

# Quels sont les obstacles à l'annonce des résultats de tests VIH par les médecins au Burkina Faso ?

---

S. KOUANDA<sup>1</sup>, A. SOUBEIGA<sup>2</sup>, B. SONDO<sup>3</sup>, K. M. R. SAMA<sup>1</sup>, L. SAVADOGO<sup>1</sup>

## Résumé

Au Burkina Faso, selon l'impression des membres du Comité National de Lutte contre le SIDA et les Infections sexuellement Transmissibles (CNLS), une proportion infime de médecins informent au préalable les personnes suspectes du VIH de leur intention de demander un test sérologique et annoncent à leurs patients les résultats de leur test VIH.

La présente étude avait pour objectifs d'une part, d'identifier les obstacles à l'information préalable du patient ainsi qu'à l'annonce des résultats du test sérologique et d'autre part, de décrire les effets de l'information préalable de la demande de tests et de l'annonce des résultats des tests sur la qualité de la prise en charge du patient.

Il s'agissait d'une enquête par voie postale qui a concerné 250 médecins praticiens et s'est déroulée de mars à juillet 2000.

Les résultats ont montré que les principaux obstacles identifiés par les médecins sur la non information préalable des patients quant à la demande de tests sérologiques sont le manque de compétences en matière de conselling, la peur de la réaction et le mauvais état général du patient. La fiabilité du test rapide, l'absence de politique nationale claire constituent également pour les praticiens des obstacles.

La non annonce des résultats des tests VIH par les médecins est motivée par plusieurs raisons dont la non information préalable de la réalisation du test VIH, la peur de la réaction du malade si le résultat du test est positif, les difficultés liées à la prise en charge du SIDA (disponibilité et coûts des ARV), la peur de l'abandon du malade par sa famille.

**Mots-clés :** VIH/SIDA, annonce, test sérologique.

## Which are the obstacles at the announcement of the HIV test's results by the physicians in Burkina Faso.

### Abstract

As reported by the National Board for AIDS and Sexually Transmitted Diseases Control (CNLS), a small number of attending physicians in Burkina Faso first inform suspicious HIV positive patient of their intention to carry out a serologic test and then announce them the results.

---

<sup>1</sup>Institut de recherche en sciences de la santé, CNRST, Ouagadougou.

<sup>2</sup>Département de Sociologie, UFR Sciences sociales, Université de Ouagadougou.

<sup>3</sup>Département de santé publique, UFR Sciences de la santé, Université de Ouagadougou.

This study was designed to achieve a double objective. First, it was aimed at figuring out obstacles to informing the patient beforehand and to disclosing the results of the test to them. At the same time, the study was to investigate how prior information and result announcement impact on the quality of patient management.

This study that lasted from March to July 2000 was a mail survey that concerned 250 attending physicians. It came out from the survey that the major obstacles to prior information were a lack of counselling competence, fear for the patient's reaction, and the bad general state of health of the patient. Attending physicians also identified other obstacles, including quick test reliability and the lack of an appropriate national policy in the area.

Reasons for not announcing the results to patients bore on non-prior information of HIV test, fear for the patient's reaction (if HIV positive), difficulties linked to the management of AIDS patients (i.e. availability and costs of antiretroviral agents), and the fear that the family abandons the patient to his fate.

**Keywords :** HIV / AIDS, result announcement, serologic test.

## Introduction

Au Burkina Faso, l'évolution de l'épidémie du SIDA reste préoccupante et constitue un problème de santé publique. En effet de 1986 à 2000, la proportion d'adultes infectés dans la population générale serait passée de 1 % à 10 % (CNLS, Mars 2001). Durant la même période, le nombre de cas notifiés à l'OMS est passé de 10 à 17 081. Trois quart des personnes infectées sont âgées de 15 à 40 ans (ONUSIDA, 2000 ; CNLS, 1995 ; BAUDON, 1989 ; MAP, 1997). 50 000 décès cumulés ont été enregistrés en 1999 et selon les projections ce chiffre atteindrait 1,2 décès en 2015 (CNLS, Mars 2001). Afin de faire face à cette situation, le gouvernement a mis en place un cadre institutionnel, le Comité National de Lutte contre le SIDA (CNLS) et un programme national de lutte contre le VIH/SIDA. La prévention de la transmission sexuelle du SIDA, la sécurité transfusionnelle, la prise en charge des personnes vivant avec le VIH et le suivi des tendances évolutives de celui-ci ont constitué depuis 1987 les principales interventions de ce programme.

