

Ministère de l'Éducation Nationale

République du Mali



Un peuple Un but – Une foi



UNIVERSITE DES SCIENCES, DES TECHNIQUES  
ET DES TECHNOLOGIES DE BAMAKO

**U.S.T.T-B**

**Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie**

*Année universitaire : 2017/ 2018*

*N°.....*

PARTAGE DU STATUT SEROLOGIQUE VIH POSITIF A  
L'ENTOURAGE PAR LES PATIENTS SUIVIS AU SERVICE DE  
MALADIES INFECTIEUSES : ASPECTS MEDICO-PSYCHOSOCIAUX

**THESE**

Présentée et Soutenue publiquement le ...27../...12./2018 devant la Faculté de  
Médecine et d'Odonto-Stomatologie

Par Mlle Perrine BAKAM KANGA

Pour obtenir le grade de docteur en Médecine (Diplôme *d'Etat*)

**JURY**

**Président :** \_\_\_\_\_ Professeur Samba DIOP

**Membre :** \_\_\_\_\_ Professeur Souleymane COULIBALY

**Co-directeur :** \_\_\_\_\_ Docteur Yacouba CISSOKO

**Directeur :** \_\_\_\_\_ Professeur Soukalo DAO

# **DEDICACES**

### **A DIEU le Tout miséricordieux.**

Dieu tout puissant, toi qui ne cesse de veiller sur moi. Ce travail n'aurait jamais pu aboutir sans le courage, la force et la santé que tu ne cesses de me combler. Ce travail n'est que la preuve de ta présence dans ma vie sois en glorifié à jamais.

### **A mon père KANGA Charles**

Papa tu as toujours été un modèle pour moi. Tu as cru en moi depuis toute petite et m'a montré le chemin à emprunter. Tu t'es toujours sacrifié pour le bien-être de tes enfants. Les mots ne suffisent pas pour exprimer l'admiration que tu m'inspires. Ce travail est le fruit de tout le soutien que tu m'as apporté durant ces nombreuses années. Que le seigneur t'accorde une longue vie afin que je puisse à mon tour prendre soin de toi.

### **A ma mère MAGNE Hortense**

Maman tu es une femme admirable et une mère aimante. Je te dis merci pour la femme que tu as fait de moi. Tu as fait tellement de sacrifices pour tes enfants afin qu'ils soient ce qu'ils sont aujourd'hui. Que le seigneur te garde encore près de nous afin que je puisse être là pour toi.

### **A ma grand-mère Menoah Thérèse**

Grand-mère merci pour tout le soutien et les moments agréables que nous avons passés ensemble, puisse DIEU t'accorder longue vie encore.

### **A mon grand-frère NGUEYUM Kanga Ulrich**

Tu es le frère que tout le monde aimerait avoir, ta grandgénérosité, ton sens élevé de la compréhension et ton pacifisme font de toi un être exceptionnel. Merci d'être à la fois le frère et l'ami sur qui je peux toujours compter, tu as cru et continu de croire en moi. Les mots sont insuffisants pour exprimer tout ce que je ressens. J'espère que ce document te

rend fier après tous les efforts consentis à mon égard. Que le seigneur nous garde unis et bénisse ton foyer.

**A mon grand-frère FOGHO Kanga Herman**

Ton sens du travail bien fait a toujours été et reste une qualité inestimable qui m'a poussé à toujours donner le meilleur de moi-même. Tes encouragements et tes conseils éclairés m'accompagnent toujours, je ne te remercierais jamais assez. Que le Seigneur te garde dans tes projets futurs !

**A mon grand-frère FOKAM Kanga Auxence**

Tu es une personne aux qualités particulières. Tes encouragements et tes conseils m'ont toujours aidé. Merci de tout cœur pour tout.

**A mes petits frère NDOGMO Kanga Sylvestre et FOSTSO Kanga Leonel et à ma petite sœur MOTA Olga Miriam**

Merci d'avoir pris sur vous pour que je puisse avancer dans mes études. Vos prières et vos encouragements m'ont beaucoup aidé pendant toutes ces années. Puisse le seigneur vous accorder une longue et brillante carrière.

**A mon neveu KANGA Ngueyum Charles Christ et ma nièce NGUEYUM Isabella Loveline**

Vous êtes venu mettre le sourire et la joie dans la famille et je remercie le Seigneur pour cela. Mes bébés, je vous souhaite une longue vie !

**AU DR NOUDOHOUNSI Maurel**

Tu as été d'un soutien inestimable au cours de ces dernières années dans les joies comme les peines. Ce travail est aussi le tien. Merci pour tes encouragements et ta présence dans ma vie. Les voies du seigneur sont impénétrables, que sa volonté s'accomplisse

# REMERCIEMENTS

### **A TSOWA laurenche**

Merci pour ton amitié sincère et les moments passés ensemble. Je sais que je peux compter sur toi.

### **AU DOCTEUR CISSOKO Yacouba**

Les mots sont très peu pour exprimer toute ma gratitude. Vous avez été disponible à chaque fois que le besoin se faisait ressentir. J'ai beaucoup appris avec vous ; Puisse le Seigneur vous combler de ces grâces.

### **Au DR WOTCHUENG Dorine**

Sans même me connaître, tu m'as ouvert les portes de ta maison d'où est née une belle relation. Tu es une personne exceptionnelle et surtout maternelle, à tes côtés j'apprends beaucoup. Merci pour les moments passés ensemble et les conseils prodigués. Que le Seigneur te bénisse ainsi que ta fille Eden Zelda. Je te souhaite une belle vie de foyer.

### **Au DR KUISSU Kamga Stéphanie**

Je remercie le Seigneur de t'avoir mis sur mon chemin ; tu as été une oreille attentive et une personne sur laquelle je pouvais compter dans les bons comme les mauvais moments ces dernières années. Merci pour tous ces souvenirs. Que puis-je dire que tu ne sais pas. Que le Seigneur veille sur toi et ton mari communément appelé mon « partenaire ». Longue vie à votre couple.

