comportements à risque. Cependant, parmi les hommes et les femmes séropositifs qui avaient déclaré n'utiliser aucun préservatif lors de la première enquête, ceux qui avaient ensuite bénéficié d'un conseil étaient plus susceptibles d'utiliser des préservatifs après 20 mois que ceux qui n'avaient pas eu de CTV (23,5% contre 12,8% pour les hommes ; 15,5% contre 7,6% pour les femmes, soit $p=0,05$ dans les deux cas). En outre, l'utilisation du préservatif était plus élevée parmi les femmes séropositives ayant bénéficié du CTV que parmi les femmes séronégatives ayant également suivi le CTV (12,3% contre 8,3%). Parmi les hommes, l'utilisation du préservatif a été moyennement accrue (mais pas significativement différente) chez les séropositifs par rapport aux séronégatifs après le CTV (23,6% contre 19%). Cependant il serait peut-être plus utile de comparer séropositifs et séronégatifs avec des personnes ne connaissant pas leur statut sérologique, puisque le but du CTV est de promouvoir l'utilisation du préservatif pour tous les clients à moins que les personnes séronégatives n'aient une relation mutuellement fidèle avec une personne dont le test est également négatif.

Zambie

Des services de CTV sont disponibles en Zambie depuis 1992, lorsque le Kara Counselling and Trainig Trust Limited (Société de conseil et de formation) les a mis en place conjointement avec les services de soutien aux PVS. Plusieurs études du Kara Trust ont examiné le comportement sexuel, les conséquences émotionnelles et sociales ainsi que l'adaptation à la situation ayant suivi le dépistage. D'autres projets de conseil ont été élaborés en association avec des hôpitaux ou des programmes de soins à domicile (Jordan & Haworth, 1995²⁷⁴). En 1999, un service de CTV à l'échelle nationale a été créé et son introduction est en cours dans l'ensemble du pays (Rapport intérimaire du Ministère de la santé, 2000). Après le succès des projets pilotes du CTV associé aux interventions de prévention de la TME, ce service est actuellement lui aussi élargi (Voir Chibweshwa et al., dans la Section 7, Considérations opérationnelles).

Les études réalisées par le Kara Trust en Zambie ont démontré certains changements dans le comportement sexuel après le CTV (Kelly et al., 1994²⁷⁵ ; Baggaley et al., 1998^{276, 277}). La probabilité que les séropositifs comme les séronégatifs utilisent des préservatifs et réduisent le nombre de leurs partenaires occasionnels était plus élevée après le CTV, que lorsque ces personnes étaient interrogées avant le test. Cependant, dans d'autres études du Kara Trust, certaines femmes ont fait état de difficultés pour introduire des pratiques de sexualité à moindre risque en raison d'une mauvaise communication lors des rapports sexuels (Chanda et al., 1994²⁷⁸).

Voir aussi sous Incidence du VIH/séroconversion, à la Section 1.1 (Hira, 1990).

Zimbabwe

Les services de CTV au Zimbabwe ne sont largement disponibles que depuis peu de temps. Le marketing social du CTV par l'intermédiaire du projet «New Start» lancé en 1999, dispose aujourd'hui de neuf sites de CTV opérationnels, et d'autres sont prévus (PSI, 1999²⁷⁹ ; Moses et al., 2000²⁸⁰ ; Sangiwa et al., 2000²⁸¹). Une évaluation de ces sites est actuellement en cours. Ils ont été appréciés des célibataires comme des couples. A ce jour, 7000 personnes ont fréquenté ces sites, 10% d'entre elles étaient des couples. Il n'y a encore aucune donnée concernant les conséquences sociales et comportementales du dépistage. Les services de CTV de Bulawayo ont été examinés (Voir Meursing et al., 1993/1995/1999, à la Section 3.2 sur l'accès à une prise en charge émotionnelle/psychologique à long terme).

Essai multicentres : République-Unie de Tanzanie, Kenya, Trinité-et-Tobago

Les récents résultats présentés par l'essai multicentres CAPS/AIDSCAP/OMS/ONUSIDA sont encourageants (Coates et al., 1998²⁸², 1998²⁸³ ; Sangiwa et al., 1998²⁸⁴, 2000²⁸⁵ ; Kamenga et al., 2000²⁸⁶ ; Balmer et al., 2000²⁸⁷ ; Furlong et al., 2000²⁸⁸, Le Groupe d'études de l'efficacité du CTV, 2000²⁸⁹). Cette étude est le premier essai randomisé portant sur le conseil et le test VIH dans des pays en développement. Les participants ont été sélectionnés aléatoirement pour recevoir soit une information sanitaire soit le CTV. L'étude a été conçue pour comparer la prévalence des rapports sexuels non protégés notifiés spontanément après six mois de suivi des groupes. Des données sur les conséquences sociales et psychologiques de séances de CTV ont également été recueillies et une analyse du rapport coût-efficacité effectuée.

Les résultats de l'étude (N=3120, 1534 hommes et 1586 femmes) a montré que le pourcentage des *individus* notifiant des rapports sexuels non protégés avec des *partenaires secondaires* a considérablement baissé, dans une proportion plus importante pour les personnes ayant suivi le CTV que pour celles n'ayant reçu que l'éducation pour la santé (ES). (Hommes : réduction de 35% dans le groupe CTV et 13% dans le groupe ES; femmes : réduction de 39% dans le groupe CTV et 17% dans le groupe ES).

Des différences analogues ont été observées dans le nombre de rapports non protégés avec des partenaires non réguliers (hommes : réduction de 37% dans le groupe CTV et 12% dans le groupe ES; femmes : réduction de 42% dans le groupe CTV et 12 % dans le groupe ES). Parmi les personnes affectées au groupe CTV au début, les personnes diagnostiquées séropositives au VIH étaient plus susceptibles de changer de comportement sexuel que celles ayant eu un résultat négatif.

Le taux d'incidence des IST parmi les hommes affectés au groupe CTV était inférieur de 46% à celui des hommes affectés au groupe ES (3,5% contre 1,9% ; $p=0,1$), mais les taux parmi les femmes étaient presque les mêmes (6,2% et 5,6%). Les notifications spontanées de rapports sexuels non protégés entre le début de l'étude et le premier exercice de suivi étaient fortement associées avec les cas d'IST observés lors de la première séance de suivi.

Dans les *couples* (N=586), l'homme et la femme étaient négatifs dans 74% des cas, l'homme et la femme étaient positifs dans 9% des cas et 17% des couples étaient sérodifférents (H+ et F- dans 6% des cas et M- et F+ dans 11% des cas). Lors du premier suivi, les couples du groupe CTV et du groupe ES (dans lesquels

l'un des partenaires ou les deux étaient séropositifs) avaient significativement réduit le nombre des rapports non protégés avec le partenaire inscrit dans l'étude par rapport aux couples dans lesquels les deux partenaires étaient négatifs.

En outre, les couples CTV avaient une probabilité significativement plus élevée de rapporter une baisse des rapports non protégés avec leur conjoint(e) que les couples ES, mais il y a eu peu de changement du comportement sexuel avec des partenaires sexuels secondaires.

En conclusion, cette étude démontre l'efficacité du CTV pour prévenir la transmission du VIH dans les couples sérodifférents. Des recherches antérieures effectuées en Afrique et aux Etats-Unis suggèrent également que le CTV est plus efficace pour réduire le risque de VIH lorsque les deux partenaires participent ensemble au processus, se communiquent les résultats de leur test et formulent des plans de réduction des risques fondés sur les résultats de leur test VIH.

Inde

L'incidence et la prévalence du VIH sont en augmentation rapide en Inde. La principale voie de transmission a été par contacts hétérosexuels entre des professionnelles du sexe et leurs clients. Toutefois, on note une séroprévalence croissante parmi les femmes sans autre partenaire que leur mari et dont le seul facteur de risque est le contact sexuel avec le conjoint, lequel a également été atteint d'une IST. Dans le nord-est de l'Inde, le nombre des cas d'infection à VIH est en hausse en raison de la consommation de drogues injectables. On estime qu'à la fin de 1999, 4 millions de personnes vivaient avec le VIH en Inde.

L'Inde a commencé à offrir le CTV en 1987. En 1992, un programme de formation des conseillers avait été créé. Actuellement, il existe six centres régionaux de CTV. Cependant, certains médecins privés, qui n'offrent pas toujours un conseil et ne s'assurent pas du consentement éclairé des patients avant le test, effectuent une grande partie du dépistage du VIH. Des services de CTV anonymes sont également en cours de mise en place (Bhandari et al., 1998²⁹⁰). Les services offerts par les ONG sont appréciés et certains d'entre eux font état d'une augmentation de l'utilisation du préservatif après le CTV (Kalyanasundaram, 1998²⁹¹).

Une étude effectuée à Pune a examiné le rôle du CTV dans la prévention du VIH parmi les personnes dont le test est négatif (Bentley et al., 1998²⁹²). Les 1628 hommes hétérosexuels séronégatifs recrutés dans un dispensaire IST pour cette étude ont bénéficié de séances de CTV tous les trois mois pendant 24 mois. Le conseil était axé sur le renforcement des messages encourageant le partenaire unique, l'utilisation du préservatif avec les partenaires sexuels et la fourniture de préservatifs. Ce conseil à long terme a été positivement associé à des comportements de réduction des risques. Après six mois, les hommes avaient une probabilité 2,8 fois plus élevée – et à 24 mois 4,7 fois – d'utiliser systématiquement des préservatifs avec les professionnelles du sexe.

Thaïlande

En Thaïlande, les premiers cas de VIH ont été observés en 1984 et 1985 parmi des CDI. L'épidémie s'est rapidement étendue accompagnée par une séroprévalence croissante parmi les professionnelles du sexe, les hommes en consultations IST et les femmes en consultations prénatales. Dès 1993, on estimait que 600 000 à 800 000 personnes étaient infectées. La Croix-Rouge thaï a rapidement mis en place un réseau de centres de CTV. Des services semblables sont aussi largement répandus dans de nombreuses institutions gouvernementales (Guntamala et al., 1998²⁹³) et sont également offerts dans certaines provinces dans le cadre des interventions de prévention de la TME.

En 1993, des échantillons consécutifs de 250 clients séropositifs et séronégatifs ont été recrutés pour évaluer l'efficacité du CTV pour promouvoir les changements de comportement (Phanuphak et al., 1994²⁹⁴). A la suite du CTV, la plupart des clients ont exprimé leur intention de réduire leurs comportements à risque, en réaction à un test VIH positif ou négatif (plus fréquent chez les séropositifs). Cette étude repose sur une intention de réduire le comportement à risque et bien que les résultats soient encourageants, ils ne peuvent être vérifiés.

Une étude effectuée à Bangkok a comparé les comportements décrits spontanément par des personnes séropositives ayant bénéficié du CTV avec ceux d'un échantillon correspondant de personnes séropositives ne connaissant pas leur statut sérologique (Muller et al., 1995²⁹⁵). Parmi les personnes bénéficiaires du CTV, 84% ont déclaré avoir réduit le nombre de leurs partenaires sexuels depuis le conseil. Elles ont en outre déclaré un usage plus fréquent des préservatifs que celui observé chez les personnes séropositives ne connaissant pas leur statut VIH.

Myanmar

On estime à plus de 400 000 le nombre des infections à VIH au Myanmar. Des services de CTV ont été ajoutés aux 28 services de santé existant déjà dans les villes de l'ensemble du pays (Voir Kywe et al., 1996²⁹⁶ et Thu, 1997²⁹⁷ à la section 7, Considérations opérationnelles).

Amérique latine et Caraïbes

Des services de CTV ont été créés dans de nombreux pays d'Amérique latine et des Caraïbes. Au Chili, l'ONG FRENASIDA (Association chilienne pour la prévention du SIDA) dirige un centre de CTV en association avec les pouvoirs publics depuis 1991. La prévalence du VIH reste relativement faible (à Santiago, la séroprévalence estimée est de 25,6 pour 100 000 – Caceres et al., 1996²⁹⁸ ; ONUSIDA, 1999²⁹⁹). La fréquentation du centre semble assez peu élevée et les personnes ne viennent pas toujours chercher leurs résultats, mais parmi les personnes qui font le test, près de 70% déclarent avoir modifié leur comportement d'une manière ou d'une autre, notamment en augmentant l'utilisation du préservatif (Gonzalez et al., 1997³⁰⁰).

Actuellement au Brésil, tous les Etats, sauf deux, offrent des services de CTV confidentiels et gratuits. Des services de conseil existent depuis 1988, mais leur qualité et la fréquentation varient considérablement. Des stratégies visant à évaluer la mise en œuvre des activités de prévention du VIH par les sites de CTV ont été élaborées (Passarelli et al. 2000³⁰¹). En 1997, des visites ont été effectuées dans dix services de santé publique. Si les conseillers étaient en mesure d'offrir une prise en charge et un soutien aux PVS, il s'est avéré qu'ils ne parvenaient pas à aider les PVS à surmonter les difficultés rencontrées pour adopter des pratiques sexuelles à moindre risque (Filgueiras et al., 2000³⁰²).

On estime à 18 000 le nombre de personnes vivant avec le VIH en Jamaïque. Le programme communautaire extra-institutionnel de conseil (CCO) a été créé pour offrir un soutien psychologique aux personnes vivant avec le VIH.

Etudes émanant des pays industrialisés

Etudiants

Un essai contrôlé-randomisé comparant le CTV et l'éducation sur le VIH seulement a été réalisé parmi des étudiants (Wenger et al., 1992³⁰³). Questionnés lors de la séance de suivi à six mois, les étudiants du groupe CTV avaient intensifié la communication avec leurs partenaires sexuels à propos du risque d'infection à VIH. Cependant, le suivi n'a révélé aucune différence significative entre les groupes dans le nombre des partenaires sexuels ou l'utilisation du préservatif.

