

Facteurs associés au partage du statut sérologique VIH positif dans la ville de Ouagadougou

Factors associated with sharing HIV-positive serostatus in the city of Ouagadougou

DIALLO I¹, OUEDRAOGO S², SAWADOGO A⁶, KABORE A², OUEDRAOGO A³, SAVADOGO M³, DAO A³, SONDO A³, ZOUNGRANA J⁴, DIENDERE EA⁵, PODA A⁴, DRABO YJ¹.

1. Hôpital de jour (Prise en charge VIH)/Service de Médecine Interne, Centre Hospitalier Universitaire Yalgado OUEDRAOGO, Ouagadougou, Burkina Faso.
2. Département de santé publique, Centre Hospitalier Universitaire Yalgado OUEDRAOGO, Ouagadougou, Burkina Faso.
3. Service de Maladies Infectieuses, Centre Hospitalier Universitaire Yalgado OUEDRAOGO, Ouagadougou, Burkina Faso.
4. Service de Maladies Infectieuses, Centre Hospitalier Universitaire Souro SANOU, Bobo-Dioulasso, Burkina Faso.
5. Service de Médecine Interne, Centre Hospitalier Universitaire de Bogodogo, Ouagadougou, Burkina Faso.
6. Service de Maladies Infectieuses, Centre Hospitalier Universitaire Régional de Ouahigouya.

Auteur correspondant : Ismaël Diallo, email : ismael.diallo@ujkz.bf, 06 BP 10531 Ouaga 06

Résumé

Objectif : En Afrique, comme au Burkina Faso, aborder le sujet de la sexualité reste toujours tabou même au sein du couple surtout en cas d'infection par le VIH. Notre étude avait pour but d'étudier les facteurs associés au partage du statut sérologique VIH positif dans trois structures de santé à Ouagadougou.

Patients et méthodes : Etude transversale à visée descriptive et analytique sur une période de trois mois, du 1^{er} avril au 30 juin 2019. Les données recueillies ont été saisies puis, analysées et traitées à l'aide du logiciel Epi Info.

Résultats : L'âge moyen des patients était de 43,3 ans \pm 10 ans [16 - 85 ans], le sex-ratio (H/F) de 0,2. A l'annonce de leur sérologie, 321 patients (77 %) avaient au moins un partenaire sexuel. Soixante-cinq patients (20,2 %) affirmaient n'avoir jamais partagé leur statut sérologique avec leur partenaire. Les facteurs associés au non-partage de la sérologie étaient : la connaissance du statut du partenaire ($p=0,000$), la situation matrimoniale ($p=0,000$) et l'impression d'un sentiment d'abandon après partage ($p=0,004$).

Conclusion : Sensibiliser pour un meilleur partage de l'information en cas de séropositivité d'un ou des partenaires, dépister et traiter tout patient infecté par le VIH permettraient sans doute la rupture de la chaîne de transmission. Par ailleurs, une étude à plus grand échelle contribuerait à identifier d'autres facteurs associés au partage du statut sérologique.

Mots clés : VIH, partenaires sexuels, partage, sérologie, Burkina Faso.

Abstract

Objective: In Africa, as in Burkina Faso, the subject of sexuality is still taboo, even within couples, especially in the case of HIV infection. The aim of our study was to investigate the factors associated with sharing HIV-positive serostatus in three health facilities in Ouagadougou.

Patients and Methods: Descriptive and analytical cross-sectional study over a three-month period, from 1 April to 30 June 2019. The data collected were entered on computer and then analyzed and processed using Epi Info software.

Results: The mean age of the patients was 43.3 \pm 10 years [16-85 years], with a sex ratio (M/F) of 0.2. When their HIV serology was announced, 321 patients (77%) had at least one sexual partner. Sixty-five patients (20.2%) said they had never shared their serostatus with their partner. Factors associated with not sharing HIV serostatus were knowledge of partner's status ($p=0.000$), marital status ($p=0.000$) and feeling abandoned after sharing ($p=0.004$).