### **AU DR MAYAP Croisile**

Tu es la grande sœur que je n'ai jamais eu. Tu as été toujours là pour moi et m'a toujours montré la voie à suivre, merci pour tes conseils et encouragements ; puisse le Seigneur t'accorder les désirs de ton cœur.

### **A KPATOUKOU Nicole**

Plus qu'une amie tu es une sœur ; merci d'être toujours là pour moi. On a surmonté beaucoup d'obstacles ensemble, tu es une fille bien. Merci pour ta gentillesse, ta disponibilité et tes encouragements. Que le Seigneur préserve toujours cette belle amitié et

qu'il bénisse ton foyer ainsi que tes deux magnifiques enfants ma princesse Castille et mon fils Ilyan.

**A DELYBE Edith**

Merci de m'avoir ouvert les portes de ta maison et ton cœur. Tu es une amie sincère, fidèle, avec une immense générosité. Merci pour ces moments formidables passés en ta compagnie. J'ai beaucoup appris en te côtoyant ; Que le Seigneur exauce tes vœux et bénisse ton fils Séga.

**A TEKA Lydie**

Merci la mère d'être là pour moi. Tu as partagé mon quotidien et tu m'as été d'un soutien inestimable durant mes années au Mali. Dans les moments difficiles, tu as toujours su trouver les mots justes pour me permettre d'aller de l'avant. Que le Seigneur bénisse ton foyer et veille sur ton enfant Pharel James.

**A ROVY Ghislaine**

Tu dégage une joie de vivre qui contamine ton entourage, ma copine de « choc » merci d'être là pour moi et pour tous ces moments, que le Seigneur te guide dans tes projets.

**A TCHAPEBONG Jean Paul**

La loyauté dont tu fais preuve en amitié est ce qui m'a permis de m'ouvrir à toi, ce qui fait de notre amitié ce qu'elle est aujourd'hui. Tu m'as tenu la main dans les moments difficiles, tu m'as fait rire et as ri avec moi et ça je n'en demande pas plus d'un ami; un vrai. Le mot merci est insuffisant pour exprimer ma reconnaissance. Puisse cette amitié perdurée toujours sous la protection du Seigneur.

**Au DR NOUPIENG Victoire**

Lorsqu'on apprend à te connaître on découvre la personne merveilleuse que tu es. Merci pour ton soutien, tes conseils et tes encouragements. Puisse le Seigneur bénir cette amitié et qu'il t'accorde une belle carrière professionnelle.

**A TATI JEANNE**

Merci d'avoir pris soin de moi autant, tu es une femme au grand cœur

**A mes oncles et tantes (papa Hugues, papa Léonard, tata Françoise, tata Edwige, tata Chantal) et tous les autres**

Vos prières m'ont toujours accompagnées, pour cela je vous dis merci.

**A mes cousins et cousines :**

Merci pour tout votre soutien

**A ma famille de Bamako**

Que puis-je dire, trop de moments formidables passé en votre merveilleuse compagnie, vous avez toujours été là lorsque le besoin se faisait ressenti et je vous en suis reconnaissante.

**A MON GROUPE D'ETUDE(jean –Paul TCHAPEBONG, JudyGaëlle OLLOMO, Eunice KAMDEM, Nicole KPWAKOUTOU)**

Au départ ce qui nous réunissait étaient les études mais aujourd'hui nous sommes une bande d'amis, merci à vous pour tous les moments passés ensemble.

**AU SERVICE DE MALADIES INFECTIEUSES**

Les internes : le chemin n'a pas été facile mais malgré tout nous avons tenu le coup ; merci pour la bonne ambiance qui a régné entre nous.

Au DES et infectiologues : je n'aurais pas pu apprendre autant si vous n'étiez pas là, chaque visite et staff était une occasion pour apprendre un peu plus. Pour cela je vous dis merci.

**AU personnel du Comme Chez Soi**

J'ai été très bien accueillie lorsque j'ai commencé à travailler parmi vous moi n'étant qu'étudiante. Avec vous j'ai goûté au monde professionnel et avec ses exigences, sa difficulté et ces avantages. Merci pour les moments passé ensemble.

**AU Peuple Malien**



Merci pour la formation reçue, pour les qualités humaines que vous m'avez inculqué. Vous avez participé à forger la femme que je suis devenue aujourd'hui. Que le Seigneur garde uni le Mali.

#### **A STATE**

La promotion à Bamako c'est comme la famille on ne la choisit pas. Heureuse d'être des vôtres. Vous avez toujours répondu présent lorsqu'un membre de cette famille avait besoin. Merci pour tous les moments passés.

#### **A L'AEESCM (Association des Elèves et Etudiants Stagiaires Camerounais au Mali)**

Grace à cette association je me suis vite intégré dans ma nouvelle vie dès mon arrivé, je me suis sentie en famille et pour cela je ne peux que vous dire merci.

#### **Aux membres de ma cour.**

Merci à Mr TRAORE Abdoulaye et sa famille pour l'accueil, Melissa ma chérie au grand cœur merci pour tout. Junior, Stella, Roland, Maimouna, Fatim merci pour tout ce que vous avez fait pour moi et courage pour la suite de vos études.

#### **A mes petites sœurs de Bamako (Tania, Dana, Tatiana)**

Merci pour le respect que vous avez témoigné pour ma personne, vous m'avez été d'une compagnie agréable et merci pour tous les services rendus.

#### **AU amis et frère : SALOMON, DR MICHEL, DJIBRIL, FRANCIS :**

Merci du soutien que vous m'avez témoigné je vous en suis reconnaissante.

A ceux dont j'ai involontaire oublié et qui ont participé de près ou de loin à l'élaboration de ce travail je vous remercie.