Patients en consultations IST

Le même groupe à Los Angeles a examiné l'effet du CTV par rapport à l'éducation sur le SIDA parmi des patients consécutifs dans une consultation IST (Wenger et al., 1991³⁰⁴). Lors du suivi, le nombre moyen de partenaires sexuels avait baissé, mais aucune différence significative n'est apparue entre les groupes. Pourtant, les participants au groupe CTV avaient posé davantage de questions sur le VIH à leurs partenaires sexuels les plus récents ($p=0,01$), «craignaient davantage de contracter le SIDA» ($p=0,03$) et avaient tendance à utiliser plus fréquemment les préservatifs avec leur partenaire sexuel le plus récent ($p=0,05$). Dans ce groupe, 40% utilisaient des préservatifs, évitaient les rapports génitaux ou savaient que leur partenaire sexuel avait un test négatif, contre 20% dans le groupe 'information' ($p=0,005$).

Femmes en consultations prénatales

Une étude réalisée parmi des femmes en consultation de planification familiale ou de gynécologie a révélé que le fait de procéder à un dépistage du VIH n'entraînait pas de changements significatifs dans l'utilisation du préservatif, dans la notification spontanée d'une IST ou le nombre de partenaires sexuels au cours des quatre mois suivant le test (Wilson et al., 1996³⁰⁵).

Une autre étude aux Etats-Unis a comparé les effets du CTV sur le comportement sexuel parmi des femmes fréquentant quatre dispensaires de soins de santé primaires (Icovic et al., 1994³⁰⁶). Des questions ont été posées à 152 femmes séronégatives et 78 femmes qui n'avaient jamais fait le test (assorties pour l'âge et l'origine ethnique) au sujet de leur comportement sexuel deux semaines puis trois mois après le CTV. Aucune différence significative ni aucune modification significative des comportements à risque n'ont été observés entre les groupes. Les auteurs suggèrent que les femmes qui se présentent au CTV ont peut-être déjà modifié leur comportement sexuel avant de procéder au test.

Sites de CTV

Une étude visant à évaluer les services de CTV anonyme et gratuit dans deux sites de Caroline du Nord a donné des résultats décevants (Landis et al., 1992³⁰⁷). Aucun changement significatif n'a été observé dans les comportements sexuels à risque lors du suivi.

Couples sérodifférents

Voir Section 1.1 (Padian et al., 1987) pp11-12.

Dans toutes ces études, la prévalence du VIH était relativement faible. Dans les études de Wenger et al., aucune personne dont le résultat était séropositif n'a participé aux groupes d'intervention. Dans l'étude d'Icovich et al., les femmes ont été recrutées dans des dispensaires du sud du Connecticut, où la morbidité ou la mortalité imputables au VIH est faible à l'extérieur des groupes à haut risque. Ceci signifie peut-être que si les femmes acceptent de faire un test, elles ne se considèrent toutefois pas comment étant particulièrement exposées au risque de VIH et estiment donc que des changements de comportement sexuel ne sont pas nécessaires. Ce détail illustre les difficultés que l'on rencontre en comparant des études dans les pays industrialisés à faible prévalence et dans les pays en développement où la prévalence est beaucoup plus élevée.

Etudes parmi les HSH

Comparaisons entre groupes avant et après l'introduction des tests de dépistage

Les premières études du comportement sexuel parmi les HSH ont commencé avant l'apparition des tests VIH, ce qui permet des comparaisons du comportement sexuel avant et après l'introduction du CTV.

Une étude aux Etats-Unis a suivi une cohorte d'hommes homosexuels de 1984, avant l'apparition des tests VIH, jusqu'à 1986, date à laquelle les tests avaient été introduits (Coates et al., 1987³⁰⁸). Les hommes qui connaissaient leur sérologie VIH étaient beaucoup moins susceptibles d'avoir des rapports non protégés (12% des séropositifs, 18% des séronégatifs et 27% des hommes non testés avaient des rapports sexuels non protégés). Cependant, tous les groupes avaient commencé de changer leur comportement avant l'introduction du test VIH. Tous admettaient des niveaux beaucoup plus élevés de rapports non protégés avant l'introduction du test VIH (48% de ceux qui finalement se sont révélés positifs, 49% de ceux qui n'ont pas fait le test et 41% de ceux qui finalement se sont révélés négatifs).

Une étude aux Pays-Bas a également montré que les HSH avaient commencé à modifier leur comportement sexuel avant l'introduction du CTV (van Griensven et al., 1989³⁰⁹). L'étude a également montré que les HSH séropositifs avaient une probabilité plus élevée d'utiliser des préservatifs au cours des rapports anaux (avec leurs partenaires réguliers comme avec les partenaires occasionnels) que les HSH séronégatifs ou non testés.

Etudes non concluantes

Plusieurs études suggèrent que, même si des baisses considérables des comportements sexuels à risque ont été observées avec le temps, elles n'ont pas pu être clairement associées au CTV.

Une étude canadienne a suivi une cohorte d'hommes homosexuels entre 1984 et 1987 (Schechter et al., 1988³¹⁰). Après le CTV, le nombre annuel de partenaires sexuels a chuté pour les hommes ayant eu un test positif comme pour ceux dont le test était négatif et l'on note une forte augmentation de l'utilisation du préservatif. Le nombre des hommes déclarant ne pas utiliser de préservatif lors de rapports anaux avec des partenaires réguliers était plus élevé chez les séronégatifs que chez les séropositifs (45,7% contre 23,4%), de même qu'avec des partenaires occasionnels (15,9% contre 1,5%). (Cette étude ne comporte cependant pas de groupe contrôle d'hommes non testés). Un petit groupe composé des hommes ayant le nombre le plus élevé de partenaires occasionnels s'est également révélé être le groupe ayant la probabilité la plus forte de ne pas utiliser de préservatifs avec ces partenaires. Si l'on note une réduction marquée des risques parmi les HSH connaissant leur sérologie VIH, quelques hommes ont continué de s'exposer à un risque extrêmement élevé.

Une étude à Chicago a montré que tous les HSH diminuaient leurs comportements sexuels à risque mais sans observer de différence significative entre les hommes connaissant leur sérologie VIH et ceux ne la connaissant pas (Ostrow et al., 1989³¹¹).

Une étude aux Etats-Unis a comparé des HSH connaissant leur sérologie VIH avec des hommes ayant été testés mais ne souhaitant pas connaître le résultat de leur test (Doll et al., 1990³¹²). Les deux groupes ont eu

accès à une information concernant la réduction des risques. On a noté dans les deux groupes une baisse importante des comportements sexuels à risque, mais cette baisse n'était liée ni à la connaissance de sa sérologie VIH, ni au statut sérologique réel.

Dans une étude longitudinale portant sur 139 HSH à Boston, tous les groupes (séropositifs, séronégatifs et non testés) ont présenté une réduction des comportements sexuels à risque, mais sans montrer de différence significative entre les groupes (Zapa et al., 1991³¹³).

Vingt-deux HSH séropositifs, 22 HSH séronégatifs et 12 hommes testés (mais ne souhaitant pas connaître leur sérologie VIH) ont participé à une enquête une semaine puis six mois après le test (Huggins et al., 1991³¹⁴). Les trois groupes ont modifié leur comportement sexuel, mais sans différence significative entre les groupes.

Une étude dans quatre villes du Royaume-Uni n'est pas non plus parvenue à mettre en évidence une baisse des comportements sexuels à risque après le CTV (Dawson et al., 1991³¹⁵).

Une étude dans 16 petites villes des Etats-Unis a eu des résultats mitigés (Roffman et al., 1995³¹⁶). Si les HSH qui avaient suivi le CTV déclaraient une utilisation plus fréquente des préservatifs et un plus grand nombre de rapports sexuels avec pénétration protégés que les HSH non testés, ils avaient également un nombre significativement plus élevé de partenaires sexuels. Par conséquent, dans l'ensemble, les HSH non testés et testés notifiaient un nombre analogue de rapports sexuels non protégés.

Baisse des comportements sexuels à risque associée au CTV

Plusieurs des premières études réalisées montrent néanmoins une baisse marquée des comportements à risque après le CTV, les hommes séropositifs faisant état de réductions plus importantes de ces comportements que les hommes séronégatifs ou ceux qui ne connaissaient pas leur sérologie VIH. Cela laisserait supposer que le fait de se savoir séropositif a eu un impact plus important sur les changements de comportement et que les hommes séronégatifs ont continué à s'exposer au risque d'infection.

Une étude à Baltimore, Etats-Unis, a offert le CTV à 1001 HSH (Fox et al., 1987³¹⁷). Sur ce nombre, 670 ont choisi de suivre le CTV et 311 ont refusé (les deux groupes possédaient les mêmes caractéristiques de base). Tous ont reçu un conseil concernant la sexualité à moindre risque. Dans tous les groupes, les pratiques sexuelles dangereuses ont baissé, mais l'annonce d'un résultat négatif a entraîné une baisse moins importante de ces activités sexuelles.

A Boston, des HSH dont le test s'est révélé positif avaient une probabilité plus grande d'avoir un comportement sexuel protecteur que les hommes séronégatifs ou non testés (McCusker et al., 1988³¹⁸).

Trois études de cohortes (Cohn et al., 1988³¹⁹ ; Zones et al., 1986³²⁰ ; McKusick et al., 1990³²¹) et trois études transversales ont également montré une association entre le CTV et la réduction des comportements sexuels à risque (Valdiserri et al., 1988³²² ; Frazer et al., 1988³²³ ; Ross, 1988³²⁴).

Néanmoins, des études à long terme ont montré que ces modifications initiales des comportements sexuels après le CTV sont parfois difficiles à entretenir. Une étude aux Etats-Unis a montré qu'après deux ans 47% des hommes avaient «rechuté» (n'avaient pas eu des pratiques à moindre risque) au moins une fois (Abid et al., 1991³²⁵).

Etudes parmi les CDI

Réduction des risques/pratiques d'injection sans danger

Changement significatif attribuable au CTV dans les pratiques d'injection

Certaines études ont montré une augmentation des pratiques d'injection sans danger après le CTV.

- Dans une étude portant sur 933 CDI fréquentant un centre de désintoxication à Milan (Nicolosi et al., 1991³²⁶), une intervention de prévention fondée sur le CTV a été liée à une réduction de l'utilisation commune des seringues et des pratiques d'injection dangereuses significative si on la compare au comportement à risque de CDI n'ayant pas participé à l'intervention. Ce dernier groupe n'avait pas modifié ses comportements à risque et les avait même légèrement augmentés malgré les campagnes générales d'information et d'éducation sanitaire sur le VIH.

- Dans une petite étude portant sur des CDI fréquentant un centre de désintoxication à Long Island, Etats-Unis, les séropositifs comme les séronégatifs avaient réduit leurs comportements à risque (Magura et al., 1990³²⁷). L'étude ne comprenait cependant pas de groupe contrôle non testé.
- Dans une étude à New York, des CDI séronégatifs participant à un programme de traitement à la méthadone avaient un risque moins grand d'utiliser des pratiques d'injection dangereuses que les CDI séronégatifs ou non testés (Magura et al., 1991³²⁸).
- Une étude dans 12 pays d'Europe a comparé des CDI séropositifs et séronégatifs à des CDI qui n'avaient pas bénéficié du CTV (Desenclos et al., 1993³²⁹). Les CDI séronégatifs notifiaient des taux plus élevés de pratiques d'injection sûres que les CDI non testés. Les CDI séropositifs prêtaient moins volontiers leur matériel d'injection à d'autres CDI que les CDI n'ayant pas bénéficié du CTV.
- Dans une étude portant sur 5644 participants à des programmes d'échange de seringues et fréquentant des centres de désintoxication en Californie, la fréquentation d'un centre de CTV s'est révélée être le facteur le plus étroitement lié à la non-utilisation commune des seringues (Watters et al., 1994³³⁰).
- Des études réalisées en Australie ont montré les avantages des programmes d'échange des seringues (PES), de la substitution à la méthadone et des services de CTV, qui ont abouti à de faibles taux de prévalence du VIH parmi les CDI en Australie. Il est cependant difficile d'attribuer ce succès à une intervention particulière (Drucker et al., 1998³³¹).
- Le CTV et les PES ont été considérablement élargis à New York. Le pourcentage de CDI utilisant les PES est passé de 20% à 54% et le pourcentage de ceux fréquentant le CTV de 51% à 81% entre 1990 et 1997 (Des Jarlais et al., 2000³³²). Une méta-analyse des études portant sur plus de 11 000 CDI de New York entre 1990 et 1997 a montré que la connaissance de sa sérologie VIH et la participation à un PES étaient liées à une baisse des comportements à risque. La fréquentation d'un PES et l'utilisation commune du matériel lors de la dernière injection sont corrélées à $R=0,64$ ($p<0,001$), alors que la connaissance de son statut sérologique et les rapports sexuels non protégés avec le partenaire sexuel principal sont corrélés à $R=0,35$ ($p<0,001$). Au cours de cette période, l'incidence du VIH est passée de 4,4 pour 100 années-personnes à 0,8 pour 100 années-personnes pour les personnes exposées au risque. Les auteurs concluent que les causes du processus de réduction de l'incidence du VIH parmi les CDI à New York sont multiples, mais qu'il est clair que l'augmentation de l'utilisation des PES et du CTV a été temporairement associée à une forte baisse de l'incidence du VIH.