Conclusion: Raising awareness for a better sharing of information in case of seropositivity of one or more partners, screening and treatment of any patient infected with HIV would undoubtedly allow breaking the chain of transmission. A larger-scale study would also help to identify other factors associated with sharing HIV serological status.

Key words: HIV, partners, sharing, serology, Burkina Faso.

Introduction

Selon les estimations de 2022 du programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA (ONUSIDA), il y avait 39 millions de personnes vivant avec le VIH dans le monde, dont 4,8 millions en Afrique de l'Ouest et en Afrique Centrale. Quant aux nouvelles infections, elles étaient estimées à 1,7 million de personnes dans la même région [1]. Au Burkina Faso la prévalence estimée de l'infection à VIH en 2018 était de 0,7 % chez les adultes âgés de 15 à 49 ans [2].

La sexualité a une part importante dans la propagation de la maladie. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) la transmission hétérosexuelle est en cause dans plus de 90 % des cas [3]. En Afrique subsaharienne, c'est le mode prédominant de transmission du VIH [4]. Le partage de l'information sur le statut sérologique avec le ou les partenaire(s) apparaît comme un aspect très important dans la lutte contre le VIH/SIDA. Ce partage permet de prendre des mesures de protection individuelle tout en améliorant l'observance au traitement antirétroviral (TARV) et l'accès aux appuis psychologiques, économiques et sociaux [5, 6]. En outre, lorsque les personnes infectées parlent ouvertement de leur statut, il en résulte une prise de conscience collective de la réalité de la maladie, qui est favorable à l'adoption de comportements préventifs au sein de la communauté [7]. Toutefois, l'infection par le VIH reste encore stigmatisante en Afrique subsaharienne grevant les effets positifs du partage d'information, et compromettant l'accès de certaines personnes au traitement jusqu'à un stade avancé de la maladie [8, 5].

Afin de réduire la prévalence du VIH/SIDA, la connaissance de son statut sérologique, le respect des moyens de prévention, demeurent parmi les moyens de lutte les plus efficaces. Dans ses objectifs 90-90-90, l'ONUSIDA prévoyait qu'à l'horizon 2020, que 90% des personnes vivant avec le VIH (PVVIH) connaissent leur statut sérologique. En effet, connaître son statut permet d'abord à la personne infectée d'accéder de façon précoce à un traitement approprié, à des soins et programmes de soutien et ensuite de réduire la propagation de l'épidémie. Dans cette optique et pour une prise en charge plus efficace l'on gagnerait à connaître et révéler son propre statut sérologique et avoir un comportement sexuel responsable [9].

Selon les données de la littérature, le taux de partage du statut sérologique avec le partenaire sexuel demeure faible. Kouanda et al au Burkina Faso rapportaient en 2012 dans une étude, un taux de 28% des patients mariés partageant leur sérologie avec leur partenaire [10].

Au Burkina Faso, peu d'études ont concerné les facteurs déterminants du partage de la sérologie VIH avec le ou les partenaire(s) sexuel(s). L'objectif de notre travail était d'étudier les facteurs associés au partage du statut sérologique VIH positif dans la ville de Ouagadougou.