**HOMMAGES AUX  
MEMBRES DU JURY**

## **A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DU JURY**

### **Professeur Samba DIOP**

- **Professeur d'anthropologie médicale et d'éthique en santé,**
- **Enseignant –chercheur en écologie humaine, anthropologie et éthique en santé au DER de santé publique de la FMOS,**
- **Responsable de l'unité de recherche formative en sciences humaines, sociales et éthique SEREFO-VIH-SIDA FMOS**
- **Membres du comité éthique institutionnel et national du Mali.**

Cher Maître,

La promptitude avec laquelle vous avez accepté de présider ce jury nous a marqué. Homme humble, maître compréhensif et patient, notre respect à votre égard est grand. Veuillez accepter cher maître ces mots en guise de notre reconnaissance.

## **A NOTRE MAITRE ET JUGE**

### **Professeur Souleymane COULIBALY**

- **Psychologue clinicien au service du CHU Point-G**
- **Enseignant chercheur, maitre de conférence à la faculté de Médecine et d'Odontostomatologie de Bamako**
- **Chef de l'unité de psychologie au service de psychiatrie**
- **Secrétaire général de la Société Malienne de Santé Mentale**
- **Membre de la Société Africaine de Santé Mentale (SASM)**

Cher maître,

Nous sommes honorés de vous compter dans ce jury et de pouvoir bénéficier de votre apport pour l'amélioration de la qualité de ce travail. Votre simplicité, votre disponibilité, votre rigueur scientifique inspire l'admiration. Trouvez ici cher maître, le témoignage de notre gratitude et de notre plus grand respect.

## **A NOTRE MAITRE ET CO-DIRECTEUR**

### **Docteur Yacouba CISSOKO**

- **Spécialiste des maladies infectieuses et Tropicales**
- **Titulaire d'un Master en immunologie et infection**
- **Maitre-assistant à la FMOS**
- **Secrétaire général de la Société Malienne des Pathologies Infectieuses et Tropicale (SOMAPIT)**

Cher Maitre,

C'est l'occasion opportune pour nous de vous remercier pour tout ce que vous avez fait pour nous durant notre passage dans le service de Maladies Infectieuses. Votre disponibilité, votre gentillesse, vos qualités humaines, votre amour du travail bien fait, font de nous une étudiante fière d'avoir été à vos côtés pour l'élaboration de ce travail. Veuillez cher maitre accepter nos sincères remerciements.

## **A NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR**

### **PROFESSEUR Sounkalo DAO**

- **Professeur titulaire des maladies infectieuses à la FMOS**
- **Ancien chef de DER en Médecine et Spécialistes du médicale**
- **Chef de service des Maladies infectieuses au CHU du Point G**
- **Chercheur Senior au Centre Universitaire de Recherche Clinique (Serefo/UCRC)**
- **Président de la Société Malienne des Pathologies Infectieuses et Tropicales (SOMAPIT)**
- **Directeur de publication de la revue Malienne d'Infectiologie et de Microbiologie**
- **Membre de la société Africaine de Pathologie Infectieuses et Tropicales**
- **Membre de la société de Pathologie Infectieuse et de Langue Française (SPILF)**

Honorable Maitre,

Nous avons beaucoup appris avec vous. Vous êtes d'une grande énergie et à la recherche perpétuelle de l'amélioration de la pédagogie pour l'encadrement de vos étudiants. Votre simplicité, votre modestie, votre rigueur scientifique et la convivialité avec laquelle vous partagez vos connaissances scientifiques impose l'admiration. Trouver ici l'expression de notre plus haute considération

## SOMMAIRE

SIGLES ET ABREVIATIONS	I
LISTE DES TABLEAUX	II
INTRODUCTION	1
OBJECTIFS	4
I GENERALITES	5
II. MALADES ET METHODES	21
II. RESULTATS	26
IV.DISCUSSION ET COMMENTAIRES	51
CONCLUSION	62
RECOMMANDATION	63
REFERENCES	65

## **LISTE DES SIGLES, ABREVIATIONS ET ACRONYMES**

**ADN** : Acide Désoxyribonucléique

**ARCAD-SIDA** : Association de Recherche, de Communication et d'Accompagnement à Domicile des Personnes Vivant avec le VIH/SIDA