Pas de changement significatif attribuable au CTV dans les pratiques d'injection

- Dans une étude à New York (associée à un programme de substitution à la méthadone), la plupart des personnes dont le test était séronégatif ou séropositif ont cessé de s'injecter des drogues. Celles qui ont continué ont davantage utilisé des pratiques d'injection sans danger, mais aucune différence significative n'a été relevée entre celles qui connaissaient leur statut sérologique et celles qui ne le connaissaient pas (Casadonte et al., 1990³³³).
- Une étude réalisée à Washington, Etats-Unis, a réparti de manière aléatoire 313 CDI à un programme d'éducation sur le VIH, un groupe d'éducation sur le VIH associé au CTV ou à une liste d'attente (Calsyn et al., 1992³³⁴). Une baisse des comportements à risque a été observée dans l'ensemble de l'échantillon, mais sans différence significative entre les groupes.
- Dans une étude à Porto Rico, le CTV a été offert à des CDI recrutés dans les rues où se vend la drogue (Conlon et al., 1996³³⁵). Sur les 374 participants, 88% ont accepté de faire le test et sont venus chercher leurs résultats ; 73,5% ont été suivis et interviewés six mois plus tard. Sur les 176 CDI dont le test était négatif au début de l'étude, 26% ont par la suite présenté un test positif. Aucune différence significative n'a été observée dans les comportements à risque des CDI séropositifs et séronégatifs.
- Une étude réalisée au centre du Massachusetts a offert le CTV à 4267 individus dans le cadre d'un programme multi-sites, comprenant des dispensaires communautaires, des programmes de traitement de la toxicomanie et des prisons. La moitié des personnes testées ont fait état de comportements à risque associés à la consommation de drogues injectables. Un échantillon de 207 CDI ont été suivis après le CTV (McCusker et al., 1996³³⁶). Parmi ceux qui ont continué de s'injecter des drogues, un pourcentage moins élevé a continué de fréquenter les lieux d'injection après le CTV, mais aucune autre modification importante du comportement n'a été observée.

- Dans une étude multi-centres aux Etats-Unis, 1174 CDI séronégatifs fréquentant des programmes de traitement de la toxicomanie ont été interrogés sur leurs pratiques d'injection à la suite du CTV (Sabin et al., 2000³³⁷). Le CTV n'a pas modifié le comportement à risque dans ces programmes.
- Dans une étude portant sur des CDI de sexe masculin fréquentant des centres de traitement de la toxicomanie au nord de la Thaïlande, aucune différence n'a été relevée dans les modifications des comportements à risque parmi ceux qui avaient déjà suivi le CTV et ceux qui n'y avaient pas participé (Kawichai et al., 2000³³⁸). Les auteurs ont conclu que les programmes de prévention du VIH, y compris le CTV, ont été largement utilisés en Thaïlande au cours des dix dernières années et ont permis de réduire l'incidence du VIH. C'est la tendance générale vers une baisse des comportements à risque parmi les Thaïlandais qui pourrait être la raison de l'absence de différence significative chez les CDI après le CTV.
- Une étude a examiné si le CTV augmentait la probabilité que les CDI suivent régulièrement un programme de traitement de la toxicomanie (MacGowan et al., 1996³³⁹). La connaissance de sa sérologie VIH n'a pas modifié le maintien dans le programme.

Comportement sexuel

Changements significatifs attribuables au CTV dans les pratiques sexuelles

La majorité des études montrent que les CDI diminuent les comportements sexuels à risque après le CTV.

- Dans une étude dans 12 pays européens, des CDI séropositifs ont fait état de taux plus élevés d'utilisation des préservatifs par rapport à des CDI séronégatifs ou non testés (Desenclos et al., 1993).
- Dans une étude à New York, des CDI séropositifs participant à un programme de substitution à la méthadone avaient une probabilité plus élevée d'utiliser des préservatifs que des CDI séronégatifs ou non testés (Magura et al., 1991).
- Une étude réalisée à Bangkok et à New York a montré que des CDI séropositifs étaient plus enclins à utiliser des préservatifs que les CDI séronégatifs ou non testés (Vanichseni et al., 1992³⁴⁰ ; 1993³⁴¹).
- Une étude à Porto Rico, effectuée après le CTV, a révélé que les CDI séropositifs étaient moins enclins à admettre une activité sexuelle et plus enclins à utiliser des préservatifs que les CDI séronégatifs ou non testés (Colon et al., 1996).
- Une étude à New York a montré que les CDI séronégatifs qui avaient suivi le CTV avaient une probabilité plus élevée d'utiliser systématiquement les préservatifs que les séronégatifs qui n'avaient pas suivi le CTV (Friedman et al., 1994³⁴²). Cependant, cette différence n'a pas été observée parmi les séropositifs qui avaient suivi le CTV lorsqu'on les a comparés au séropositifs ne connaissant pas leur statut sérologique. Les auteurs ont attribué cette similitude dans l'utilisation du préservatif entre les CDI séropositifs testés et non testés à des changements dans l'utilisation des préservatifs adoptés par les CDI qui pensent être infectés par le VIH et modifient leur comportement sexuel en fonction de cette supposition.

Ces résultats suggèrent que les interventions communautaires visant à offrir le CTV – et à dépister ainsi les CDI séropositifs, à les conseiller et à les aider à réduire le risque de transmission du VIH – constituent un moyen efficace de réduire la propagation du VIH des CDI à leurs partenaires sexuels.

Dans la plupart des études, les changements de comportement destinés à prévenir la transmission sexuelle du VIH sont plus marqués parmi ceux dont le test est positif que parmi les séronégatifs. Ceci suggère que les CDI séronégatifs continuent de s'exposer au risque de transmission sexuelle du VIH (notamment si leur partenaire sexuel est également un CDI). Il faut souligner l'importance du conseil concernant la prévention de la transmission sexuelle du VIH à l'intention des CDI dont le test est négatif.

Aucun changement significatif attribuable au CTV dans les comportements sexuels

Trois interventions de CTV à l'intention des CDI n'ont abouti à aucun changement significatif dans les comportements sexuels, susceptible d'être attribué directement au CTV (Nicolosi et al., 1991 ; McCusker et al., 1996 ; Calsyn et al., 1992).

Références

- 1 ONUSIDA (2000) *Savoir, c'est pouvoir : le conseil et le test VIH volontaires en Ouganda*. Genève, (ONUSIDA Etude de cas, Collection Meilleures pratiques, ONUSIDA/99.8F).
- 2 Hira S, Nkowane B (1990) Epidemiology of human immunodeficiency virus in families in Lusaka, Zambia. *Journal of AIDS*, 3:83-86.
- 3 Kamenga M et al. (1991) Evidence of marked sexual behaviour change associated with low HIV-1 seroconversion in 149 married couples with discordant HIV-1 serostatus: experience at an HIV counselling centre in Zaire. *AIDS*, 5:61-67.
- 4 Goedert J, Eyster M, Biggar R (1987) Heterosexual transmission of human immunodeficiency virus. *AIDS research and human retroviruses*, 4: 355-361.
- 5 Allen S et al. (1992) Effect of serotesting with counselling on condom use and seroconversion among HIV discordant couples in Africa. *British Medical Journal*, 304:1605-9.
- 6 Allen S et al. (1992) Confidential HIV testing and condom promotion in Africa: impact on HIV and gonorrhoea rates. *Journal of the American Medical Association*, 268 23:3338-3343.
- 7 Brookmeyer R et al. (1995) A new method for estimating current HIV incidence rates. *American Journal of Epidemiology*, 142:283-286.
- 8 Bentley M et al. (1998) HIV testing and counselling among men attending STD clinic in Pune, India: changes in condom use and sexual behaviour over time. *AIDS*, 12:1869-1877.
- 9 Padian N, Marquis L, Francis D (1987) Male-to-female transmission of HIV. *Journal of the American Medical Association*, 258:758-790.
- 10 Otten M et al. (1993) Changes in sexually transmitted disease rates after HIV testing and post-test counselling, Miami, 1988-1989. *American Journal of Public Health*, 83:529-533.
- 11 George N, Green J, Murphy S (1998) Sexually transmitted disease rates before and after HIV testing. *International Journal of Sexually Transmitted Diseases and AIDS*, 9:291-293.
- 12 Wellings K et al. (1994) *Sexual behaviour in Britain. The National Survey of Sexual Attitudes and Life Style*. London, Penguin Books.
- 13 Baggaley R et al. (1997) Knowledge and attitudes to HIV and AIDS and sexual practices among university students in Lusaka, Zambia, and London, England: are they so different? *Journal of the Royal Society of Health*, 117:88-94.
- 14 Macro International, Inc. (1996) DHS and Central Statistic Office, Ministry of Health Zambia Demographic and Health Survey 1996. Maryland, Etats-Unis.
- 15 Weinhardt L et al. (1999) Effect of HIV counselling and testing on sexual risk behaviour: a meta-analytic review of published research 1985-1997. *American Journal of Public Health*, 89:9 1397-1405.
- 16 ONUSIDA/OMS, Le Point sur l'épidémie de SIDA, décembre 1999, ONUSIDA/99.53f.WHO/CDS/CSR/EDC99.9 WHO/FCH/HSI/99.6).
- 17 ONUSIDA/OMS, Le Point sur l'épidémie de SIDA, décembre 1999, ONUSIDA/99.53f WHO/CDS/CSR/EDC99.9 WHO/FCH/HSI/99.6).
- 18 Connor E et al. (1994) Reduction of maternal-infant transmission of HIV type 1 with zidovudine treatment. *New England Journal of Medicine*, 331:18 1173-1180.

- 19 Allen S et al. (1993) Pregnancy and contraceptive use among urban Rwandan women after HIV counselling and testing. *American Journal of Public Health*, 83:705-710.
- 20 Kiragu E et al. (1990) Counselling of women with HIV infection: effect on contraceptive practice and pregnancy. Présenté à la *VIème Conférence internationale sur le SIDA*, San Francisco, Etats-Unis., Résumé TCO208.
- 21 Sunderland A, Moroso G, Berthaud M (1988) Influence of HIV infection on pregnancy decisions. Présenté à la *IVème Conférence internationale sur le SIDA*, Stockholm, Suède, Résumé 1068.
- 22 Selwyn P, Shoenbaum E, Davenny K (1989) Prospective study of HIV and pregnancy outcomes in intravenous drug users. *Journal of the American Medical Association*, 261:1 289-1 294.
- 23 Cowan J et al. (1990) Reproductive health choices of women at risk from HIV infection. Présenté à la *VIème Conférence internationale sur le SIDA*, San Francisco, Etats-Unis, Résumé WCP117.
- 24 Sunderland A et al. (1992) The impact of HIV serostatus on reproductive decisions of women *Obstetrics and Gynaecology*, 79:1027-1031.
- 25 Pivnick A et al. (1991) Reproductive decisions among HIV-infected drug using women: the importance of mother-child co-residence. *Medical Anthropology Quarterly*, 5:153-169.
- 26 Baggaley R, Kelly M, Mulongo W (1997) To tell or not to tell: sharing HIV results with sexual partners. Presented at the *5th SANASO conference*, Mbabane, Swaziland, oct. 1997, Résumé W322D.
- 27 Keogh P et al. (1994) The social impact of HIV infection on women in Kigali, Rwanda: a prospective study. *Social Science and Medicine*, 38:8 1047-53.
- 28 Meursing K, Sibindi F (1995) Condoms, family planning and living with HIV in Zimbabwe. *Reproductive Health Matters*, 5:56-62.
- 29 Meursing K, Sibindi F (1995) Living with HIV: help-seeking and preventive behaviour of seropositive people in Bulawayo, Zimbabwe, Résumé TuD 662.
- 30 Dube S et al. (2000) HIV counselling and testing of couples in Harare: problems and prospects. Présenté à la *XIIIème Conférence internationale sur le SIDA*, Durban, Afrique du Sud, Résumé D3773.
- 31 Badini D, Aprodec Y, Madina T (1998) What should a counsellor do if a volunteer refuses to share his/her HIV test result with his/her partner. Présenté à la *XIIème Conférence internationale sur le SIDA*, Genève, Suisse, Résumé 24325.
- 32 Miller R, Sabin C, Leask C (1998) To tell or not to tell: A review of HIV disclosure patterns at a London teaching hospital. Présenté à la *XIIème Conférence internationale sur le SIDA*, Genève, Suisse, Résumé 24329.
- 33 Huggins J et al. (1991) Affective behavioural responses of gay and bisexual men to HIV antibody testing. *Social Work*, 36:(1) 61-66.
- 34 Sixaxhe T (2000) Disclosure of HIV status among antenatal women in the Western Cape [MSc thesis] (soumis en vue de publication).
- 35 Mazhani L et al. (2000) Report of mid-term review of the prevention on MTCT programme of Botswana, MoH/UNICEF, Botswana.
- 36 Cartoux M et al. (1998) Acceptability of voluntary counselling and testing (VCT) and interventions to reduce mother-to-child transmission of HIV. Présenté à la *XIIème Conférence internationale sur le SIDA*, Genève, Suisse, Résumé 23310.
- 37 Temmerman M et al. (1995) The right not to know HIV-test results. *Lancet*, 345:696-697.