La voie sexuelle étant la principale voie de transmission du VIH, l'information et l'éducation des individus sur le SIDA et plus spécifiquement l'annonce aux gens de leur statut sérologique participent à la facilitation de leur choix d'action contre le SIDA.

Cependant, selon l'impression des membres du Comité National de Lutte contre le SIDA et les Infections sexuellement Transmissibles (CNLS), une proportion infime de médecins exerçant au Burkina Faso informent au préalable les personnes suspectes du VIH de leur intention de demander un test sérologique et annoncent à leurs patients les résultats de leur test VIH. Ces observations montrent les pratiques que les médecins ont par rapport au dépistage du VIH et à l'annonce au patient. Quelles sont les motivations de telles pratiques médicales face aux avantages de l'information du patient sur le plan de la prévention et de la prise en charge ? (ONUSIDA, 2000).

En l'absence d'étude représentative sur la question, nous avons entrepris la présente dont les objectifs sont les suivants : identifier les obstacles à l'information préalable du patient ainsi qu'à l'annonce des résultats du test sérologique ; décrire les effets de l'information préalable de la demande de tests et de l'annonce des résultats des tests sur la qualité de la prise en charge du patient.

## Méthodologie

La population était constituée par l'ensemble des médecins praticiens travaillant dans les hôpitaux burkinabè et dans les structures sanitaires privées et confessionnelles. Il y avait environ 250 médecins praticiens concernés par l'étude et ainsi repartis : 97 dans les hôpitaux nationaux, 48 dans les hôpitaux régionaux et 105 dans les hôpitaux de district. Un taux de participation de 75 à 80 % était attendu. Les médecins travaillant dans les administrations centrales, régionales ou dans les organismes de coopération ont été exclus de l'étude. Une enquête transversale par questionnaire auto-administré a été réalisée. À chaque médecin praticien exerçant dans une structure de soins publique, privée ou confessionnelle, il a été adressé par voie postale, un questionnaire avec une lettre introductive justifiant l'enquête et expliquant les termes opérationnels employés dans le questionnaire. Un coupon réponse a été joint au pli contenant le questionnaire pour faciliter le retour de celui-ci. Au bout de deux mois, la majorité des réponses était réceptionnée ; après avoir observé un mois de non arrivée de nouvelles réponses, nous avons fait la relance. L'enquête a été clôturée deux mois après la relance. Elle a duré de mars à juillet 2000.

Dans cette partie de notre recherche, il s'est agi d'une approche qualitative avec des questions ouvertes permettant à chaque médecin « d'ouvrir son cœur » sans réserve sur les motivations concernant l'information préalable et l'annonce du résultat des tests sérologiques au patient et la qualité de la relation avec le patient après la détermination de son statut sérologique.

## Résultats

Sur les 250 médecins concernés par l'étude, 185 ont retourné le questionnaire soit un taux de participation de 74 %. Parmi ces derniers, 158 médecins (85 % de l'échantillon) ont eu à prescrire des tests de dépistage du VIH/SIDA au cours des six derniers mois avant l'enquête. Les médecins n'ayant pas eu à prescrire des tests de dépistage sérologique du VIH/SIDA ont été exclus de l'analyse. Le tableau I montre les principales caractéristiques de l'échantillon analysé.