**ARN** : Acide Ribonucléique

**ARNS** : Agence Nationale de Recherche sur le Sida et les Hépatites Virales

**ARV** : Anti Rétroviraux

**CDC** : Center for Diseases Control

**CD4** : Cluster de Différenciation 4

**CESAC** : Centre d'Ecoute, de Soins, d'Animation et de Conseil

**CHU** : Centre Hospitalier Universitaire

**CMB** : Conseil Médical Belge

**CTV** : Conseil Test VIH

**CV** : Charge Virale

**HSH** : Homme ayant des Rapports Sexuels avec des Hommes

**IST** : Infection Sexuellement Transmissible

**OMS** : Organisation Mondiale de la Santé

**ONUSIDA** : Programme Commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA

**PTME** : Prévention de la Transmission Mère-Enfant

**PVVIH** : Personne vivant avec le VIH

**REV+** : Responsabilité Espoir Vie Solidarité Plus

**SIDA** : Syndrome d'Immunodéficience acquise



**STD** : Ecart type.

**TARV** : Traitement Anti Rétroviral

**VIH** : Virus de l'Immunodéficience Humaine

## LISTE DES TABLEAUX

TITRE	pages
Tableau I : Répartition des patients selon l'âge .....	26
Tableau II : répartition des patients selon le sexe.....	26
Tableau III : répartition selon la résidence .....	27
Tableau IV : répartition des patients selon le niveau de scolarisation.....	27
Tableau V : Répartition des patients selon la situation matrimoniale .....	28
Tableau VI : Répartition des patients selon la circonstance de découverte de sa séropositivité au VIH .....	28
Tableau VII : Répartition des patients selon qu'ils aient bénéficié ou non de counseling.....	29
Tableau VIII : Répartition des patients selon la qualification de la personne ayant annoncé la séropositivité .....	29
Tableau IX : Répartition des patients selon la réaction immédiate à l'annonce de la séropositivité au VIH .....	30
Tableau X : Répartition des patients selon l'auteur du partage de leur séropositivité au VIH .....	30
Tableau XI : Répartition des patients selon le nombre de personnes avec qui le partage de la séropositivité au VIH a été faite. ....	31
Tableau XII : Répartition des patients selon le respect du délai prévu par la loi au Mali. ....	31
Tableau XIII : Répartition des patients selon le lien qu'ils ont avec les personnes avec lesquelles ils ont partagé leur statut de séropositivité au VIH. ....	32
Tableau XIV : Répartition des patients selon la circonstance du partage de la séropositivité VIH.....	33
Tableau XV: Répartition des patients selon les raisons du partage de la séropositivité.....	34
Tableau XVI : Répartition des patients selon les réactions des personnes concernées par le partage.	35
Tableau XVII : Interaction entre le patient et la première personne concernée par partage .....	36
Tableau XVIII : Interaction entre le patient et la deuxième personne concernée par le partage.....	37
Tableau XIX : Ignorance de l'importance du partage de la séropositivité .....	37
Tableau XX : Raisons de non partage de la connaissance du statut sérologique au VIH avec l'entourage. ....	38
Tableau XXI : Nombre de patients ayant utilisés des stratégies pour cacher leur séropositivité au VIH à leur entourage .....	39
Tableau XXII : Stratégies utilisées pour garder le secret de sa séropositivité au VIH .....	40
Tableau XXIII : Appui par un tiers pour le partage la séropositivité à l'entourage. ....	41
Tableau XXIV : Répartition des patients selon la connaissance des voies de transmission du VIH .....	41
Tableau XXV : Répartition des patients selon la connaissance des mesures de prévention contre le VIH .....	42
Tableau XXVI : Répartition des patients selon l'impact du Partage du statut sérologique VIH .....	42
Tableau XXVII : Répartition des patients selon la qualité de l'observance au traitement ARV .....	43
Tableau XXVIII : Répartition des patients selon la relation entre le niveau d'instruction et le partage du statut sérologique VIH.....	43
Tableau XXIX : Répartition des patients selon la relation entre le sexe et le partage du statut sérologique au VIH. ....	44
Tableau XXX : Répartition des patients selon la relation entre l'âge et le partage du statut sérologique VIH .....	44

Tableau XXXI : Répartition des patients selon la relation entre la vie en couple et le partage du statut sérologique au VIH .....	45
Tableau XXXII : Répartition des patients selon la relation entre le counseling et le partage du statut sérologique VIH .....	45
Tableau XXXIII : Répartition des patients selon la relation entre la réaction positif à l'annonce et le partage du statut sérologique au VIH. ....	46
Tableau XXXIV : Répartition des patients selon la durée de la prise de conscience de leur statut de séropositivité au VIH et le partage .....	47
Tableau XXXV : Répartition des patients selon la relation entre l'observance au traitement ARV et le partage de leur statut de séropositivité au VIH. ....	48
Tableau XXXVI : répartition des patients selon la connaissance du mode de transmission du VIH et le partage du statut VIH .....	49
Tableau XXXVII : Répartition des patients selon la connaissance du mode de transmission du VIH et le partage de leur statut de séropositivité au VIH. ....	50

## INTRODUCTION

Le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) est un rétrovirus qui s'attaque aux cellules du système immunitaire et les détruit ou les rend inefficaces, cela crée une infection dont l'évolution aboutit au SIDA ; stade terminal de l'infection au VIH qui peut mettre 2 à 15 ans à apparaître selon le cas.

Après plus d'une trentaine d'années de lutte contre le VIH-SIDA, cette affection demeure toujours une pandémie qui frappe actuellement tous les pays du globe et revêt d'une gravité particulière dans les pays en voies de développement, ébranlant les structures sanitaires fragiles; s'ajoutant ainsi aux problèmes de santé endémique de ces pays [1].

L'Afrique subsaharienne est la région la plus touchée avec 25,5 millions de personnes infectées par le VIH soit 70% de PVVIH dans le monde en 2016 selon l'OMS[2].

Au Mali, pays endémique, les résultats de la dernière étude de séroprévalence de l'infection à VIH réalisée en 2012/2013 dans la population générale adulte au cours de l'Enquête Démographique et Santé ont montré une baisse du taux de prévalence du VIH qui est passé de 1,3% à 1,1% [3].

Malgré une amélioration importante du pronostic de cette infection, notamment depuis l'avènement des thérapies antirétrovirales hautement efficaces, dire ou évoquer sa séropositivité reste toujours une difficulté majeure pour les personnes infectées par le Virus de l'Immunodéficience Humaine (PVVIH).

Les connotations sociales de l'épidémie, les interrogations sur les modalités de transmission que cette annonce va susciter, la référence possible à des comportements sexuels ne respectant pas les normes sociales de moralité, en font une décision lourde d'implications. Ces révélations risquent de perturber les relations avec le conjoint, ce qui pourrait aggraver les effets sociaux péjoratifs de l'atteinte par le VIH.

La question du partage est une question complexe. Malheureusement, elle est encore trop souvent traitée de manière binaire (oui, la personne a partagé / non elle n'a pas partagé) et donc simpliste. En effet, le partage n'est pas forcément volontaire, il peut se faire par un tiers, mais certains peuvent plutôt le faire comprendre sans forcément le « dire » ni

l'annoncer directement. Le partage est aussi souvent partiel : la séropositivité est partagée avec certains membres de la famille, pas avec d'autres. L'environnement est important mais de nombreux déterminants individuels sont aussi à prendre en compte dans le fait de partager [4].

Quelques études témoignent de la complexité du partage de l'information qu'elles abordent selon les approches des droits humains de la santé publique, ou sous l'angle des contradictions entre obligations de santé publique et respect du secret médical [5,6].

Néanmoins le partage de son statut de séropositivité au VIH apparaît comme un aspect très important de la lutte contre le VIH/SIDA permettant de prendre des mesures de protection individuelle notamment par l'usage des préservatifs, tout en améliorant le traitement anti retro viral (TARV) et l'accès aux appuis psychologiques, économiques et sociaux [7-10].