- 38 Ladner J et al. (1996) A cohort study of factors associated with failure to return for post-test counselling in pregnant women: Kigali, Rwanda 1992-1993. *AIDS*, 10:69-75.
- 39 Lester P et al. (1995) The consequences of a positive prenatal HIV antibody test for women. *Journal of AIDS and human retrovirology*, 10:(3) 341-349.
- 40 Baryarama F, Kalule J, Marum E (1998) New relationships and HIV discordance rates among couples requesting HIV counselling and testing in Uganda. Présenté à la *XII^{ème} Conférence internationale sur le SIDA*, Genève, Suisse, Résumé 23149.
- 41 Carpenter L et al. (1999) Rates of HIV-1 transmission within marriage in rural Uganda in relation to the HIV sero-status of the partners. *AIDS*, 13:10883-89.
- 42 Baggaley R (1997) Fear of knowing: why 9 in 10 couples refused HIV tests in Lusaka Zambia. Présenté à la *X^{ème} Conférence Internationale sur le SIDA et les MST*. Abidjan, Côte d'Ivoire, résumé E.1266.
- 43 ONUSIDA (2000) Savoir, c'est pouvoir : le conseil et le test VIH volontaires en Ouganda. Genève, (ONUSIDA Etude de cas, Collection Meilleures pratiques, ONUSIDA/99.8F).
- 44 Baryarama F, Kalule J, Marum E (1998) New relationships and HIV discordance rates among couples requesting HIV counselling and testing in Uganda. Présenté à la *XII^{ème} Conférence internationale sur le SIDA*, Genève, Suisse, Résumé 23149.
- 45 Carballo-Diequez A, Meyer-Bahlburg H, Ehrhardt A (1990) Persistent sexual risk behaviour among heterosexual IVDUs partners regardless of HIV antibody status. Présenté à la *VI^{ème} Conférence internationale sur le SIDA*, San Francisco, Etats-Unis.
- 46 Ubane L, Faleyimu B-L, Ajayi P (2000) HIV testing, positivity and marriage counselling in a religious set up of a Nigerian community. Présenté à la *XII^{ème} Conférence internationale sur le SIDA*, Durban, Afrique du Sud, Résumé D627.
- 47 Turyagyen Da J (2000) Planning for marriage and HIV counselling and testing in Uganda. Présenté à la *XIII^{ème} Conférence internationale sur le SIDA*, Durban, Afrique du Sud, Résumé D3736.
- 48 Machezano R, McFarland Bassett M (2000) Views and attitudes towards HIV voluntary counselling and testing among urban men: Harare, Zimbabwe Présenté à la *XIII^{ème} Conférence internationale sur le SIDA*, Durban, Afrique du Sud, Résumé D3768.
- 49 Dube S et al. (2000) HIV counselling and testing of couples in Harare: problems and prospects. Présenté à la *XIII^{ème} Conférence internationale sur le SIDA*, Durban, Afrique du Sud, Résumé D3773.
- 50 Karim Q et al. (1995) Reducing the stigma of HIV infection among South African sex workers: socio-economic and gender barriers. *American Journal of Public Health*, 85:11 1521-5.
- 51 Lester P et al. (1995) The consequences of a positive prenatal HIV antibody test for women. *Journal of AIDS and human retrovirology*, 10:3 341-349.
- 52 van der Straten A et al. (1995) Couple communication, sexual coercion and HIV risk reduction in Kigali, Rwanda. *AIDS* 9:8 935-44.
- 53 Sangiwa G et al. (2000) Client's perspective of the role of voluntary counselling and testing in HIV/AIDS prevention and care in Dar Es Salaam, the United Republic of Tanzania: The Voluntary counselling and testing efficacy study. *AIDS and behaviour* 4:1 35-48.
- 54 Chabala S (2000) The socio-economic realities that affect responses to HIV/AIDS in Kayama, Lusaka. Présenté à la *XIII^{ème} Conférence internationale sur le SIDA*, Durban, Afrique du Sud, Résumé D2617.
- 55 Higgins D et al. (1991) Evidence for the effects of HIV antibody counselling and testing on risk behaviours. *Journal of the American Medical Association*, 266:17 2419-29.
- 56 Wolitski R et al. (1997) The effects of HIV counselling and testing on risk-related practices and help-seeking behaviour. *AIDS Education and Prevention*, 9:52-67 (supplement B).

- 57 Weinhardt L et al. (1999) Effect of HIV counselling and testing on sexual risk behaviour: a meta-analytic review of published research 1985-1997. *American Journal of Public Health*, 89:9 1397-405.
- 58 Kelly et al. (1998) Protease inhibitor combination therapies and perceptions of gay men regarding AIDS severity and the need to maintain safer sex. *AIDS*, 12:F91-95.
- 59 Imrie et al. (1999) HIV prevention and homosexual men: should we be optimistic about the new millennium? *Sexually transmitted infection*, 75:369-376.
- 60 Laga M et al. (1994) Condom promotion, sexually transmitted disease treatment and declining incidence of HIV-1 infection in female Zairian sex workers. *Lancet*, 344:8917 246-8.
- 61 Pickering H et al. (1993) The effects of post-test counselling on condom use among prostitutes in the Gambia. *AIDS*, 7:271-273.
- 62 Morar N, Ramjee G (2000) Impact of voluntary counselling and testing among sexworkers. Présenté à la XIII^{ème} Conférence internationale sur le SIDA, Durban, Afrique du Sud, Résumé C1030.
- 63 Corby N et al. (1990) Effect of condom-skills training and HIV testing on AIDS prevention behaviours in sex workers. Présenté à la VI^{ème} Conférence internationale sur le SIDA, San Francisco, Etats-Unis.
- 64 Cohen J et al. (1998) Changes in risk behaviour for HIV infection and transmission in a prospective study of 240 sexually active women in San Francisco. Présenté à la IV^{ème} Conférence internationale sur le SIDA, Stockholm, Suède.
- 65 Cantillo C (1998) The role of peer counselling on HIV/AIDS education among prostituted women in Davao city. Présenté à la XII^{ème} Conférence internationale sur le SIDA, Genève, Suisse, Résumé 24326.
- 66 Plummer F, Moses S (1994) Elements of targeted interventions.
Wilson D (1994) Provisional rapid assessment guidelines for prostitute interventions in sub-Saharan Africa. Plummer F, Ngugi E, Moses S (1994) The Pumwani experience: Evolution of a partnership in disease control. In: *Focusing interventions among vulnerable groups for HIV infection: experiences from Eastern and Southern Africa*, NARESA (No.2).
- 67 Otten M et al. (1993) Changes in sexually transmitted disease rates after HIV testing and post test counselling, Miami 1988 to 1989. *American Journal of Public Health*, 83:529-533.
- 68 Wenger N et al. (1991) Reduction of high-risk sexual behaviour among heterosexuals undergoing HIV antibody testing: a randomized control trial. *American Journal of Public Health*, 81:12 1580-85.
- 69 MacDonald A et al. (1999) HIV prevalence at reception in Australian prisons 1991-1997. *Medical Journal of Australia*, 171:1 18-21.
- 70 Dolan K, Wodak A (1999) HIV transmission in a prison system in an Australian State. *Medical Journal of Australia* 171:1 14-17.
- 71 Wainstein C, Copie J, Rios E (1998) HIV counselling and testing for convicted people in Buenos Aires, Argentina. Présenté à la XII^{ème} Conférence internationale sur le SIDA, Genève, Suisse, Résumé 43415.
- 72 Wilson D et al. (1994) Ethnographic and quantitative research to design a community intervention among long-distance truck drivers in Zimbabwe. In: *Focusing interventions among vulnerable groups for HIV infection: Experiences from Eastern and Southern Africa Network of AIDS researchers of Eastern and Southern Africa*, NARESA (No.2).
- 73 Mwizarubi B, Mwaijonga C, Laukamm-Josten U (1994) HIV education and condom promotion for truck drivers, their assistants and sex partners in the United Republic of Tanzania. In: *Focusing interventions among vulnerable groups for HIV infection: Experiences from Eastern and Southern Africa Network of AIDS researchers of Eastern and Southern Africa*, NARESA (No.2).

- 74 Jackson D et al. (1997) Decreased incidence of sexually transmitted disease among trucking company workers in Kenya: results of a behavioural risk-reduction programme. *AIDS*, 7:271-73.
- 75 Bamne A (2000) Reaching out to high-risk behaviour target groups viz. truckers entering Mumbai, India, through innovative targeted intervention strategy and rendering clinical and counselling services. Présenté à la *XIII^{ème} Conférence internationale sur le SIDA*, Durban, Afrique du Sud, Résumé B1164.
- 76 Mvere D et al. (1996) Strong preference to "donate" among HIV-positive blood donors in Zimbabwe. *Lancet*, 347:902-3.
- 77 Chama D, Mkoma J, Mumba G (1993) The effect of donor recruitment policies in the provision of safe blood at UTH Lusaka. Présenté à la *VIII^{ème} Conférence internationale sur le SIDA et les MST en Afrique*, Marrakech, Maroc.
- 78 Cleary P et al. (1991) Behavioural changes after notification of HIV infection. *American Journal of Public Health*, 81:586-1590.
- 79 Brookman RR (1990) Adolescent sexual behavior. In: Holmes KK, Mardh PA, Sparling PF, et al. *Sexually Transmitted Diseases*. New York, McGraw-Hill, Inc. 77-84.
- 80 Weiss E, Whelan D, Gupta GR (1996) Vulnerability and opportunity. Adolescents and HIV/AIDS in the Developing World. *International Center for Research on Women (ICRW)*. Washington, D.C.
- 81 Munodawafa D, Gwede C (1996) Patterns of HIV/AIDS in Zimbabwe: implications for health education. *AIDS education and prevention*, 8:1:1-10.
- 82 Damesyn M et al. (1998) Locally sustainable administration of HIV counselling and testing to young couples in rural regions of Western Kenya. Présenté à la *XII^{ème} Conférence internationale sur le SIDA*, Genève, Suisse.
- 83 Baggaley R et al. (1997) Knowledge and attitudes to HIV and AIDS and sexual practices among university students in Lusaka, Zambia and London, England: are they so different? *Journal of the Royal Society of Health*, 117:88-94.
- 84 Kelly R et al. (1993) HIV prevention for adolescents in Rakai, Uganda. Présenté à la *IX^{ème} Conférence internationale sur le SIDA*, Berlin, Allemagne, Résumé PO-D02-3440.
- 85 Bohmer L, Kirumira E (1997) *Final Report: Access to reproductive health services participatory research with Ugandan adolescents*. Pacific Institute for Women's Health, Los Angeles, California, and The Child Health and Development Center, Makerere University, Kampala, Ouganda.
- 86 Baggaley R, Sulwe J (1998) Young people talk about HIV. Focus group discussions among young people in Lusaka, Mazabuka district, Southern Province and Mongu district, Eastern Province. *Final report UNICEF*. Lusaka, Zambia publications.
- 87 Nabwiso F et al. (1993) HIV counselling and testing (CT) in young Ugandans. Présenté à la *IX^{ème} Conférence internationale sur le SIDA*, Berlin, Allemagne, Résumé PO-C25-3215.
- 88 Kakooza A (1992) Attitudes of young people to counselling services and HIV screening and testing. Présenté à la *VIII^{ème} Conférence Internationale sur le SIDA*, Amsterdam, Pays-Bas. Résumé PoD 5325.
- 89 Gumisiriza E et al. (1996) Response of young people 15-19 to HIV counselling and testing in Uganda. *XI^{ème} Conférence internationale sur le SIDA*, Vancouver, Canada, Résumé Tu C333 XI.
- 90 Gomes M et al. (2000) Testing and counselling adolescents—Rio de Janeiro, Brazil. Présenté à la *XIII^{ème} Conférence internationale sur le SIDA*, Durban, Afrique du Sud, Résumé B5170.
- 91 Flutterman D, Guttmacher S, Rogers A (2000) Getting busy? Live with it. Get tested. Social marketing to promote HIV counselling and testing to youth: results from a six-city programme in the United States. Présenté à la *XIII^{ème} Conférence internationale sur le SIDA*, Durban, Afrique du Sud, Résumé B5390.