**Tableau I.** Caractéristiques de l'échantillon analysé.

Variables	n	%
Durée de pratique des médecins (ans)		
0-4	64	40
5-9	45	28
10-14	20	13
15-19	20	13
20-29	9	6
Fonction des médecins		
Médecins généralistes	102	65
Médecins spécialistes	56	35
Lieu d'exercice des médecins		
Hôpitaux nationaux	49	31
Hôpitaux régionaux	37	23
Hôpitaux de district	72	46
Statut d'exercices des médecins		
Privé	7	5
Étatique	146	92
confessionnel	5	3

### Obstacles à l'information préalable du patient de la demande du test sérologique

La plupart des médecins interrogés n'ont pas informé au préalable leurs patients de leur intention de demander le test du VIH. Dans leur majorité, ces médecins justifient leur attitude par peur de la réaction du patient. Cette réaction peut s'avérer incontrôlable et se traduire par le refus du test sérologique par le patient, sa « disparition » de la consultation, les dépressions et les actes de désespoir comme le suicide. D'autres estiment qu'il est inutile d'informer au préalable le patient de la demande de test sérologique quand celui-ci est au stade terminal de la maladie, dans un mauvais état général, grabataire ou présente des signes cliniques évidents du SIDA.

Plusieurs médecins justifient leur attitude par le manque de compétences. Un médecin : « *Je n'ai pas les compétences à sa prise en charge globale et adéquate en cas de séropositivité* ». Un autre médecin : « *Je n'ai pas eu la préparation nécessaire pour aborder le problème avec le malade* ». Ce comportement est donc motivé par le refus d'improviser et de s'ériger d'emblée comme un spécialiste en conseils, dans la prise en charge des personnes infectées par le VIH. Conscients du fait que la communication pour préparer un sujet à recevoir des informations sur sa sérologie (surtout quand celle-ci est positive) ne doit pas être faite à la légère, de nombreux médecins ont ainsi reconnu leur « incompétence » en matière de counseling, et par conséquent ne s'autorisent pas à évoquer ces questions relatives au test VIH avec leurs patients.

Certains médecins estiment que le « test rapide » n'offre pas de garanties suffisantes d'une réponse fiable et redoutent les « faux positifs ». Lorsqu'ils n'ont donc à leur disposition que le test rapide, ils s'abstiennent le plus souvent de faire la proposition au malade.

D'autres réponses typiques et le plus souvent très minoritaires ont été données. Par exemple, certains ont rétorqué qu'ils préfèrent évoquer l'éventualité du test non pas directement avec le malade mais au contraire avec un de ses parents. D'autres ont plutôt exprimé leur embarras parce que, disent-ils, il n'existe aucune politique nationale claire concernant cette question. Enfin, lorsque la sérologie doit être réalisée dans un but diagnostique, le patient n'est ni consulté, ni informé du résultat.

### **Obstacles à l'annonce du statut sérologique du patient**

La plupart des médecins n'ont pas communiqué les résultats des tests à leur patient. Les raisons les plus fréquentes de rétention de l'information par le corps médical relèvent du fait que le test a été réalisé à l'insu du patient. Ces médecins avouent leur « peur de la réaction du patient après l'annonce » car celui-ci n'est pas préparé à recevoir l'information. En effet, il apparaît délicat de communiquer un résultat pour lequel l'avis et surtout l'autorisation du malade n'ont pas été préalablement obtenus. Or, il faut éviter de troubler le patient et de le dérouter par une non maîtrise des techniques de communication qu'exige le dépistage-conseil.

Une autre série de réponses se rattache aux difficultés de la prise en charge des personnes déclarées séropositives liées à la disponibilité et aux coûts exorbitants des anti-retro-viraux (ARV). L'annonce de la séropositivité de leurs patients apparaissant alors comme une « sentence de mort ». L'offre de soins étant quasiment inexistante, la révélation de la séropositivité d'un malade, peut-elle encore servir à quelque chose ? Ne serait-il pas inconvenant d'apprendre à des patients leur séropositivité lorsque l'on se trouve cependant incapable de leur proposer une alternative crédible en matière de prise en charge ? En effet, pour un certain nombre de praticiens, procéder de la sorte tout en sachant qu'il n'existe ni de traitement disponible, ni de vaccin contre le sida, c'est sans doute contribuer à accroître l'angoisse et le traumatisme moral des personnes atteintes. Le dilemme devant lequel ils se trouvent est qu'on ne peut informer un patient de sa sérologie sans le prendre en charge sur le plan médical et/ou psychologique. En plus de l'absence de traitement, il n'existe pas de structures de prise en charge des malades du sida ou des personnes vivant avec le VIH. Ce qui conforte l'attitude de ces enquêtés au sujet de la non annonce du statut sérologique.