De plus, lorsque les personnes infectées parlent ouvertement, il en résulte une prise de conscience collective de la réalité de la maladie qui est favorable à l'adoption de comportement préventif au sein de la communauté [11].

Toutefois, l'infection par le VIH en Afrique subsaharienne reste encore stigmatisante ou les réactions négatives graves peuvent contrebalancer les effets positifs de l'annonce du partage de l'information et compromettre l'accès de certaines personnes au traitement jusqu'au stade terminale de la maladie [12].

Malgré les avancées thérapeutiques, la prise en charge du VIH ne se limite pas seulement à la personne infectée mais aussi à la prise en charge de son ou ses partenaires, voire de toute la famille. En Afrique subsaharienne, de nombreuses études concernant les facteurs associés au partage de l'information sur le statut sérologique ont été réalisées principalement en Afrique de l'Est et du Sud [13-19].

Au Mali, évoquer sa séropositivité serait extrêmement difficile. Ce secret, pesant pour les malades, est aussi un facteur de contamination important et un frein à l'implication des proches dans la considération de la maladie. Alors que la question du partage est cruciale, elle reste jusqu'à présent peu prise en charge.

Au Mali, une étude antérieure a été réalisée par ARCAD-SIDA en 2011 en consortium avec d'autres organisations présentes sur 4 continents sous le nom de « Coalition plus ». Elle

portait sur l'annonce du statut des patients vivants avec le VIH à leur partenaire sexuel stable. ARCAD-SIDA avait trouvé que 73% des patients ont déclaré avoir partagé leur statut eux-mêmes et 9% par un tiers[4]. Une autre étude qualitative a été réalisée par Traoré NHD uniquement chez les femmes vivant avec le VIH au sujet du dévoilement ou non de leur séropositivité au CESAC de Bamako [20].

Cependant, aucune étude n'a porté sur le partage du statut VIH des patients avec leur entourage autre que le partenaire, ni sur les facteurs pouvant influencer ce partage chez les patients VIH au Mali. C'est pourquoi nous voulons mener dans le service de Maladies Infectieuses du CHU- Point G la présente étude intitulée :

**« PARTAGE DU STATUT SEROLOGIQUE VIH POSITIF A L'ENTOURAGE PAR LES PATIENTS SUIVIS AU SERVICE DE MALADIES INFECTIEUSES : ASPECTS MEDICO- PSYCHOSOCIAUX »**

**Questions de recherche :**

- Le partage du statut sérologique au VIH est-il fréquent chez les patients suivis au service de Maladies Infectieuses du CHU Point-G ?
- Quels sont les facteurs influençant le partage du statut sérologique au VIH chez les patients suivis au service de Maladies Infectieuses du CHU Point-G ?

**Hypothèses de recherche :**

- La proportion des patients VIH qui partagent leur statut VIH serait faible
- Il existe des facteurs qui influenceraient le partage du statut sérologique des patients à leur entourage.

## OBJECTIFS

### ❖ Objectif général

Etudier les aspects médico-Psychosociaux liés au partage du statut sérologique VIH positif à l'entourage par les patients suivis au service de Maladies Infectieuses au CHU- Point G de Bamako.

### ❖ Objectifs spécifiques

1. Déterminer la proportion des patients qui ont partagé leur statut sérologique VIH à leur entourage.
2. Décrire le profil sociodémographique des patients qui partagent leur statut sérologique VIH avec leur entourage.
3. Décrire les avantages liés au partage du statut sérologique VIH avec leur entourage.
4. Décrire les inconvénients découlant de ce partage du statut VIH avec leur entourage.
5. Identifier les facteurs qui influencent le partage par le patient de leur statut sérologique VIH à des patients avec leur entourage

## I GENERALITES

### 1.1. RAPPEL SUR L'INFECTION À VIH

#### 1.1.1. Définition

Le virus de l'immunodéficience humaine est un rétrovirus appartenant au sous-groupe des lentivirus [21].

#### 1.1.2 Historique

Les premiers cas de SIDA ont été décrits aux Etats –Unis en 1981 par l'équipe du Center for Diseases Control à Atlanta (CDC) chez les homosexuels et les héroïnomanes atteints d'infections opportunistes [22]. En 1982, la fréquence de plus en plus élevée de la maladie chez une catégorie de personnes fait apparaître la notion de « groupe à risque ».

En Afrique les premiers cas de SIDA sont rapportés chez les malades zaïrois.

En octobre de l'année 1985, les experts de l'Organisation Mondiale de la santé (OMS) réunis à Bangui en République Centrafrique proposent des critères cliniques du diagnostic du SIDA en Afrique.

#### 1.1.3 Epidémiologie de l'infection à VIH

##### 1.1.3.1. Dans le monde

Le nombre de Personnes vivant avec le VIH n'a jamais été aussi important, principalement en raison d'un meilleur accès aux traitements.

A la fin de l'année 2017, on estimait à 36.9 millions [31,1 millions - 43,9 millions] le nombre des personnes vivant avec le VIH dont 35,1 millions [29,6 millions - 41,7 millions] étaient des adultes et 1,8 million [1,3 million - 2,4 millions] des enfants (< 15 ans). 75 % [55 - 92 %] de toutes les personnes vivant avec le VIH connaissaient leur statut VIH en 2017 [23].

Le nombre annuel de nouvelles infections à VIH diminue régulièrement depuis la fin des années 1990 et on note une diminution du nombre de décès lié au VIH grâce à un élargissement et à une intensification significative de l'accès au traitement antirétroviral au cours des dernières années [24].

21,7 millions [19,1 millions - 22,6 millions] de personnes vivants avec le VIH en 2017 avaient accès au traitement antirétroviral dont 59 % [44 - 73 %] étaient des adultes de 15 ans et plus vivant avec le VIH et 52 % [37 - 70 %] des enfants de 0 - 14 ans et 80 % des femmes



enceintes vivant avec le VIH avaient accès à des médicaments antirétroviraux pour prévenir la transmission du VIH à leurs bébés. La grande accessibilité aux ARV a favorisé une augmentation du nombre de personnes de 8 millions [7,1 millions - 8,3 millions] en 2010 et 2,3 millions depuis 2016 [23].