- 92 Ita M (1998) Counselling in reproductive health among young people in the Shitta community in Lagos State. Présenté à la *XII^{ème} Conférence internationale sur le SIDA*, Genève, Suisse, Résumé 60857.
- 93 Flutterman D, Hein K, Kipke M (1990) HIV positive adolescents: HIV testing experiences and changes in risk-related sexual and drug-use behaviour. Présenté à la *VI^{ème} Conférence internationale sur le SIDA*, San Francisco, Etats-Unis.
- 94 CDC (1998) Young people at risk. Epidemic shifts further towards young women and minorities, September.
- 95 Kaiser family foundation (1999) Hearing their voices. A qualitative research study on HIV testing and higher-risk teens. <http://www.kff.org>
- 96 Carpenter et al. (2000) (International AIDS society) Antiretroviral therapy in adults. *Journal of the American Medical Association*, 283:3 381-389.
- 97 Revsin N, Burgos M, Vilas A (1998) The importance of patient counselling and social support in anti-retroviral treatment effectiveness. Présenté à la *XII^{ème} Conférence internationale sur le SIDA*, Genève, Suisse, Résumé 12454.
- 98 Greene D, VanDevanter N, Merzel C (2000) Counselling approach to adherence. Présenté à la *XIII^{ème} Conférence internationale sur le SIDA*, Durban, Afrique du Sud, Résumé D4588.
- 99 Mwingwa A, Hosp M, Godfrey-Faussett P (1998) Twice weekly tuberculosis preventive therapy in HIV infection in Zambia. *AIDS*, 12:2447-57.
- 100 OMS/ONUSIDA (1998) Policy statement on preventive therapy against tuberculosis in people living with HIV, WHO/TB/98.255 UNAIDS/98.34 (anglais seulement).
- 101 Godfrey-Faussett P et al. (1995) An HIV testing centre as a recruitment site for tuberculosis preventive therapy in Africa. *Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine*, 89:351-54.
- 102 Aisu T et al. (1995) Preventive chemotherapy for HIV-associated tuberculosis in Uganda: an operational assessment at a voluntary counselling and testing centre. *AIDS*, 9:267-73.
- 103 Desormeaux J et al. (1996) Widespread HIV counselling and testing linked to a community-based tuberculosis programme in a high risk population. *Bulletin of PAHO*, 30:1 1-8.
- 104 Ayles H, Chikwampu D, Mwale A (2000) Household counselling for HIV and TB. Présenté à la *XIII^{ème} Conférence internationale sur le SIDA*, Durban, Afrique du Sud, Résumé D3780.
- 105 Phiri P et al. (2000) Introducing clinical services at a voluntary counselling and testing centre in Malawi as part of the pro-test initiative. Présenté à la *XIII^{ème} Conférence internationale sur le SIDA*, Durban, Afrique du Sud, Résumé B5283.
- 106 Anglaret X, Chene G, Attia A (1999) Early chemoprophylaxis with trimethoprim- sulphamethoxazole for HIV-1 infected adults in Abidjan, Côte d'Ivoire: a randomized controlled trial. *The Lancet*, 353:1463-1468.
- 107 Wiktor S et al. (1999) Efficacy of trimethoprim-sulphamethoxazole prophylaxis to decrease morbidity and mortality in HIV-1 infected patients with tuberculosis in Abidjan, Côte d'Ivoire: a randomized controlled trial. *The Lancet*, 353:1469-75.
- 108 Sassan-Morokro M et al. (1998) Significant reduction in mortality attributed to cotrimoxazole prophylaxis among HIV infected tuberculosis patients in Abidjan, Côte d'Ivoire. Présenté à la *XII^{ème} Conférence internationale sur le SIDA*, Genève, Suisse, Résumé 12461.
- 109 Pugh G, Narciso S (1998) Reproductive health counselling among PLHAs. Présenté à la *XII^{ème} Conférence internationale sur le SIDA*, Genève, Suisse, Résumé 60711.
- 110 Lutalo T, Kidugavu M, Mawwer M (2000) Contraceptive use and HIV testing and counselling in rural Rakai district, SW Uganda. Présenté à la *XIII^{ème} Conférence internationale sur le SIDA*, Durban, Afrique du Sud, Résumé C246.

- 111 Gousskov D (2000) Establishment of an informational and promotional network with a multidisciplinary approach to HIV/AIDS focusing on natural and complimentary therapies, social support and counselling for HIV+ diagnosed people in Ukraine: Tacis/LIEN project. Présenté à la *XIII^{ème} Conférence internationale sur le SIDA*, Durban, Afrique du Sud, Résumé E3927C246.
- 112 Vollmer N, Valadez J (1999) A psychological epidemiology of people seeking HIV/AIDS counselling in Kenya: an approach for improving counselling training. *AIDS*, 13:1557-67.
- 113 Buzducea D, Romica P, Carina J (2000) An attachment-based approach to counselling with clients affected by HIV/AIDS. Présenté à la *XIII^{ème} Conférence internationale sur le SIDA*, Durban, Afrique du Sud, Résumé D3741.
- 114 Hays R et al. (1990) Help-seeking for AIDS-related concerns: A comparison of gay men with various HIV diagnoses. *American Journal of Community Psychology*, 18:735-55.
- 115 Catania J et al. (1992) Coping with death anxiety: help-seeking and social support among gay men with various HIV diagnoses. *AIDS*, 6:999-1005.
- 116 Peterson J et al. (1995) Help-seeking for AIDS high-risk sexual behaviour among gay and bisexual African American men. *AIDS education Prevention*, 7:2 2271-273.
- 117 Solomon L et al. (1991) Utilization of health services in a cohort of intravenous drug users with known HIV-1 serostatus. *American Journal of Public Health*, 81:1285-90.
- 118 Kaldjian L, Jekel J, Friedland G (1998) End-of-life decisions in HIV-positive patients: the role of spiritual beliefs. *AIDS*, 12:103-107.
- 119 Sittitrai W, Williams G (1994) Candles of Hope: The AIDS programme of the Thai Red Cross. ActionAid London, United Kingdom (Strategies of Hope series No. 9).
- 120 Camara et al. (1991) Changes in Psycho-therapeutical approaches applied to hospitalized AIDS patients, Brazil. Présenté à la *VI^{ème} Conférence internationale sur le SIDA*, San Francisco, Etats-Unis, Résumé SB 399.
- 121 Magura S et al. Reactions of methadone patients to HIV antibody testing. *Advances in alcohol and substance abuse*, 1990, 8:97-111.
- 122 Carvalho-Neto LD et al. (1989) Effectiveness of preventive and educational aspects in a multidisciplinary study group with HIV infected patients family members group, Brazil. *Second International Symposium on AIDS Information and Education*, Cameroun, Résumé 2.4-5.
- 123 Mukisa ER et al. (1990) The impact of caring for AIDS and HIV infected people. *Conférence internationale sur le SIDA en Afrique*, Kinshasa, Résumé TPA 4.
- 124 Zulu R et al. (1990) How social aspects of counselling have brought relief and hope to HIV infected and AIDS patients in their homes in Lusaka, Zambia. *Conférence internationale sur le SIDA en Afrique*, Kinshasa, Résumé TPA 9.
- 125 Meursing K, Sibindi F (1995) Condoms, family planning and living with HIV in Zimbabwe. *Reproductive Health Matters*, 5:56-62.
- 126 Meursing K, Sibindi F (1995) Living with HIV: help-seeking and preventive behaviour of seropositive people in Bulawayo, Zimbabwe, Résumé TuD 662.
- 127 Meursing K (1997) *A world of silence. Living with HIV in Matabeleland, Zimbabwe*. Royal Tropical Institute, Pays-Bas.
- 128 Meursing K, Sibindi F (2000) HIV counselling—a luxury or essential need? Emotional, social and information needs of patients diagnosed HIV-positive in Zimbabwe. *Health policy and planning*, 15:1.7 3.23.

- 129 Lie G, Biswalo P (1996) Positive patient's choice of a significant other to be informed about the HIV-test result: findings from an HIV/AIDS counselling programme in the regional hospitals of Arusha and Kilimanjaro, the United Republic of Tanzania. *AIDS Care*, 8:3 285-296.
- 130 TASO Uganda, the inside story: Participatory evaluation of the HIV/AIDS counselling, medical and social services 1993-1994 (WHO/GPA/TCO/HCS/95.1) (anglais seulement).
- 131 Antoni M et al. (2000) Cognitive-behavioural stress management intervention effects on anxiety, 24-hr urinary norepinephrine output and T-cytotoxic/suppressor cells over time among symptomatic HIV-infected gay men. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68:1 31-45.
- 132 Molassiotis A et al. (2000) The effect of cognitive-behavioural group therapy and peer support/counselling in decreasing distress and improving quality of life in Chinese symptomatic HIV patients. Présenté à la XIII^{ème} Conférence internationale sur le SIDA, Durban, Afrique du Sud, Résumé D4681.
- 133 Holt R et al. (1998) The role of disclosure in coping with HIV infection. *AIDS Care*, 10:1 49-60.
- 134 Lie G & Biswalo P (1996) Positive patient's choice of a significant other to be informed about the HIV-test result: findings from an HIV/AIDS counselling programme in the regional hospitals of Arusha and Kilimanjaro, the United Republic of Tanzania. *AIDS Care*, 8:3 285-296.
- 135 TASO Uganda, the inside story: Participatory evaluation of the HIV/AIDS counselling, medical and social services 1993-1994 (WHO/GPA/TCO/HCS/95.1) (anglais seulement).
- 136 McGrath J et al. (1993) AIDS and the urban family: its impact in Kampala, Uganda. *AIDS Care*, 5:1 55-70.
- 137 Lester P et al. (1995) The consequences of a positive prenatal HIV antibody test for women. *Journal of AIDS and human retrovirology*, 10:3 341-349.
- 138 Miller R, Sabin C, Leask C (1998) To tell or not to tell: A review of HIV disclosure patterns at a London teaching hospital. Présenté à la XII^{ème} Conférence internationale sur le SIDA, Genève, Suisse, Résumé 24329.
- 139 Lippmann S, James W, Frierson R (1993) AIDS and the family: implications for counselling. *AIDS Care*, 5:1 71-79.
- 140 Pidlisna N, Lukyanova N (1998) Prevention of stresses in families of HIV infected patients. Présenté à la XII^{ème} Conférence internationale sur le SIDA, Genève, Suisse, Résumé 33266.
- 141 Srirak N, Wichajarn M, Cheewawat W (2000) Feasibility of family-based HIV post-test counselling in a Thai community cohort. Présenté à la XIII^{ème} Conférence internationale sur le SIDA, Durban, Afrique du Sud, Résumé D3747.
- 142 Baggaley R et al. (1998) Kara coping study - rapport intérimaire ONUSIDA/OMS.
- 143 Katongo E (2000) Voluntary counselling and testing of HIV in Mufulira, Zambia. Présenté à la XIII^{ème} Conférence internationale sur le SIDA, Durban, Afrique du Sud, Résumé D3738.
- 144 Terrence Higgins Trust Website: www.tht.org.uk.
- 145 Loi fédérale N 38-F3 du 30/03/95 (1995) Prévention de la transmission du VIH en Fédération de Russie. Approuvée par la Douma 24/02/95.
- 146 Sehonou J et al. (1999) Nongovernmental organization against AIDS in Africa: the Anonymous testing centre of Bangui for voluntary HIV counselling and testing in the Central African Republic. Présenté à la XI^{ème} Conférence internationale sur le SIDA et les MST en Afrique, Lusaka, Zambie, Résumé 14DT4-2.
- 147 Keogh P et al. (1994) The social impact of HIV infection on women in Kigali, Rwanda: a prospective study. *Social Science and Medicine*, 38:8 1047-53.

- 148 Williams G, Kalinaki D (1999) The Kitovu Hospital Mobile Programme: Home care and orphan support in Ugandan rural communities affected by HIV/AIDS (projet de rapport).
- 149 Hamavhwa C, Haworth A (1998) Critical realities of HIV/AIDS counselling in a developing country with high prevalence levels. Présenté à la *XII^{ème} Conférence internationale sur le SIDA*, Genève, Suisse, Résumé 33306.
- 150 Baggaley R et al. (1995) Skills Training for people with HIV (PWAs) in Lusaka, Zambia. *IX^{ème} Conférence internationale sur le SIDA et les MST en Afrique, Décembre 1995*.
- 151 Lukandwa J et al. (1998) Counselling services for mothers attending a mother-child research clinic in Mulango hospital. Présenté à la *XII^{ème} Conférence internationale sur le SIDA*, Genève, Suisse, Résumé 33308.
- 152 Krabbendam AA et al. (1998) The impact of counselling on HIV-infected women in Zimbabwe. *AIDS Care*, 10:1 S25-37.
- 153 Nanono Namatovu S, Matovu S, Sebikeje R (2000) Importance of counselling children/orphans. Présenté à la *XIII^{ème} Conférence internationale sur le SIDA*, Durban, Afrique du Sud, Résumé D2533.
- 154 Ndawa G et al. (1990) Effectiveness of psychosocial counselling of HIV infected clients in a referral clinic in Lusaka, Zambia. Présenté à la *V^{ème} Conférence internationale sur le SIDA en Afrique*, Kinshasa, Résumé TPA 14.
- 155 Ndawa G et al. (1990) Effectiveness of psychosocial counselling of HIV infected clients in a referral clinic in Lusaka, Zambia. Présenté à la *V^{ème} Conférence internationale sur le SIDA en Afrique*, Kinshasa, Résumé TPA 14.
- 156 Kaleeba N et al. (1997) Participatory evaluation of counselling, medical and social services of The AIDS Support Organization (TASO) in Uganda. *AIDS Care*, 9:1 13-26.
- 157 *TASO Uganda, the inside story: participatory evaluation of the HIV/AIDS counselling, medical and social services 1993-1994* (WHO/GPA/TCO/HCS/95.1) (anglais seulement).
- 158 Centres for Disease Control and Prevention (1998) Administration of zidovudine during late pregnancy to prevent perinatal HIV transmission – Thailand 1996-1998. *Morbidity and Mortality Weekly Record* 47:151-153.
- 159 Guay L et al. (1999) Intrapartum and neonatal single-dose nevirapine compared with zidovudine for prevention of mother-to-child transmission of HIV-1 in Kampala, Uganda: HIVNET 012 randomized trial. *Lancet*, 354:795-802.
- 160 Coutsooudis A et al. (1999) Influence of infant-feeding patterns on early mother-to-child transmission of HIV-1 in Durban, South Africa: a prospective cohort study. *Lancet*, 354:471-76.
- 161 Van de Perre P (1999) Breast-feeding transmission of HIV-1 how can it be prevented? *Journal of infectious disease*, 179:S405-409.
- 162 Chopra M, Schaay N, Piwoz (2000) What is the impact of an AZT programme on breastfeeding and infant care counselling and practices amongst health providers and HIV-infected women in Khayelitsha, South Africa. Présenté à la *XIII^{ème} Conférence internationale sur le SIDA*, Durban, Afrique du Sud, Résumé D203.
- 163 Kibuuka E, Lukandwa J, Matovu J (2000) The role of counselling in an antiretroviral drug trial study at Mulago hospital. Présenté à la *XIII^{ème} Conférence internationale sur le SIDA*, Durban, Afrique du Sud, Résumé D3763.
- 164 Matovu S, Ekideit H, Chimulwa T (2000) AIDS counselling as a strategy to prevent HIV vertical transmission. Présenté à la *XIII^{ème} Conférence internationale sur le SIDA*, Durban, Afrique du Sud, Résumé C5295.