Patients et méthodes

L'étude s'est déroulée dans trois (03) structures de santé de Ouagadougou : le Centre Hospitalier Universitaire Yalgado OUEDRAOGO (CHU-YO), le Centre Hospitalier Universitaire de Bogodogo (CHU-B), et l'Hôpital de District de Boulmiougou (HDB). Ces trois structures de santé concentrent plus de la moitié des patients suivi dans les structures publiques de la ville de Ouagadougou. Etude transversale à visée descriptive et analytique, elle s'est déroulée sur une période de trois (03) mois du 1^{er} avril 2019 au 30 juin 2019. La population source était constituée de tous les patients consultant à l'hôpital de jour du CHU-YO ou au service de consultation externe du CHU-B et à l'HDB. Ont été inclus dans l'étude, les patients ayant une sérologie rétrovirale positive au VIH-1 et/ou VIH-2 il y a au moins 3 mois, âgé de plus de quinze ans, et ayant donné un consentement éclairé, le parent biologique de premier degré ou le tuteur légale pour les patients de moins de 18 ans. Nous avons réalisé un échantillonnage accidentel. La taille de l'échantillon a été estimée selon la formule de Schwartz. Elle était de 341 patients. Les données ont été recueillies à l'aide d'une fiche de collecte établie à cet effet. Pour les informations concernant les examens immuno-virologiques, la source de données était le dossier médical du patient. Les patients ont été rencontrés aux heures de consultation de 7h30 à 12h, les lundis et jeudis au CHU-YO, le mardi à l'HDB et les mercredis et vendredis au CHU-B.

Après accord, l'entretien se déroulait dans une salle garantissant la confidentialité. Un questionnaire a été conçu et administré aux patients. Le questionnaire a été traduit en langue

locale lorsque le patient ne parlait pas la langue française. Elle était composée de questions fermées. Les variables étudiées étaient : les caractéristiques socio démographiques, les connaissances sur le VIH/SIDA, la durée de connaissance du statut sérologique, le mode de découverte du statut sérologique, les aspects biologiques et thérapeutiques de l'infection à VIH, les facteurs associés au partage de la sérologie. Les données recueillies ont été saisies sur support informatique puis, analysées et traitées à l'aide du logiciel EPI INFO 7.2.1.0. L'analyse des variables qualitatives a été effectuée à l'aide des tests de Fisher et du Chi-2. Quant aux variables quantitatives, le test de Student a été utilisé lorsque les conditions étaient remplies. Le seuil de signification retenu était de 5 %. L'analyse multivariée a été effectuée en utilisant un modèle de régression logistique, et les facteurs pour lesquels la valeur de p en analyse univariée était inférieure à 0,2 ont été utilisés. La modalité « Partage » de la variable partage du statut a été fixée comme modalité de référence. Les fiches d'enquêtes ont été codifiées et toutes les données ont été recueillies et traitées dans l'anonymat. L'exploitation des données a été autorisée par le comité d'éthique dans sa correspondance No2022/000151/MSHP/MESRI/CERS.

Résultats

Sur 429 patients ciblé 417 ont acceptés prendre part à l'étude, soit un taux d'acceptation de 97,2 %.

Caractéristiques sociodémographiques

La moyenne d'âge des patients était de 43,3 ans \pm 10,0 ans [16 - 85 ans]. Celle des hommes était de 47,6 ans \pm 10,5 ans [22 - 85 ans] et celle des femmes était de 42,3 ans \pm 9,7 ans [16 - 70 ans] ($p=0,0007$). Le sex-ratio (H/F) était de 0,2. Deux-cent-seize patients (51,8 %) vivaient en couple, 171 (41,0 %) étaient non scolarisés. Les caractéristiques sociodémographiques des patients est résumé dans le tableau I.

Tableau I : Répartition des patients selon les caractéristiques sociodémographiques (n=417)

Caractéristiques sociodémographiques	N	%
Age		
<20	1	0,2
20-29	32	7,7
30-39	119	28,6
40-49	159	38,2
≥ 50	106	25,3
Sexe		
Femme	336	80,6
Homme	81	19,4
Vie en couple		
Oui	216	51,8
Non	201	48,2
Niveau de scolarité		
Aucun	171	41,0
Primaire	109	26,1
Secondaire et plus	137	32,9
Profession		
Femme au foyer	174	41,8
Secteur informel*	45	10,8
Fonctionnaire	11	2,6
Cultivateur	11	2,6
Elève/Étudiant	6	1,4
Sans emploi		
Résidence		
Urbain	385	92,3
Rural	32	7,7
Religion		
Musulmans	207	49,6
Chrétiens	206	49,4
Animistes	4	1

*Secteur informel : commerçant(e)s, coiffeuses, couturiers, chauffeurs, serveuses.