En 2017 le nombre de nouvelles infections par le VIH était à 1,8 million, on note une réduction considérable de 47% depuis le pic de 1996 où on estimait à 3,4 millions ces nouvelles infections. Depuis 2010, les nouvelles infections à VIH chez les adultes ont diminué d'environ 16 %, passant de 1,9 million à 1,6 million en 2017, les nouvelles infections à VIH chez les enfants ont diminué de 35 % de 2010 à 2017, où ils étaient estimés à 270 000 en 2010 à 180 000 en 2017. Depuis le début de l'épidémie 77,3 millions de personnes ont été infectées par le VIH [23].

Les personnes décédées de maladies liées au sida ont été réduites de plus de 51 % depuis le pic de 2004. Le nombre de décès est passé de 1,9 million en 2004 à 1,4 million en 2010 puis à 940 000 en 2017. Depuis le début de l'épidémie 35,4 millions de personnes sont décédées de suite de maladies liées au sida [23].

En 2017, trois personnes sur quatre vivant avec le VIH (75 %) connaissaient leur statut. Parmi les personnes qui connaissaient leur statut, quatre sur cinq (79 %) avaient accès au traitement. Des personnes qui avaient accès au traitement, quatre sur cinq (81 %) ont vu leur charge virale supprimer [23].

Les populations clés et leurs partenaires sexuels représentent : 47% des nouvelles infections à VIH dans le monde avec 95 % des nouvelles infections à VIH en Europe de l'Est et en Asie centrale et au Moyen-Orient et en Afrique du Nord et 16 % des nouvelles infections à VIH en Afrique Orientale et Australe [23].

Le risque de contracter le VIH est 27 fois plus élevé chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ; 23 fois plus élevé chez les personnes qui s'injectent des drogues ; 13 fois plus élevé pour les professionnelles du sexe ; 12 fois plus élevé pour les femmes transgenres [23].

### **1.1.3.2 En Afrique de l'Ouest et du Centre**

Le nombre de personne vivant avec le VIH en 2017 était estimé à 6,1 millions.

Au cours de cette même année il y a eu 370 000 nouvelles infections où 310 000 étaient des personnes âgées de 15 ans et plus et 67 000 des enfants âgés de 0 à 14 ans.

Le nombre de décès lié au sida était de 280 000

Les personnes ayant accès au traitement antirétroviral étaient de 2,4 million [2,1 million - 2,5 millions] [23].

### **1.1.3.3 Au Mali**

Le Mali est un pays à épidémie généralisée du VIH, à prévalence basse avec tendance à la stabilisation. On note une baisse du taux de prévalence du VIH de 1,3 % à 1,1%.

Les femmes sont plus touchées que les hommes respectivement 1,3% et 0,8%.

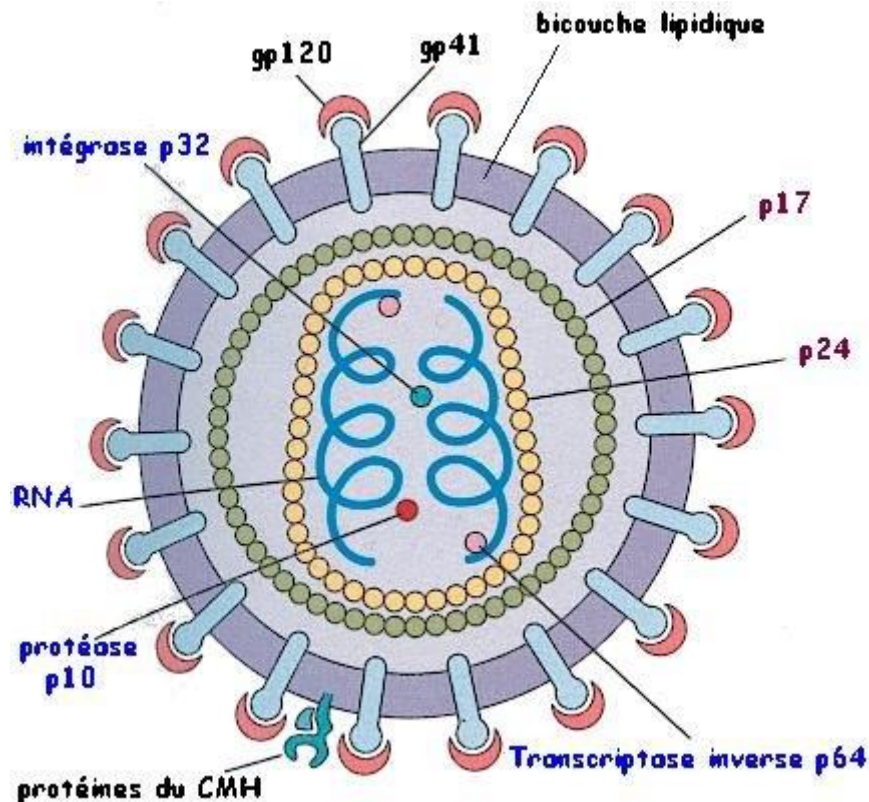
Cependant, la séroprévalence reste élevée au sein des populations clés.

La prévalence du VIH chez les femmes enceintes dépistées était de 2,9% selon le rapport de surveillance sentinelle 2012] [3].

### **1.1.4. Agent pathogène**

L'agent pathogène est le VIH et la maladie qu'il cause chez l'homme est le sida.

Le VIH possède une structure très complexe qui lui confère un certains nombres de propriétés.



**Figure 1** :Structure du VIH [25].

Le virus du SIDA se compose d'un matériel génétique (ARN) accompagné de quelques protéines, le tout contenu dans deux coques protéiques (les capsides), elles –même entourées d'une membrane, portant de protéines spécifiques qui avec la membrane forment l'enveloppe du virus.