- 165 Baggaley R, Sulwe J. (1998) Young people talk about HIV. UNICEF publications.
- 166 Marx R et al. (1998) HIV counselling and testing referrals given to high-risk negatives increase prevention service use. Présenté à la *XI^{ème} Conférence internationale sur le SIDA*, Genève, Suisse, Résumé 33273.
- 167 Lamboray JL (2000) VIH et réforme des soins de santé à Phayao : de la crise aux possibilités. Etude de cas, ONUSIDA, Collection Meilleures pratiques
- 168 ONUSIDA/OMS (1999) Technical consultation on notification and confidentiality and HIV/AIDS, Windhoek, Namibia. Meeting statement. (Procès verbal d'une consultation technique sur la notification et la confidentialité en matière de VIH/SIDA, Windhoek, Namibie)
- 169 ONUSIDA/OMS (2001) L'épidémie de VIH/SIDA: en parler ouvertement. Principes directeurs pour la divulgation à des fins bénéfiques, le conseil au partenaire dans le respect de l'éthique, et l'emploi approprié de la déclaration des cas d'infection à VIH.
- 170 De Cock K, Johnson A (1998) From exceptionalism to normalization: a reappraisal of attitudes and practice around HIV testing. *British Medical Journal*, 316 290-3.
- 171 Godfrey-Faussett P, Baggaley R (1998) Exceptionalism in HIV, challenges for Africa too. *British Medical Journal*, 316:1826-7.
- 172 Goma G & Waller MK (1999) Denial of the HIV/AIDS epidemic in urban Zambia: Rethinking our approach to counselling. Présenté à la *XI^{ème} Conférence internationale sur le SIDA et les MST en Afrique*, Lusaka, Zambie, Résumé no 15ET1-4.
- 173 Sweat M, Sangiwa G, Balmer D (1998) HIV counselling and testing in Tanzania and Kenya is cost effective: results for the voluntary counselling and testing study. Présenté à la *XII^{ème} Conférence internationale sur le SIDA*, Genève, Suisse, Résumé 33277.
- 174 Sweat M et al. (2000) Cost-effectiveness of voluntary HIV-1 counselling and testing in reducing sexual transmission of HIV-1 in the United Republic of Tanzania and Kenya. *Lancet* 356:113-21.
- 175 Gilson L, Mkanje R, Grosskurth H. Cost-effectiveness of improved treatment services for sexually transmitted diseases in preventing HIV-1 infection in Mwanza Region, the United Republic of Tanzania. *Lancet*, 1997, 350:1805-09.
- 176 Meda N, Gautier-Charpentier L, Soudre R (1999) Serological diagnosis of HIV in Burkina Faso through reliable, practical and less expensive strategies using commercial test kits. *Bulletin OMS* 77 731-39.
- 177 Dhiingra-Kumar N (1998) Cost-effective model for developing a blood donor counselling programme. Présenté à la *XII^{ème} Conférence internationale sur le SIDA*, Genève, Suisse, Résumé 33271.
- 178 Holtgrave D et al. (1993) HIV counselling, testing, referral and partner notification services. A cost-benefit analysis *Archives of Internal Medicine*, 153:1225-30.
- 179 Varghese B, Peterman T, Holtgrave D (1999) Cost-effectiveness of counselling and testing and partner notification: a decision analysis. *AIDS*, 14:1745-51.
- 180 Kamb ML et al. (1998) Cost of preventing HIV via counselling: results from a randomized trial (project RESPECT). Présenté à la *XII^{ème} Conférence internationale sur le SIDA*, Genève, Suisse, Résumé 33263.
- 181 Marseille E, Kahn J, Mmiro F (1999) Cost-effectiveness of single dose nevirapine regimen for mothers and babies to decrease vertical HIV-1 transmission in sub-Saharan Africa. *Lancet*, 354:803-809.
- 182 Mansergh G et al. (1996) Cost-effectiveness of short-course zidovudine to prevent perinatal HIV type 1 infection in a sub-Saharan African developing country setting. *Journal of the American Medical Association*, 276:2 139-145.
- 183 Mansergh G et al. (1998) Cost-effectiveness of zidovudine to prevent mother to child transmission of HIV infection in sub-Saharan Africa. *Journal of the American Medical Association*, 280:1 30-31.

- 184 Marseille E, Kahn J, Saba J (1998) Cost-effectiveness of antiretroviral drug therapy to reduce mother to child HIV transmission infection in sub-Saharan Africa. *AIDS*, 12:8 939-948.
- 185 Wilkinson D, Floyd K, Gilks C (1998) Antiretroviral drugs as a public health intervention for pregnant HIV- infected women in rural South Africa: an issue of cost-effectiveness and capacity. *AIDS*, 12:13 1675-82.
- 186 Gibb D et al. (1999) Costs and benefits to the mother of antenatal HIV testing: estimates from simulation modelling. *AIDS*, 13:1569-76.
- 187 Colebunders R, Ndumbe P (1993) Priorities for HIV testing in developing countries. *Lancet*, 342:601-602.
- 188 Temmerman M et al. (1995) The right not to know HIV-test results. *Lancet*, 345:696-697.
- 189 Keogh P et al. (1994) The social impact of HIV infection on women in Kigali, Rwanda: a prospective study. *Social Science and Medicine*, 38:8 1047-53.
- 190 van der Straten A et al. (1995) Couple communication, sexual coercion and HIV risk reduction in Kigali, Rwanda. *AIDS*, 9:8 935-44.
- 191 Maman S (1999) The intersection of HIV and violence: implications for HIV VCT in Dar es Salaam, the United Republic of Tanzania. Présenté à la *XIème Conférence internationale sur le SIDA et les MST en Afrique*, Lusaka, Zambie, Résumé 14DT2-2.
- 192 Maman S, Mbwambo J, Hogan M (2000) History of partner violence is common among women attending a voluntary counselling and testing clinic in Dar Es Salaam, the United Republic of Tanzania. Présenté à la *XIIIème Conférence internationale sur le SIDA*, Durban, Afrique du Sud, Résumé C308.
- 193 Gregorich S et al. (1998) Being tested for HIV does not increase the incidence of negative life events in three developing countries: Results from the voluntary HIV counselling and testing study. Présenté à la *XIIème Conférence internationale sur le SIDA*, Genève, Suisse, Poster 24328.
- 194 Kamenga M et al. (1991) Evidence of marked sexual behaviour change associated with low HIV-1 seroconversion in 149 married couples with discordant HIV-1 serostatus: experience at an HIV counselling centre in Zaire. *AIDS*, 5:61-67.
- 195 Baggaley R (1994) Compulsory HIV testing in religious orders. *AIDS Analysis Africa*, 5:10-11.
- 196 Lester P et al. (1995) The consequences of a positive prenatal HIV antibody test for women. *Journal of AIDS and human retrovirology*, 10:3 341-349.
- 197 Dautzenberg M et al. (1992) Coping behaviour of AIDS patients and caretakers in the United Republic of Tanzania. *Conférence internationale sur le SIDA*, Amsterdam, Pays-Bas, Résumé B224 VIII.
- 198 Ankrah M (1993) The impact of HIV/AIDS on the family and other significant relationships: the African clan revisited. *AIDS Care*, 5:5-22.
- 199 Lippman S, James W, Frierson R (1993) AIDS and the family: Implications for counselling. *AIDS Care*, 5:347-357.
- 200 Keogh P et al. (1994) The social impact of HIV infection on women in Kigali, Rwanda: a prospective study. *Social Science and Medicine*, 38:8 1047-53.
- 201 Sangiwa G et al. (2000) Client's perspective of the role of voluntary counselling and testing in HIV/AIDS prevention and care in Dar Es Salaam, the United Republic of Tanzania: the Voluntary counselling and testing efficacy study. *AIDS and behaviour*, 4:1 35-48.
- 202 Coates T, Morin S, McCusick L (1987) Behavioural consequences of AIDS antibody testing among gay men *Journal of the American Medical Association*, 258:1889.

- 203 Doll L et al. (1990) High-risk sexual behaviour and knowledge of HIV antibody status in the San Francisco city clinic cohort. *Health Psychology*, 9:3 253-65.
- 204 Magura S et al. (1990) Reactions of methadone patients to HIV antibody testing. *Advances in alcohol and substance abuse*, 8:97-111.
- 205 Cleary P et al. (1993) Depressive symptoms in blood donors notified of HIV infection. *American Journal of Public Health*, 83:4 534-539.
- 206 Branson B (1998) Experience with home collection kits in the USA. *Journal of the American Medical Association*, 280:19 1699.
- 207 Cartoux M et al. (1998) Acceptability of voluntary counselling and testing (VCT) and interventions to reduce mother-to-child transmission of HIV. Présenté à la *XII^{ème} Conférence internationale sur le SIDA*, Genève, Suisse, Résumé no. 23310.
- 208 Tavengwa N, Ali F, Piwoz E (2000) The impact of counselling on infant feeding in the context of HIV on mothers' feeding knowledge, decisions and skills: Preliminary results from the ZVITAMBO Project (Harare, Zimbabwe). Présenté à la *XIII^{ème} Conférence internationale sur le SIDA*, Durban, Afrique du Sud, Résumé D5801.
- 209 Mazhani L et al. (2000) Report of mid-term review of the prevention on MTCT programme of Botswana (MoH/UNICEF Botswana).
- 210 Koetsawang S, Stewart R, Hewvuttiphon J (2000) Evaluation of counselling services in context of the perinatal HIV prevention trial in Thailand. Présenté à la *XIII^{ème} Conférence internationale sur le SIDA*, Durban, Afrique du Sud, Résumé D1478.
- 211 Sixaxhe T (2000) Disclosure of HIV status among antenatal women in the Western Cape [Sciences médicales: thèse soumise en vue de publication].
- 212 Martin-Hetz S, Katzenstein D, Shetty A (2000) Predictors of acceptance of HIV testing and counselling by pregnant women in Zimbabwe. Présenté à la *XIII^{ème} Conférence internationale sur le SIDA*, Durban, Afrique du Sud, Résumé C5313.
- 213 Chibweshwa C et al. (2000) Acceptability of HIV counselling and testing – Lusaka Zambia. Présenté à la *XIII^{ème} Conférence internationale sur le SIDA*, Durban, Afrique du Sud, Résumé C5449.
- 214 Baggaley R et al. (1997) Knowledge and attitudes to HIV and AIDS and sexual practices among university students in Lusaka, Zambia and London, England: are they so different? *Journal of the Royal Society of Health*, 117:2 88-94.
- 215 Rosenvard K et al. (1998) Readiness for HIV counselling and testing in a country with extremely high HIV prevalence levels. Présenté à la *XII^{ème} Conférence internationale sur le SIDA*, Genève, Suisse, Résumé 33261.
- 216 Balmer D et al. (1998) Counselling strategies: They work! Results from the voluntary counselling and testing (VCT) study. Présenté à la *XII^{ème} Conférence internationale sur le SIDA*, Genève, Suisse, Résumé 24312.
- 217 Sehonou J et al. (1999) Nongovernmental organization against AIDS in Africa: the Anonymous testing centre of Bangui for voluntary HIV counselling and testing in the Central African Republic. Présenté à la *XI^{ème} Conférence internationale sur le SIDA et les MST en Afrique*, Lusaka, Zambie, Résumé 14DT4-2.
- 218 King R et al. (1993) Van de Perre Voluntary confidential HIV testing for couples in Kigali, Rwanda. *AIDS*, 7:10 1393-4.
- 219 Bhat G et al. (1998) Same-day HIV voluntary counselling and testing improves overall acceptability among prenatal women in Zambia. Présenté à la *XII^{ème} Conférence internationale sur le SIDA*, Genève, Suisse, Résumé 33283.