Durée de connaissance et mode de découverte du statut sérologique

Les patients ayant découvert leur statut sérologique il y a moins de cinq ans étaient au nombre de 127 (30,5%).

La majorité des patients (54,9 % ; n=229) ont découvert leur statut sérologique au cours de symptômes liés à l'infection au VIH maladie (Tableau II).

Tableau II : Répartition des patients en fonction du nombre d'années et du mode de découverte du statut (n=417)

Caractéristiques	Effectif (n)	Fréquence (%)
Nombre d'année de découverte du statut		
[0-5[127	30,5
[5-10[93	22,3
[10-15[137	32,9
[15-20[56	13,4
≥20	4	0,9
Mode de découverte du statut		
Suspicion clinique	229	54,9
Dépistage volontaire e-TME	94	22,5
Dépistage du partenaire	48	11,5
Décès du partenaire	23	5,5
Maladie de l'enfant	7	1,7
Décès répétilif des enfants	7	1,7
Coépouse malade	4	0,9
Autres*	3	0,7
	2	0,6

*Autres : Don de sang, Accident d'Exposition aux Liquides Biologiques (AELB)

Aspects biologiques et thérapeutiques

Le VIH de type 1 était le sérotype le plus fréquent (n=391 ; 93,8 %). Respectivement 22 patients (5,3 %) étaient infectés par le VIH-2 et quatre patients (0,9 %) par le VIH-1 et 2.

Une numération récente de lymphocytes T CD4 avait été réalisée chez 286 patients (68,6 %). Le taux moyen était de $508,8 \pm 263,0$ cellules/mm³ [14 - 1432 cellules/mm³].

Une charge virale récente avait été réalisée chez 117 patients (28,0 %). La moyenne était de $6218,7 \pm 35197,0$ copies/ml [0 - 304100,0 copies/ml]. Elle était supérieure à 1000 copies/ml chez 18 patients (15,4 %).

Tous les patients étaient sous TARV. Le régime de 1^{ère} ligne concernait 84,2 % des patients, la seconde ligne 58 patients (13,9 %) et la troisième ligne, huit patients (1,9 %).

Connaissance sur le VIH/SIDA

Trois cent quatre-vingt-neuf patients (93,3 %) affirmaient avoir déjà entendu parler du VIH à la découverte de leur sérologie. La radiodiffusion (82,3 %) et la télévision (43,7 %) étaient les principales sources d'information.

Les modes de transmission (sanguine, sexuel, materno-fœtale) étaient connus par 20,1% des patients. Quant aux modes de préventions (préservatif, abstinence, fidélité), 3,7 % des patients connaissaient les 3 modes de prévention.

Communication à propos de la séropositivité

A la découverte du statut VIH positif, 96 patients (23,0 %) n'avaient aucun partenaire et 37 (11,5 %) des partenaires multiples. Soixante-cinq patients (20,2 %) affirmaient n'avoir jamais partagé leur statut sérologique avec leur partenaire.

Deux cent cinquante-six patients (79,8 %) affirmaient avoir informé leur(s) partenaire(s) de leur statut sérologique. Ce partage s'est fait dès la connaissance du statut sérologique chez 173 (67,5 %) patients. Le tableau III montre la répartition des patients ayant partagé leur sérologie selon le délai du partage.

Tableau III : Répartition des patients selon le mode de découverte du statut sérologique (n=417)

Délai du partage de la sérologie	N	%
> 1 an	25	9,8
< 1 an	14	5,5
< 6 mois	13	5,1
<1 mois	17	6,6
< 1 semaine	14	5,5
Le même jour	173	67,5
Total	256	100

Aspects analytiques

En analyse multivariée, la connaissance du statut du partenaire (ORa 0,033 [0,0089 – 0,0951] ; p=0,000), la situation matrimoniale (ORa 0,0097 [0,0301 – 0,3141] ; p=0,000), le sentiment d'abandon (ORa 0,0549 [0,0052 – 0,3141] ; p=0,004) étaient associés au non partage du statut sérologique (Tableau IV).