### 1.1.5. VIROLOGIE

L'infection par le VIH est due à un virus appartenant à la famille des rétrovirus qui sont caractérisés par un génome ARN, défini par un mode de réplication passant par une étape de rétro transcription de leur acide ribonucléique en acide désoxyribonucléique [26]. Cette étape est rendue possible grâce à une enzyme spécifique : La transcriptase inverse, étape préalable à l'intégration du virus dans l'ADN des cellules humaines réceptrices.

Il existe deux type de VIH : VIH 1 et le VIH 2

Le VIH 1 représente à l'échelon mondial 90 % des souches circulantes [27]. Ce type de VIH est sous divisé en trois groupes :

- le groupe M « Major » subdivisé en dix sous-types de A à J, est largement

prédominant

- le groupe O « outlier » essentiellement localisé en Afrique centrale
- le groupe N « Non major Non outlier » rencontré essentiellement en Afrique centrale.

En Afrique de l'Ouest c'est essentiellement le sous type A qui est prédominant et en Afrique de l'Est, le sous type C.

### 1.1.6 Modes de contamination [28]

#### a) Contamination sexuelle: 70 à 80 % des cas

Le virus est présent dans les sécrétions génitales et peut donc être transmis lors d'un rapport sexuel, qu'il soit homosexuel ou hétérosexuel. En Afrique, la contamination s'effectue essentiellement par voie hétérosexuelle. Les IST (infections sexuellement transmissibles), le multi-partenariat, l'ignorance et la pauvreté sont des facteurs favorisants.

#### b) Transmission par le sang

Le virus étant présent dans le sang, il peut être transmis soit lors des pratiques comme la toxicomanie par voie intraveineuse (échanges de seringues), les tatouages, les scarifications ; soit de manière accidentelle (Accident d'Exposition au Sang) ; soit lors de transfusions. Un dépistage systématique lors des dons de sang a permis de réduire ce dernier mode de transmissions (risque résiduel estimé de 1/500.000 à 1/1.000.000).

#### c) Transmission Verticale

La transmission materno-fœtale peut survenir à différentes étapes de la grossesse.

- Pré-partum : dans la semaine précédant l'accouchement dans un tiers des cas.
- Per-partum : au moment de l'accouchement dans les deux tiers de cas.
- Post-partum : Présente également un risque d'infection pour l'enfant estimé entre 5 et 7%

#### d) Autres modes de transmission

Même s'il a été trouvé dans la salive, les urines, les larmes, le liquide céphalo-rachidien et le liquide broncho-alvéolaire ; la transmission du VIH n'est cependant pas automatique à cause de la faible concentration des virus présents dans ces liquides et de la présence éventuelle de composants inactivant les virus.

Pour ces virus, le risque de transmission est théorique et les cas anecdotiques publiés ne permettent jamais d'écarter la possibilité de souillure du liquide impliqué par le sang.

## **1.2 LE PARTAGE DU STATUT SEROLOGIQUE AU VIH**

Le terme « annonce » est utilisé pour caractériser les pratiques de transmission de l'information à propos du statut VIH de la part d'un professionnel de santé à la personne concernée, alors que le terme « partage » désigne l'annonce par cette dernière à des tiers. Dans la littérature anglo-saxonne, le terme équivalent au partage est « disclosure » qui signifie plutôt dévoiler, révéler. L'ONUSIDA et l'OMS en 2001 ont utilisé le terme de « divulgation » pour qualifier l'acte d'informer un individu ou une organisation du statut VIH positif d'une personne, que cette information soit communiquée, d'une façon ou d'une autre, par la personne elle-même ou par un tiers, avec ou sans consentement [29].

Le « partage » du statut VIH constitue une préoccupation de santé publique du fait de ses implications en matière de prévention. Le conseil test VIH (CTV) est une mesure de santé publique qui participe d'une part à la prévention de l'infection à VIH en permettant une prise de conscience du risque de transmission à un tiers et l'adoption de comportements à moindre risque d'acquisition du virus et d'autre part à une prise en charge précoce des personnes dont le test a révélé la séropositivité. Un des principaux contributeurs au succès de tout programme de CTV et même de lutte contre le VIH est la divulgation du statut au conjoint ou au membre de la famille de confiance ou à un proche associé.

Les recommandations liées à cette divulgation du statut VIH s'inscrivent dans les stratégies de prévention « positive », qui implique de promouvoir les droits humains des personnes vivant avec le VIH y compris leur santé et leurs droits sexuels et génésiques. C'est dans ce sens que l'ONUSIDA et l'OMS en 2000 ont approuvé le dévoilement du statut sérologique mais certaines conditions devaient être respectées. « Dans le contexte du VIH/SIDA, l'ONUSIDA et l'OMS préconisent la divulgation à des fins bénéfiques d'une séropositivité à VIH. Il doit s'agir d'une divulgation volontaire ; qui respecte l'autonomie et la dignité des personnes affectées ; qui préserve la confidentialité, s'il y a lieu ; qui ait une issue bénéfique pour l'individu, ses partenaires sexuels ou d'injection de drogues, et pour sa famille ; qui débouche sur une plus grande franchise au sein de la communauté à propos du VIH/SIDA ; et qui satisfasse aux impératifs de l'éthique pour le plus grand bien des personnes non infectées et des personnes infectées» [29].

Elles sont largement suivies par les professionnels de santé qui incitent également les personnes séropositives à partager l'information avec leur conjoint, et toute personne de confiance de leur entourage susceptible de leur fournir un soutien psychologique, moral ou financier pour faire face aux contraintes de l'infection à VIH. C'est dans ce même cadre que les associations de PVVIH s'engagent dans des dispositifs d'accompagnement à l'annonce.

Le partage de l'information apparaît comme un outil de prévention [30-31]. Il pourrait permettre de réduire le taux de transmission en limitant les comportements à risque [31-32]. Des études ont montré que les femmes qui partagent leur statut avec leur partenaire participent plus aux programmes de PTME (Prévention de la Transmission Mère-Enfant) [30]. D'autres montrent que les personnes qui partagent leur statut ont une meilleure observance au traitement [33]. Une étude parue en 2007 montre, avec une modélisation mathématique, que le partage du statut diminue le risque de transmission du VIH de 40,6% à 17,9%. Si l'on fait varier le taux de partage de 51,9% à 75,7%, le risque de transmission passe de 59,2% à 26,2% [34].