- 220 Kayawe I (2000) Kara counselling and testing service Lusaka, Zambia project report.
- 221 Ladner J et al. (1996) A cohort study of factors associated with failure to return for post-test counselling in pregnant women: Kigali, Rwanda 1992-1993. *AIDS*, 10:69-75.
- 222 Msowoya K, Marum E, Barnaba A (2000) Four-fold increase of voluntary HIV counselling and testing in Malawi with same day results counselling and confirmed, rapid finger-prick testing. Présenté à la *XIII^{ème} Conférence internationale sur le SIDA*, Durban, Afrique du Sud, Résumé LbPeA7012.
- 223 Arthur G, Mutemi R, Odhiambo J (2000) Voluntary counselling and testing: improved access for the poor through integrating same day services into primary health care clinics. Présenté à la *XIII^{ème} Conférence internationale sur le SIDA*, Durban, Afrique du Sud, Résumé C1028.
- 224 Samayoa B et al. (2000) Using a rapid test in counselling HIV test services in Guatemalan urban clinics. Présenté à la *XIII^{ème} Conférence internationale sur le SIDA*, Durban, Afrique du Sud, Résumé C4303.
- 225 Sibailly T et al. (2000) Impact of on-site HIV rapid testing with same day post-test counselling on acceptance of short-course zidovudine for the prevention of mother-to-child transmission of HIV in Abidjan Côte d'Ivoire. Présenté à la *XIII^{ème} Conférence internationale sur le SIDA*, Durban, Afrique du Sud, Résumé C549.
- 226 Nakashima A et al. (1998) Effect of HIV reporting by name on the use of publicly funded counselling and testing programmes. *Journal of the American Medical Association*, 280:16 1421-6.
- 227 Fehrs L, Fleming D, Foster L (1988) Trial of anonymous versus confidential HIV testing. *Lancet*, 2:379-382.
- 228 Hoxworth T et al. (1994) Anonymous HIV testing: does it attract clients who would not seek confidential testing? *Journal of AIDS public policy*, 9:182-189.
- 229 Hirano D et al. Englander S (1994) Hawkes H. Anonymous testing: the impact on demand in Arizona. *American Journal of Public Health*, 84:2 008-2010.
- 230 Hertz-Picciotto I, Lee L, Hoyo C (1996) HIV test-seeking before and after restriction of anonymous testing in North Carolina. *American Journal of Public Health*, 86:1446-1450.
- 231 Irwin K, Valdiserri R, Holmberg S (1996) The acceptability of voluntary HIV antibody testing in the United States; a decade of lessons learnt. *AIDS*, 10:1707-1717.
- 232 CDC (1993) Sexual risk behaviours of STD clinic patients before and after Earvin "Magic" Johnson's HIV-infection announcement. *Morbidity and Mortality Weekly Record*, 41:45-48.
- 233 Baggaley R et al. (1995) Barriers to HIV counselling and testing (VCT) in Chawama, Lusaka, Zambia. Présenté à la *IX^{ème} Conférence internationale sur le SIDA et les MST en Afrique*, décembre.
- 234 Abraham J, Subrahmanian C (1998) Barriers towards the implementation/utilization of HIV counselling services. Présenté à la *XII^{ème} Conférence internationale sur le SIDA*, Genève, Suisse, Résumé 24339.
- 235 Viljoen J et al. (1998) Inadequate pre- and post-test counselling for HIV in two South African hospitals. Présenté à la *XII^{ème} Conférence internationale sur le SIDA*, Genève, Suisse, Résumé 24340.
- 236 Denolf D, Nzila N, Tahiri M (2000) HIV testing without counselling and announcing the results. Présenté à la *XIII^{ème} Conférence internationale sur le SIDA*, Durban, Afrique du Sud, Résumé D3770.
- 237 Kywe B et al. (1996) Feasibility of documenting the contents of HIV counselling sessions on Myanmar. Presented at the *XI^{ème} Conférence internationale sur le SIDA*, Vancouver, Canada, Résumé D5103.
- 238 Thu M (1997) AIDS central counselling team, Infectious Diseases Hospital, Yangon, Myanmar Report on the Myanmar counselling feasibility study (données non publiées).

- 239 Kayawe I et al. (1998) Client's views on HIV counselling and testing – is it helpful? Présenté à la *XII^{ème} Conférence internationale sur le SIDA*, Genève, Suisse, Résumé 33265.
- 240 PSI (1999) New start VCT project background document.
- 241 Sangiwa G et al. (2000) Client's perspective of the role of voluntary counselling and testing in HIV/AIDS prevention and care in Dar Es Salaam, the United Republic of Tanzania: The Voluntary counselling and testing efficacy study. *AIDS and behaviour*, 4:1 35-48.
- 242 Csepe P, Simka J, Forrai (1998) Evaluation of anonymous HIV screening and counselling centre in Budapest, Hungary. Présenté à la *XII^{ème} Conférence internationale sur le SIDA*, Genève, Suisse, Résumé 42150.
- 243 Doumatey L, Traore R, Adoko Y (2000) HIV counselling and testing: The experience of Abidjan Côte d'Ivoire. Présenté à la *XIII^{ème} Conférence internationale sur le SIDA*, Durban, Afrique du Sud, Résumé D3764.
- 244 Rachier C, Arthur G, Doyle V (2000) HIV/AIDS prevention and care (HAPAC) project: counselling services: how can they be quality assured? Présenté à la *XIII^{ème} Conférence internationale sur le SIDA*, Durban, Afrique du Sud, Résumé D3751.
- 245 Mugula F et al. (1995) A community-based counselling service as a potential outlet for condom distribution. Présenté à la *IX^{ème} Conférence internationale sur le SIDA et les MST en Afrique*, Kampala, Résumé WeD 834.
- 246 Kalichman S et al. (1998) Motivational enhancing and skills building risk reduction counselling interventions for women. Présenté à la *XII^{ème} Conférence internationale sur le SIDA*, Genève, Suisse, Résumé 33272.
- 247 Shain et al. (1999) *New England Journal of Medicine*, 340:93-100.
- 248 Carey M et al. (1998) Reduced HIV risk among low-income women using motivational enhancement and behavioural skills training. Présenté à la *XII^{ème} Conférence internationale sur le SIDA*, Genève, Suisse, Résumé 33274.
- 249 Kamb M et al. (1997) Efficacy of risk reduction counselling to prevent human immunodeficiency virus and sexually transmitted diseases: a randomized, controlled trial. *Journal of the American Medical Association*, 277:254-258.
- 250 The National Institute of Mental Health (NIMH) Multisite HIV prevention trial group (1998). The NIMA multisite HIV prevention trial: reducing HIV sexual risk behaviour. *Science*, 280:1889-1894.
- 251 Imrie J, Stephenson J, Cowan F (1999) A randomized controlled trial of brief small-group behavioural intervention workshop for 'high risk' gay men using an STD clinic Presented at the *13th meeting of the International Society for Sexually Transmitted Disease Research*, Denver, Colorado, Etats-Unis.
- 252 Mertens T, Smith G, Van Praag E (1994) Home testing for HIV. *Lancet*, 343:1 293.
- 253 Branson B (1998) Experience with home collection kits in the USA. *Journal of the American Medical Association*, 280:19 1 699.
- 254 Mwaura J, Odhaiambo D, Maina N (1998) Pre- and post-test counselling in patients admitted to the Kenyatta National Hospital between May 1996 and July 1997. Présenté à la *XII^{ème} Conférence internationale sur le SIDA*, Genève, Suisse, Résumé 42455.
- 255 Nikitina M (1998) Training of health workers in pre- and post-test counselling for HIV tests. Présenté à la *XII^{ème} Conférence internationale sur le SIDA*, Genève, Suisse, Résumé 33319.
- 256 Kelly J et al. (1992) Community AIDS/HIV risk reduction: the effects of endorsements by popular people in three cities. *American Journal of Public Health*, 82:11 1483-11489.

- 257 Doumatey L et al. (1998) The impact of AIDS counselling in Africa: The experience of Abidjan Côte d'Ivoire. Présenté à la *XII^{ème} Conférence internationale sur le SIDA*, Genève, Suisse, Résumé 24346.
- 258 Kamenga M et al. (1991) Evidence of marked sexual behaviour change associated with low HIV-1 seroconversion in 149 married couples with discordant HIV-1 serostatus: experience at an HIV counselling centre in Zaire. *AIDS*, 5:61-67.
- 259 Ryder R, Batter V, Nsuami M (1991) Fertility rates in 238 HIV-1 seropositive women in Zaire followed for 3 years post-partum. *AIDS*, 5:1 521-27.
- 260 Laga M et al. (1994) Condom promotion, sexually transmitted disease treatment and declining incidence of HIV-1 infection in female Zairian sex workers. *Lancet*, 344:8917 246-8.
- 261 Sahlu T et al. (1999) Sexual behaviours, perception of risk of HIV infection, and factors associated with attending HIV post-test counselling in Ethiopia. *AIDS*, 13:10 1 263-1 272.
- 262 Temmerman M et al. (1990) Impact of single session post-partum counselling of HIV infected women on their subsequent reproductive behaviour. *AIDS Care*, 247-252.
- 263 ONUSIDA (2000) *Savoir, c'est pouvoir : le conseil et le test VIH volontaires en Ouganda*. Genève, (ONUSIDA Etude de cas, Collection Meilleures pratiques, ONUSIDA/99.8F).
- 264 Magombe J et al. (1998) Extension of HIV counselling and testing in rural sites: the Ugandan experience. Présenté à la *XII^{ème} Conférence internationale sur le SIDA*, Genève, Suisse, Résumé 13427.
- 265 Muller O et al. (1992) HIV prevalence, attitudes and behaviour in clients of a confidential HIV testing and counselling centre of Uganda. *AIDS*, 6:869-874.
- 266 Moore M et al. (1993) Impact of HIV counselling and testing in Uganda. Présenté à la *IX^{ème} Conférence internationale sur le SIDA*, Berlin, Allemagne, Résumé WS-C16-4.
- 267 Kaleeba N et al. (1997) Participatory evaluation of counselling, medical and social services of The AIDS Support Organization (TASO) in Uganda. *AIDS Care*, 9:1 13-26.
- 268 TASO Uganda, the inside story: participatory evaluation of the HIV/AIDS counselling, medical and social services (1993-1994) (WHO/GPA/TCO/HCS/95.1).
- 269 Konde-Lule J, Sebina A (1993) The impact of HIV in a rural Ugandan community. *East African Medical Journal*, 70:725-729.
- 270 Mukasa-Monico S, Bunnell R, Onyango H (2000) Impact of routine counselling on sexual behaviour of persons with HIV in Uganda. Présenté à la *XIII^{ème} Conférence internationale sur le SIDA*, Durban, Afrique du Sud, Résumé D4526.
- 271 Kamaya M (1998) HIV/AIDS counselling in Butego community of Masaka district from 1993-1998. Présenté à la *XII^{ème} Conférence internationale sur le SIDA*, Genève, Suisse, Résumé 13419.
- 272 Lutalo T, Kidugavu M, Mawwer M (2000) Contraceptive use and HIV testing and counselling in rural Rakai district, SW Uganda. Présenté à la *XIII^{ème} Conférence internationale sur le SIDA*, Durban, Afrique du Sud, Résumé C246.
- 273 Nyblade L, Menken J, Wawe M (2000) HIV risk-behaviour change subsequent to participation in voluntary counselling and testing. Présenté à la *XIII^{ème} Conférence internationale sur le SIDA*, Durban, Afrique du Sud, Résumé D4731.
- 274 Jordan I-B, Haworth A (1995) The contribution of counselling in hospital and home-based care in a small town and surrounding rural area in Zambia. *Tropical Doctor*, 25:21-24.
- 275 Kelly M, Baggaley R (1994) Voluntary HIV counselling in Lusaka, Zambia. Who comes, why and does it help? Présenté à la *X^{ème} Conférence internationale sur le SIDA*, Yokohama, Japon, Résumé 519B/D.

- 276 Baggaley R et al. (1998) HIV counselling and testing in Zambia: The Kara counselling experience (SAFAIDS 6(2) 1-9).
- 277 Baggaley R et al. (1998) Kara coping study - rapport intérimaire ONUSIDA/OMS.
- 278 Chanda C, Baggaley R (1994) Does counselling help to empower women to negotiate for safer sex? Présenté à la *X^{ème} Conférence internationale sur le SIDA*, Yokohama, Japon, Résumé 063D.
- 279 PSI (1999) New start VCT project background document.
- 280 Moses P, Sangiwa G, Ncube B (2000) New hope with "New Start": social marketing of voluntary counselling and testing for HIV prevention. Présenté à la *XIII^{ème} Conférence internationale sur le SIDA*, Durban, Afrique du Sud, Résumé D3789.
- 281 Sangiwa G, Moses P, Ncube B (2000) "New Start" voluntary counselling and testing for HIV prevention in Zimbabwe: Effectiveness in reaching target populations. Présenté à la *XIII^{ème} Conférence internationale sur le SIDA*, Durban, Afrique du Sud, Résumé D3789.
- 282 Coates T, et al. (1998) Serodiscordant married couples undergoing couple counselling and testing reduce risk behaviour with each other but not with extra-marital partners. Présenté à la *XII^{ème} Conférence internationale sur le SIDA*, Genève, Suisse, Résumé 33268.
- 283 Coates T, et al. (1998) HIV risk reduction in individuals receiving voluntary HIV+ counselling and testing in three developing countries and HIV risk reduction in couples receiving HIV counselling and testing in three developing countries.
- 284 Sangiwa G et al. (1998) Voluntary HIV counselling and testing (VCT) reduces risk behaviour in developing countries: results from the multi-site voluntary counselling and testing efficacy study. Présenté à la *XII^{ème} Conférence internationale sur le SIDA*, Genève, Suisse, Résumé 33269.
- 285 Sangiwa G et al. (2000) Client's perspective of the role of voluntary counselling and testing in HIV/AIDS prevention and care in Dar Es Salaam, the United Republic of Tanzania: The Voluntary counselling and testing efficacy study. *AIDS and behaviour*, 4:1 35-48.
- 286 Kamenga C et al. (2000) The voluntary HIV-1 counselling and testing efficacy study: Design and Methods. *AIDS and behaviour*, 4:1 5- 15.
- 287 Balmer D et al. (2000) Characteristics of individuals and couples seeking HIV-1 prevention services in Nairobi, Kenya: the voluntary HIV-1 counselling and testing efficacy study. *AIDS and behaviour*, 4:1 15-23.
- 288 Furlong C et al. (2000) HIV risk factors in a population-based probability sample of North and Central Trinidad: The voluntary HIV-1 counselling and testing efficacy study. *AIDS and behaviour*, 4:1 49-62.
- 289 Coates T, et al. The VCT efficacy study group (2000) Efficacy of voluntary HIV-1 counselling and testing in individuals and couples in Kenya, the United Republic of Tanzania and Trinidad: a randomized trial. *Lancet*, 356:103-12.
- 290 Bhandari K, Gilada I (1998) Success of comprehensive HIV counselling and testing and care clinics in India. Présenté à la *XII^{ème} Conférence internationale sur le SIDA*, Genève, Suisse, Résumé 12422.
- 291 Kalyanasundaram B (1998) Establishing counselling interventions within government STD clinics in Bangalore – an NGO's experience in the Indian context. Présenté à la *XII^{ème} Conférence internationale sur le SIDA*, Genève, Suisse, Résumé 33260.
- 292 Bentley M et al. (1998) HIV testing and counselling among men attending STD clinic in Pune, India: changes in condom use and sexual behaviour over time. *AIDS*, 12:1 869-1 877.
- 293 Guntamala L, Chaiyawan G, Yachompoo C (1998) Anonymous counselling and testing clinics for HIV/AIDS in Thailand. Présenté à la *XII^{ème} Conférence internationale sur le SIDA*, Genève, Suisse, Résumé 33290.