Discussion

Notre étude s'est basée sur des entretiens. Ce mode de recueil des données peut comporter des biais, soit par oubli, soit tout simplement parce que les interviewés dissimulent la vérité, notamment en ce qui concerne un sujet aussi sensible que le VIH et la sexualité qui sont tabous dans nos régions.

Caractéristiques sociodémographiques

L'infection à VIH touche plus une population jeune, active sexuellement en majorité des femmes [11]. En Afrique au Sud du Sahara, les femmes prédominent dans les files actives. Outre leur vulnérabilité anatomique, la pesanteur socioculturelle pourrait être une explication.

Au Burkina Faso, l'infection à VIH est très présente dans les couples [12].

Dans notre contexte, les patients sont le plus souvent symptomatique à la découverte de leur statut sérologique [12] : 54,9% dans notre étude. Malgré les nombreuses campagnes de sensibilisation, le dépistage gratuit, la volonté de connaître son statut sérologique n'est pas encore spontanée au sein de nos populations, d'où le faible taux de dépistage volontaire dans notre étude (22,5%). L'utilisation des nouvelles technologies de communication dans la sensibilisation pour plus d'adhésion aux campagnes de dépistage volontaire serait un atout.

Aspects biologiques et thérapeutiques

Plus de la moitié des patients (68,6%) avaient une numération de CD4 récente.

Cependant seulement 28% avaient une charge virale récente. Même si l'accès à la charge virale a été amélioré dans les pays à ressources limitées, il reste un défi.

Un grand nombre de nos patients était en 1ère ligne de TAR (84,2%) ; Ces données concordent avec le rapport 2017 du programme sectoriel santé de lutte contre le VIH/SIDA et les IST qui rapportait aussi une majorité de patients sous un régime de 1ère ligne de TAR soit 95,65 % [13].

Connaissances sur le VIH

Les principales sources d'information sur l'infection à VIH des patients étaient la radiodiffusion (82,3 %) et la télévision (43,7 %). L'information auprès du personnel médical n'a été retrouvée que dans peu de cas (2,6 %). Seul 20,1 % des patients ont pu citer les 3 modes de transmission du VIH et 5,5 % ignoraient tous les modes. Il n'y avait pas de lien entre la connaissance sur le VIH et le partage du statut sérologique. Le dépistage à l'initiative du soignant est à encourager et la sensibilisation sur l'infection à VIH à redynamiser.

Communication à propos de la séropositivité

A la découverte du statut sérologique, 79,8% des participants avaient partagé leur statut sérologique VIH positif avec leur(s) partenaire(s) sexuel(s). Le taux de partage du statut sérologique avec les partenaires sexuels était meilleur par rapport aux résultats des études antérieures réalisées au Burkina Faso et au Sénégal. Au Burkina Faso, Diallo et al en 2012 [14], avait rapporté un taux de 66,18%. Au Sénégal, Courtherut et al [15] ont étudié le partage du statut sérologique des personnes vivant avec le VIH à 10 ans de traitement antirétroviral. Dans leur étude 56 % avaient partagé leur statut avec leur partenaire.