Certains médecins pensent qu'il vaut mieux s'abstenir de communiquer le résultat au malade pour éviter que les parents, une fois au courant, ne l'abandonnent. Dans quelques autres cas qui restent très minoritaires, l'on évoque tour à tour la pauvreté du patient, la peur du suicide, le stade terminal de la maladie, la peur de déclarer une « fausse séropositivité », etc.

La non annonce de la séropositivité du patient permet au malade et à son entourage de conserver un « meilleur » espoir quant à sa guérison, et d'éviter des dépressions consécutives à la découverte d'une information alarmante relative à sa maladie selon les médecins qui n'ont pas annoncé aux patients leurs résultats.

Les effets négatifs de la non annonce des résultats des tests sérologiques d'une part concernent le malade lui-même et d'autre part touchent le médecin :

- Pour le malade, la persistance de l'incertitude sur son mal accentue sa méfiance vis-à-vis du soignant et peut même le conduire à douter de la compétence de celui-ci. Cette situation débouche au bout du compte sur un sentiment d'échec thérapeutique dont l'une des conséquences est d'inciter le patient au nomadisme thérapeutique coûteux.

– Le praticien quant à lui, est confronté à des problèmes d'ordre moral. Il se donne le plus souvent mauvaise conscience, avec ce sentiment de tromper le malade, de lui donner de faux espoirs et de ne pas le soutenir autant qu'il le devrait. Par sa faute, la relation thérapeutique se trouve tronquée, dénaturée, semblable à un marché de dupes (tel qu'il est vécu tout au moins du côté du médecin, conscient de jouer un mauvais rôle). On est en présence d'une situation d'auto culpabilisation où une partie du corps médical a le sentiment de faillir à son devoir et de ne pas jouer pleinement son rôle. Par ailleurs, face à cette situation, le médecin se trouvera dans l'impossibilité de faire passer auprès de son patient certains messages pour la protection de son (ses) partenaires.

Quant aux médecins ayant annoncé au patient son statut sérologique, les effets positifs découlant de cette décision sont liés aux changements de comportement de la part du patient, qui peuvent rejaillir d'une certaine manière sur la relation thérapeutique. Il y a d'une manière générale, une tendance à une fréquence plus accrue des consultations avec une disposition à respecter les rendez vous avec le soignant, ce qui, de fait, améliore le suivi, la collaboration et le climat de confiance entre médecin et malade. De plus quand le médecin explique et fait comprendre au patient la différence entre l'état de séropositivité (notion de porteur sain) et le sida en tant que maladie, les angoisses du début ont tendance à s'estomper au profit d'une certaine sérénité et d'une grande coopération dans sa prise en charge.

Du côté des effets négatifs, divers cas de figure sont également rapportés par les médecins enquêtés. Comme dans le cas des effets positifs, il peut y avoir une augmentation du nombre de visites chez le médecin, voire un trop grand attachement du patient vis-à-vis de son thérapeute traduisant un état d'anxiété et d'abattement moral du sujet, avec en toile de fond la peur de mourir. Il apparaît donc que cette annonce peut agir comme une arme à double tranchant. Il peut arriver que certains malades contestent et refusent le résultat du test, ce qui peut occasionner aussi un refus de poursuivre les consultations. Il n'est pas exclu qu'en pareil cas, il opère un changement de recours, pour s'orienter vers la tradithérapie. Certains patients informés de leur état sérologique, n'envisagent pas de partager cette information avec le (la) conjoint(e) et vivent dans la hantise que celui-ci (celle-ci) ne découvre la vérité, ce qui contribue à accroître ses angoisses, ou à le conduire vers un état dépressif. Des cas moins souvent rapportés font état d'une difficulté du patient à se remettre du choc psychologique (découragement, pessimisme, pleurs, dépression...) plongeant le médecin dans une situation délicate voire difficile à gérer. Dans certains cas, selon des thérapeutes, cela conduit le souffrant à rechercher des solutions « irrationnelles ».