- 294 Phanuphak P et al. (1994) Knowledge attitudes and behaviour among HIV- positive and HIV-negative clients of a confidential HIV counselling and testing centre in Thailand. *AIDS*, 8:1 315-1 319.
- 295 Muller O et al. (1995) Sexual risk behaviour reduction associated with voluntary counselling and testing in HIV infected patients in Thailand. *AIDS Care*, 7:567-572.
- 296 Kywe B et al. (1996) Feasibility of documenting the contents of HIV counselling sessions on Myanmar. Présenté à la *XI^{ème} Conférence internationale sur le SIDA*, Vancouver, Canada, Résumé D5103.
- 297 Thu M (1997) AIDS central counselling team, Infectious Diseases Hospital, Yangoon, Myanmar Report on the Myanmar counselling feasibility study (données non publiées).
- 298 Caceres C, Hearst N (1996) HIV/AIDS in Latin America and the Caribbean: an update. *AIDS (suppl A)* S34-S40.
- 299 ONUSIDA/OMS, Le Point sur l'épidémie de SIDA, décembre 1999 (ONUSIDA/99.53f WHO/CDS/EDU/99.9 WHO/FCH/HIS/99.6).
- 300 Gonzalez M, Ministerio de Salud , Fergadiott A (1997) Centro de detección y consejería CONSIDA , Toro X., FRENASIDA, Santiago, Chile (document non publié).
- 301 Passarelli C, Munhoz R, Mirim I (2000) Counselling and testing centres in Brazil: from care to prevention. Présenté à la *XIII^{ème} Conférence internationale sur le SIDA*, Durban, Afrique du Sud, Résumé D4479.
- 302 Filgueiras S, Munhoz R, Passarelli C (2000) Counselling on STDs and AIDS services: an evaluation. Présenté à la *XIII^{ème} Conférence internationale sur le SIDA*, Durban, Afrique du Sud, Résumé D1479.
- 303 Wenger N et al. (1992) Effect of HIV antibody testing and AIDS education on communication about HIV risk and sexual behaviour. A randomised, controlled trial in college students. *Annals of internal medicine*, 117:11 905-11.)
- 304 Wenger N et al. (1991) Reduction of high-risk behaviour among heterosexuals undergoing HIV antibody testing: A randomized clinical trial. *American Journal of Public Health*, 81:1 580-1 585.
- 305 Wilson T et al. (1996) Testing for HIV and other sexually transmitted diseases: implications for risk behaviour in women. *Health Psychology*, 15:4 252-60.
- 306 Icovics J et al. (1994) Limited effects of HIV counselling and testing on women. *Journal of the American Medical Association*, 272:443-448.)
- 307 Lansis S, Earp J, Koch G (1992) Impact of HIV testing and counselling on subsequent sexual behaviour. *AIDS education and prevention*, 4:1 61-70.
- 308 Coates T, Morin S, McCusick L (1987) Behavioural consequences of AIDS antibody testing among gay men. *Journal of the American Medical Association*, 258.
- 309 van Griensven G et al. (1989) Effect of HIV antibody knowledge on high-risk sexual behaviour with steady and non-steady sexual partners among homosexual men. *American Journal of Epidemiology*, 129:3 596-603.)
- 310 Schechter M et al. (1989) Patterns of sexual behaviour and condom use in a cohort of homosexual men. *American Journal of Public Health*, 78:12 1 535-1 538.
- 311 Ostrow D, Joseph J, Kessler R (1989) Disclosure of HIV antibody status: behavioural and mental health correlates. *AIDS education and prevention*, 1:1-11
- 312 Doll L et al. (1990) High-risk sexual behaviour and knowledge of HIV antibody status in the San Francisco city clinic cohort. *Health Psychology*, 9:3 253-65.
- 313 Zapa J et al. (1991) HIV antibody test result knowledge, risk, perceptions and behaviour among homosexually active men. *Patient Education and Counselling*, 18:9-17.

- 314 Huggins J et al. (1991) Affective behavioural responses of gay and bisexual men to HIV antibody testing. *Social Work*, 36:1 61-6.
- 315 Dawson J et al. (1991) The HIV test and sexual behaviour in a sample of homosexually active men. *Social Science and Medicine*, 32:683-688
- 316 Roffman R et al. (1995) HIV antibody testing of gay men in smaller US cities. *AIDS Care*, 7:405-413.
- 317 Fox R et al. (1987) Effect of HIV antibody disclosure on subsequent sexual activity in homosexual men. *AIDS*, 1:4 241-6.
- 318 McCusker J et al. (1988) Effects of HIV antibody testing on knowledge on subsequent behaviours in a cohort of homosexually active men. *American Journal of Public Health*, 78:462-467.
- 319 Cohn D et al. (1988) Changes in HIV risk behaviour in a longitudinal cohort of homosexual and bisexual men. Présenté à la *IV^{ème} Conférence internationale sur le SIDA*, Stockholm, Suède.
- 320 Zones J, Beeson D, Echenberg D (1986) Personal and social consequences of AIDS antibody testing and notification in a cohort of homosexual and bisexual men. Présenté à la *II^{ème} Conférence internationale sur le SIDA*, Paris, France.
- 321 McKusick L. et al. (1990) Longitudinal predictors of reductions in unprotected anal intercourse among gay men in San Francisco: the AIDS behavioural research project. *American Journal of Public Health*, 80:978-983.
- 322 Valdiserri R, Lyter D, Leviton L (1988) Variables influencing condom use in a cohort of homosexual and bisexual men. *American Journal of Public Health*, 78:801-805.)
- 323 Frazer I et al. (1988) Influence of HIV antibody testing on sexual behaviour in a high risk population from a low-risk city *Medical Journal of Australia*, 149:365-368.
- 324 Ross M (1988) Relationship of combinations of AIDS counselling and testing and safer sex and condom use in homosexual men. *Community Health Studies*, 12:322-327.
- 325 Abid S et al. (1991) Relapse in sexual behaviour among homosexual men: a 2-year follow-up from Chicago MACS/CCS. *AIDS*, 5:757-760.
- 326 Nicolosi A et al. (1991) Positive modification of injecting behaviour among intravenous heroin users from Milan and Northern Italy 1987-89. *British Journal of Addiction*, 86:91-102.
- 327 Magura S, Shapiro J, Grossman J (1990) Reactions of methadone patients to HIV antibody testing. *Advances in alcohol and substance abuse*, 8:97-111.
- 328 Magura S, Siddiqi Q, Shapiro J (1991) Outcomes of AIDS prevention programme for methadone patients. *International Journal of Addiction*, 26:629-655.
- 329 Desenclos J, Papaevangelou G, Ancelle-Park R (1993) Knowledge of HIV serostatus and preventive behaviour among European injecting drug users. *AIDS*, 7:1371-1377.
- 330 Watters J et al. (1994) Syringe and needle exchange as HIV/AIDS prevention for injecting drug users. *Journal of the American Medical Association*, 271:115-120.
- 331 Drucker E et al. (1998) Measuring harm reduction: the effects of needle and syringe exchange programmes and methadone maintenance on the impact of HIV. *AIDS*, 12 A: S217-30.
- 332 Des Jarlais D, Perlis T, Friedman S. (2000) The roles of syringe exchange and HIV counselling and testing in the declining HIV epidemic among IDUs in New York City. Présenté à la *XIII^{ème} Conférence internationale sur le SIDA*, Durban, Afrique du Sud, Résumé D1124
- 333 Casadonte P et al. (1990) Psychological and behavioural impact among intravenous drug users of learning HIV test results. *International journal of addiction*, 25:409-426.

- 334 Calsyn D et al. (1992) Ineffectiveness of AIDS education and HIV antibody testing in reducing high-risk behaviours among injecting drug users. *American Journal of Public Health*, 82:573-575.
- 335 Conlon H et al. (1996) Behavioural effect of receiving HIV test results among injecting drug users in Puerto Rico. *AIDS*, 10:1163-1168.
- 336 McCusker J et al. (1996) Community wide HIV counselling and testing in central Massachusetts: who is retested and does their behaviour change? *Journal of Community Health*, 21:11-23.
- 337 Sabin K et al. (2000) Self-reported injection-related behavioural change among drug users after HIV counselling and testing in drug treatment centres 1994-1996. Présenté à la XIII^{ème} Conférence internationale sur le SIDA, Durban, Afrique du Sud, Résumé D5809.
- 338 Kawichai S et al. (2000) Impact of prior HIV counselling and testing on behaviour change among drug users in northern Thailand. Présenté à la XIII^{ème} Conférence internationale sur le SIDA, Durban, Afrique du Sud, Résumé C5383
- 339 MacGowan R et al. (1996) Retention in methadone treatment programmes, Connecticut and Massachusetts 1990-1993. *Journal of Psychoactive Drugs*, 28:259-265.
- 340 Vanichseni S et al. (1992) HIV testing and sexual behaviour among intravenous drug users, Bangkok, Thailand. *Journal of AIDS*, 5:1119-1123.
- 341 Vanichseni S et al. (1993) Condom use with primary partners among injecting drug users in Bangkok, Thailand and New York City, USA. *AIDS*, 7:887-891.
- 342 Friedman S, Jose B, Neaigus A (1994) Consistent condom use in relationships between seropositive injecting drug users and sexual partners who do not use drugs. *AIDS*, 8:375-361.
- 343 HIV/AIDS Surveillance Report. Year-End Edition. Vol. 2, No. 2, CDC 1998.

Le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA (ONUSIDA) est le principal ambassadeur de l'action mondiale contre le VIH/SIDA. Il unit dans un même effort les activités de lutte contre l'épidémie de sept organisations des Nations Unies : le Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF), le Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD), le Fonds des Nations Unies pour la Population (FNUAP), le Programme des Nations Unies pour le Contrôle international des Drogues (PNUCID), l'Organisation des Nations Unies pour l'Éducation, la Science et la Culture (UNESCO), l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et la Banque mondiale. L'Organisation internationale du Travail (OIT) vient de rejoindre l'ONUSIDA en tant que huitième Coparrainant.

L'ONUSIDA mobilise les actions contre l'épidémie de ses huit organismes coparrainants, tout en ajoutant à ces efforts des initiatives spéciales. Son but est de conduire et de soutenir l'élargissement de l'action internationale contre le VIH sur tous les fronts et dans tous les domaines — médical, social, économique, culturel et politique, santé publique et droits de la personne. L'ONUSIDA travaille avec un large éventail de partenaires — gouvernements et ONG, spécialistes/chercheurs et non spécialistes — en vue de l'échange des connaissances, des compétences et des meilleures pratiques à l'échelle mondiale.

Les approches de la prévention et de la prise en charge du VIH exigent souvent des individus une connaissance de leur sérologie VIH. L'importance du conseil et du test volontaires (CTV) à cet égard est reconnue et se reflète dans la promotion et le développement croissants des services de CTV que l'on observe depuis peu. Le CTV joue un rôle important dans la prévention du VIH, car il aide les individus à modifier leur comportement sexuel afin d'éviter, s'ils sont séropositifs, de transmettre le VIH à leurs partenaires sexuels ou de rester séronégatifs s'ils ne sont pas infectés. L'autre rôle primordial du CTV est de faciliter le recours précoce et adéquat des personnes positives ou négatives au VIH aux services tels que la prise en charge médicale, la planification familiale, le soutien psychologique et social, l'assistance juridique et le conseil en matière de vie positive. Le CTV est également crucial pour permettre aux femmes et à leurs familles de profiter des interventions visant à prévenir la transmission du VIH de la mère à l'enfant. Un accès accru au CTV peut en outre contribuer à combattre la stigmatisation, à promouvoir la sensibilisation et à soutenir les droits de la personne.

Cependant, la plupart des pays dans lesquels le VIH est le plus répandu sont aussi les plus pauvres. C'est pourquoi, en raison de la pénurie des ressources, les services de CTV ne sont encore souvent que peu répandus dans les pays à très forte prévalence. Pour donner aux services de CTV la priorité qu'ils méritent et pour trouver les ressources nécessaires à leur mise en place, il est essentiel de démontrer leur efficacité. Le présent document, s'appuyant sur des données en provenance des pays en développement ainsi que sur quelques exemples du monde industrialisé, examine les divers rôles dévolus au CTV, la gamme des résultats susceptibles d'être évalués ainsi que les difficultés associées à son évaluation, en particulier la complexité du processus de conseil et de test volontaires.



Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA

ONUSIDA

UNICEF • PNUD • FNUAP • PNUCID • OIT
UNESCO • OMS • BANQUE MONDIALE

Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA (ONUSIDA)

20 avenue Appia, 1211 Genève 27, Suisse

Tél. (+41 22) 791 46 51 – Fax (+41 22) 791 41 87

Courrier électronique: unaids@unaids.org – Internet: <http://www.unaids.org>