Notre étude, contrairement aux autres, ne s'est pas limitée seulement aux couples, mais a concerné tous les patients. Cependant, 20,2% des patients affirmaient n'avoir jamais partagé leur statut sérologique avec leur partenaire. Pourtant, la loi N 030-2008/an portant lutte contre le VIH/SIDA et protection des droits des personnes vivant avec le VIH/SIDA stipule dans son article 7 que : « Toute personne vivant avec le VIH est tenue d'annoncer sans délai son statut sérologique à son conjoint ou partenaire sexuel »

Dans son article 8 il est noté : « Faute pour la personne dont le statut sérologique vient d'être connu de ne pas se soumettre volontairement à l'obligation d'annonce prévue à l'article 7, le médecin ou toute autre personne qualifiée de l'établissement hospitalier, les structures sanitaires concernées doivent veiller à ce que l'annonce se fasse et que les moyens mis en œuvre soient adaptés aux difficultés éventuelles de communication et de compréhension du patient et de son conjoint ou de son/ses partenaire(s) sexuel(s) » [16]. Une meilleure appropriation de ces textes par les agents de santé (recyclage ou formation) et la population (campagne de sensibilisation) est indispensable ; ce qui permettrait une stricte application de ces textes qui sont méconnus par un grand nombre.

La prévalence du partage de la sérologie est très élevée le jour des résultats (Jo ; 67,5 %). Pour Deribe et al, elle était de 73 % [17]. La question de la temporalité pourrait jouer un rôle déterminant dans l'annonce. Celle-ci serait, d'autant mieux acceptée et vécue par le partenaire qu'aucun rapport sexuel n'ait eu lieu [18].

Facteurs associés au partage de la sérologie avec le/les partenaire(s) sexuel(s)

Comprendre les facteurs associés au partage du statut sérologique avec le/les partenaire(s) sexuel(s) permettrait de développer des stratégies pour un meilleur partage de l'information. Dans notre étude plusieurs facteurs étaient associés au partage du statut sérologique VIH positif avec le partenaire sexuel. En effet le partage du statut sérologique était meilleur chez les patients en couple. Ce constat a déjà été fait ailleurs en Afrique par King et al [19] ; Desgrees Du Loû et al [20] ; Bila et al [21] et également par Kouanda et al au Burkina Faso [10]. Pour les personnes mariées, le partage de l'information est favorisé par la cohabitation qui est associée à des relations plus étroites ; la confiance, l'entente et la complicité favorisant le partage du « secret » sur le statut sérologique. Enfin le sentiment d'abandon dans un contexte où le sujet est encore tabou amène le patient à se réserver de tout partage de la sérologie pour ne pas être abandonné par le partenaire et/ou la famille.

Conclusion

Le poids social de l'infection par le VIH reste important. Sensibiliser pour un meilleur partage de l'information en cas de séropositivité d'un ou des partenaires, dépister et traiter tout patient infecté par le VIH permettraient sans doute de rompre la chaîne de transmission. Par ailleurs, une étude à plus grand échelle contribuerait à identifier d'autres facteurs associés au partage du statut sérologique.