### **De la nécessité de l'information sur la séropositivité des patients**

Pour la population enquêtée, il se dégage une quasi unanimité au sujet de l'annonce qui apparaît comme le meilleur moyen de lutte contre la propagation de la pandémie. Ainsi, nombre de médecins se disent « concernés » par le débat sur la nécessité d'annoncer le résultat de la séropositivité à la personne infectée, parce que confrontés à ce problème dans l'exercice de leurs fonctions. Par ailleurs, face à la progression de la maladie, une forte proportion de médecins se sont déclarés « préoccupés » essentiellement par les questions relatives à la prise en charge et à la gestion de l'annonce.

Les conditions à réunir pour l'annonce systématique des résultats des tests sont la disponibilité et la subvention des ARV ainsi que la formation des praticiens en counseling. Cette formation devant donner des outils aux praticiens pour une prise en charge médicale et psychologique des patients. La création de services sociaux susceptibles d'apporter aide et réconfort aux personnes infectées et affectées ou de structures spécialisées tels les centres d'accueil et de dépistage ainsi que les centres d'accueil et de prise en charge des personnes vivant avec le VIH (PVVIH) apparaît comme nécessaire. Toutefois, les structures et associations déjà existantes et intervenant dans le domaine du VIH/SIDA restent pour la plupart méconnues des praticiens et il existe peu de relations de travail avec les praticiens.

D'autres idées sont avancées dont la constitution d'équipes pluridisciplinaires dans les centres de santé pour la prise en charge des patients, la prise de mesures réglementaires obligeant l'annonce et l'introduction du test VIH parmi les examens pré-nuptiaux. Pour les médecins enquêtés, la vulgarisation des tests VIH s'impose pour les rendre accessibles aux populations.

## Discussion

Notre étude permet d'apprécier l'attitude des médecins sur l'annonce des résultats du test du VIH. Cette attitude des médecins au Burkina Faso a pu être observée au Congo où Gruenais a noté que « tous les médecins prescrivant un test de dépistage, d'une part, ne demandent pas nécessairement le consentement de la personne concernée, et d'autre part, n'informent pas toujours les personnes atteintes » (GRUENAI, 1995).

L'attitude des praticiens burkinabè est en contradiction avec leur déclaration quasi-unanime au sujet de l'annonce comme le meilleur moyen de lutte contre la propagation du SIDA à l'heure actuelle. En effet, il y a de grands avantages sur le plan de la prévention et de la prise en charge à connaître rapidement son statut sérologique malgré la non disponibilité des ARV (ONUSIDA, 2000). Les personnes reconnues séronégatives peuvent prendre davantage des mesures pour le rester et seront plus aptes aux conseils sur la prévention (ONUSIDA, 2000). La connaissance du statut séropositif peut réduire la transmission du VIH dans les couples discordants ainsi que la transmission mère-enfant. (KEROUEDAN, 1998 ; ONUSIDA, 2000 ; UNAIDS, 2000 ; SCHWOOEBEL, 2000). C'est pourquoi, les responsables du CNLS se doivent de prendre en compte les obstacles identifiés par les médecins notamment :

- la formation des médecins en counseling afin de leur fournir les outils indispensables pour aborder cette question délicate avec leurs patients ;
- la disponibilité des ARV : si aujourd'hui, l'accessibilité aux ARV reste posée, il n'en demeure pas moins qu'une bonne prise en charge des infections opportunistes peut contribuer efficacement à améliorer l'état sanitaire des patients (ONUSIDA, 2000) ;
- la mise en place de structures de prise en charge des personnes vivant avec le VIH.

Cependant, il convient d'observer que de plus en plus la société civile s'organise et l'on voit naître des associations de personnes vivant avec le VIH. Il y a une dynamique naissante autour de la question du VIH/SIDA.

L'obstacle majeur qui semble influencer la pratique médicale paraît lié aux connaissances insuffisantes des populations en matière de VIH/SIDA et à leur attitude à l'égard des personnes infectées ou malades. Par exemple, la peur de l'abandon du malade par la famille est liée au fait que si la voie de transmission privilégiée du VIH/SIDA en Afrique est la voie hétérosexuelle, la détermination des groupes à risque (prostituées, homosexuels, prisonniers ...) a conduit à une stigmatisation des personnes atteintes du VIH dans ces différentes catégories aux mœurs peu recommandables pour la société (DESLAUX, 1996). L'on se retrouve dans une situation manifeste où la pratique médicale n'est pas basée sur des arguments scientifiques mais est influencée par les représentations sociales de la maladie. Il faut dès lors approfondir le débat avec les praticiens de la santé pour une stratégie socialement acceptable et scientifiquement justifiée pour le dépistage, la prise en charge des personnes atteintes du VIH/SIDA.

## Conclusion

La question de la formation en conseils pré et post-test du VIH/SIDA a été l'une des préoccupations majeures des praticiens. Elle se pose de façon récurrente parce qu'il y a un renouvellement continu des médecins sur le terrain. Aussi, s'impose la nécessité d'une collaboration entre le ministère de la santé, le CNLS et la faculté de médecine afin que les curricula de formation prennent en compte les besoins des praticiens en l'occurrence ici la formation en conseils pré et post-test.

## Références bibliographiques

- BAUDON D, GUIGUEMDÉ T. R, LECAMUS L, BLANCHARDS de VAUCOLEURS A., GADELLE S, MEYNARD D et al., 1989.** Enquêtes séro-épidémiologiques sur le portage des anticorps anti-HIV dans différentes populations du Burkina Faso en 1983 et 1986. *Méd Afr Nre* ; 36,10 :748-51.
- BICABA A, La PALME D, 1998.** Appui au programme soins et conseils VIH/SIDA du Secrétariat permanent du Comité National de lutte contre le SIDA et les IST. VIH/SIDA du Burkina Faso. Rapport de consultation. Ouagadougou, Burkina Faso.
- Comité National de lutte contre le SIDA et les MST, 1995.** VIH/SIDA au Burkina Faso. Rapport définitif. Ouagadougou, Burkina Faso.
- Comité National de lutte contre le SIDA et les MST, 2001.** VIH/SIDA au Burkina Faso. Rapport définitif. Ouagadougou, Burkina Faso.
- DESLAUX A, 1996.** L'état contre la santé publique ? La désignation d'un groupe social dans le discours public sur le SIDA au Burkina Faso. *Sociologie Santé*, 13 : 84-91.
- GRUENAI S M. E., 1995.** Dire ou ne pas dire. Enjeux de l'annonce de la séropositivité au Congo. *In* : Les sciences sociales face au SIDA : cas africains autour de exemple ivoirien, Dozon JP, Vidal L. ORSTOM Editions, p.163-175.
- KEROUEDAN D, 1998.** Lutter contre le SIDA en Afrique de l'Ouest : quelles perspectives en cette fin de siècle ? À partir du cas de la Côte d'Ivoire observé sur la période 1987-1997. *Santé publique* ;10 (2) : 203-18.
- Monitoring the AIDS Pandemic (MAP), 1997.** La situation et les tendances des épidémies de VIH/SIDA en Afrique subsaharienne. Symposium satellite officiel de la X<sup>e</sup> Conférence internationale sur les MST et le SIDA en Afrique. Abidjan, Côte d'Ivoire.
- ONUSIDA,2000.** Rapport sur l'épidémie mondiale de VIH/SIDA. Genève, Suisse.
- SCHWOBEL V, DELMAS M-Ch, MICHON Ch, HUBERT J. B., COUTURIER E., MORLAT Ph and all, 2000.** Facteurs associés à la prise en charge des personnes infectées par le VIH dans deux départements français 1993-1995. *Rev Epidem et Santé publ*, 48 : 7-15.
- UNAIDS, 2000.** HIV and health care reform in Phayas : from crisis to opportunity. Geneva, Suisse.