Références

- 1. Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA (ONUSIDA).** Fiche d'information-journée mondiale de lutte contre le sida, 2012. [En ligne]. Disponible sur : <http://www.sthonet.org/fmc/sida.htm>. Consulté le 10 octobre 2023.
- 2. PSSLS-IST.** Epidémie de l'infection à VIH/SIDA : rapport 2019. In: formation à la prise en charge globale des PVVIH adultes et enfants. Ouagadougou ; 2019,47p.
- 3. ONUIDA.** Rapport sur l'épidémie mondiale de SIDA. 2010 : 364p.
- 4. Coldiron ME, Stephenson R, Chomba E and al.** The relationship between alcohol consumption and unprotected sex among know HIV discordant couple in Rwanda and Zambia. *AIDS Behav.* 2008;12:594-603.
- 5. Norman A, Chopra M, Kadiyala S.** Factors related to HIV disclosure in 2 South African communities. *Am J Public Health* 2007;97:1775-81.
- 6. Stirratt MJ, Remien RH, Smith A, Copeland OQ, Dolezal C, Krieger D.** The role of HIV-serostatus disclosure in antiretroviral medication adherence. *AIDS Behav* 2006;10(5):483-93.
- 7. Siegel K, Lekas HM, Schrimshaw EW.** Serostatus disclosure to sexual partners by HIV-infected women before and after the advent of HAART [Internet]. *Women Health* 2005;41(4):63-85.
- 8. Maman S, Mbwambo JK, Hogan NM, Kilonzo GP, Campbell JC, Weiss E, et al.** HIV-positive women report more lifetime partner violence: findings from a voluntary counseling and testing clinic in Dar es salaam, Tanzania. *Am J Public Health* 2002;92(8):1331-7.
- 9. Sawadogo S.** Problématique de la sexualité et évaluation de la dépression des couples serodiscordants au VIH de l'hôpital du jour du CHU-YO à propos de 80 couples. [Thèse de médecine]. Ouagadougou : Université ouaga 1 Professeur Joseph Ki-Zerbo ; 2011, 120p.
- 10. Kouanda S, Yaméogo WME, Berthé A et al.** Partage de l'information sur le statut sérologique VIH positif : facteurs associés et conséquences pour les personnes vivant avec le VIH/sida au Burkina Faso. *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique.* 2012;60(3):221-228.
- 11. Kra K.O, Aba A, Effi-Angbo A.O, Koné K.D, Kadiané KNJ.** Les raisons du non partage du statut sérologique chez les personnes vivant avec le VIH en Afrique noire. *Médecine et Maladies Infectieuses.* 2014 juin;44 Suppl 6:S24-5.
- 12. Diallo I, Sondo AK, Zoungrana K, Savadogo M, Poda A, Diendéré AE.** Partage de la sérologie et comportement sexuel des patients infectés par le VIH suivi à l'Hôpital du jour du Centre Hospitalier Universitaire Yalgado OUEDRAOGO [Abstract]. Congrès de dermatologie Burkina Faso. 2012:1-2.
- 13. Programme Sectoriel Santé de Lutte contre le Sida et les IST (PSSLS-IST).**

- Rapport Annuel d'activités. Ouagadougou ; 2018 : 29–39.
- 14. Diallo I, Sondo AK, Zoungrana K, Savadogo M, Poda A, Diendéré AE.** Partage de la sérologie et comportement sexuel des patients infectés par le VIH suivi à l'Hôpital du jour du Centre Hospitalier Universitaire Yalgado OUEDRAOGO [Abstract]. Congrès de dermatologie Burkina Faso. 2012:1-2.
- 15. Coutherut J, Desclaux A, Groupe d'étude ANRS 1215.** Le partage du statut sérologique des personnes vivant avec le VIH à 10 ans de traitement antirétroviral au Sénégal. Bull Soc Pathol Exot. 2014 Oct;107(4):266-72.
- 16. LOI N°030-2008/AN** **Portant lutte contre le VIH/SIDA et protection des droits des personnes vivant avec le VIH/SIDA.** Ouagadougou. 2008 mai 20 ; 12p.
- 17. Deribe K, Woldemichael K, Wondafrash M, Haile A, Amberbir A.** Disclosure experience and associated factors among HIV-positive men and women clinical service users in Southwest Ethiopia. BMC Public Health. 2008;8:81-9.
- 18. Traoré A.** Pourquoi et comment en parler ? Dialogue conjugal autour de l'annonce de la séropositivité dans les couples sérodiscordants à Abidjan (Côte d'Ivoire). Sciences sociales et santé. 2006 Juin;24(2):43-47.
- 19. King R, Katuntu D, Lifshay J and al.** Processes and outcomes of HIV serostatus disclosure to sexual partners among people living with HIV in Uganda. AIDS and Behavior. 2008;12(2):232-43.
- 20. Desgrées-du-Loû A, Orne-Gliemann J.** Couple-centered Testing and Counselling for HIV Serodiscordant Heterosexual Couples in sub-Saharan Africa. Reproductive Health Matters. 2008;16(32):151-161.
- 21. Bila B, Egrot M, Desclaux A.** The perception of HIV and men's attendance in health-care facilities in Burkina Faso. AIDS Impact Marseille. 2007 juil 1er – 4ieme jour (Poster TUP/DD/02).