Par ailleurs, une étude récente montre que le partage du statut sérologique se fait préférentiellement à des moments clés pour les femmes : la fin de la grossesse, le sevrage de l'enfant ou la reprise des rapports sexuels [35-36].

Le partage permet au partenaire d'adopter des comportements préventifs en lien avec sa vie sexuelle, cela peut leur motiver à se faire dépister et à changer de comportement et ainsi favoriser la diminution de la transmission du VIH. Des études sur ce sujet réalisées auprès d'échantillons de personnes vivant avec le VIH en Amérique, en Europe, en Asie qui ont eu accès aux ARV ont indiqué plusieurs bienfaits.

Le dévoilement du statut sérologique peut être facilité par une circonstance de la vie telle que la détérioration de l'état de santé.

Pour d'autres, la question du partage est complexe et des facteurs comme le statut perçu du partenaire, le type d'activité sexuelle et la charge virale peuvent être impliqués dans la décision de révéler sa séropositivité et ne seraient pas systématiquement associés à une réduction des prises de risque [37].

Bien que le partage du statut sérologique du VIH soit un outil de prévention de la maladie, elle fait face à de nombreux obstacles sur le plan personnel à savoir le blâme, l'abandon,

l'abus physique et émotionnel, la discrimination et la perturbation des relations familiales et soulève plusieurs questions d'ordre juridique et éthique.

### **1.2.1 Aspects légaux et juridiques :**

#### **1.2.1.1. Aspects légaux :**

##### ➤ Dans le monde

En vertu du droit criminel canadien, les personnes vivant avec le VIH peuvent être accusées et poursuivies au criminel si elles n'informent pas leur(s) partenaire(s) de leur séropositivité au VIH avant d'avoir une relation sexuelle. Cette situation est appelée la « criminalisation de la nondivulgation du VIH ». Selon la cour suprême du Canada les personnes vivant avec le VIH ont une obligation de dévoiler leur séropositivité avant un rapport sexuel qui pose une « possibilité réaliste de transmission ». Selon cette cour même un très faible risque de transmission du VIH constitue une « possibilité réaliste de transmission » [38].

##### ➤ En Afrique

Dans certains cas, la loi distingue expressément l'exposition au VIH de la transmission, comme au Niger où elle punit « quiconque aura sciemment exposé autrui à un risque de transmission » [39].

Dans d'autres cas la loi condamne à la fois la transmission du VIH et la simple exposition au virus comme c'est le cas au Togo et au Bénin (en cas de non divulgation au partenaire), la pénalisation de l'exposition se déduit, soit de l'interdiction pour les PVVIH d'avoir des rapports non protégés ou à risque ; soit par le fait de sanctionner l'inoculation de substances infectées [40,41].

Au Sénégal les parlementaires ont adopté la loi n° 06/2009 relative au VIH, le 29 avril 2010 un texte qui mentionne que :

« Lorsque la personne dont le statut sérologique est positif, a reçu tous les conseils et soutiens appropriés, refuse que l'annonce soit faite alors que le risque de transmission du VIH est réel, le médecin ou toute autre personne qualifiée et en ayant le mandat, dans la formation sanitaire ou la structure concernée, peut faire l'annonce à son/sa ou ses conjoint(e)s ou partenaire(s) sexuel(le)s, dans le respect des règles éthiques, sans violer les dispositions relatives à la confidentialité prévues par les lois en vigueur ».

Ce texte impose aussi le partage du statut dans un délai bref, à des fins de prévention et il mentionne dans l'article 38 :

« Est coupable d'acte de transmission volontaire du VIH : la personne qui, sachant qu'elle est infectée aura sciemment transmis le VIH à une autre personne ; celle qui, sachant que les objets qu'elle utilise sont souillés par le VIH, aura utilisé les dits objets sur des personnes physiques ; celle qui aura, volontairement inoculé des substances infectées par le VIH à une autre personne ; celle qui, sachant que le sang offert pour la transfusion, le tissu ou l'organe donné pour être transplanté est infecté par le VIH, aura procédé à une transfusion de sang ou à une greffe de tissu ou d'organe sur une personne; celle qui aura, par tout autre mode, transmis délibérément le VIH. Les auteurs et complices d'acte de transmission volontaire du VIH, sont condamnés à un emprisonnement de 5 à 10 ans et à une amende de 2.000.000 à 5.000.000 de francs » **[42]**.

Au Mali, l'Assemblée Nationale a adopté en sa séance du 02 juin 2006 une loi concernant l'annonce aux conjoints et partenaires sexuels en son article 27 qui stipule que : « Toute personne vivant avec le VIH est tenue d'annoncer son statut sérologique au VIH à son conjoint ou partenaire sexuel le plus tôt possible. Ce délai ne peut excéder six (6) semaines révolues à compter de la date où elle a eu connaissance de son statut sérologique au VIH. Les services de prise en charge doivent apporter tout l'appui psychosocial nécessaire pour la réalisation de l'annonce, par la personne infectée par le VIH à son conjoint ou à ses partenaires sexuels. L'établissement de santé, public ou privé doit notamment 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 ses partenaires sexuels. Au cas où la personne dont le statut sérologique vient d'être connu ne se soumet pas volontairement à l'obligation d'annonce prévue à l'alinéa premier du présent article dans le délai imparti, le médecin ou tout autre personnel paramédical qualifié de l'établissement de santé, après l'en avoir informé, peut faire l'annonce au conjoint ou au partenaire sexuel, sans violer les dispositions relatives à la confidentialité, prévues par les lois en vigueur **[43]**.

Face à la multiplication des lois visant à criminaliser la transmission du VIH, l'ONUSIDA en 2008 recommandait aux gouvernements de limiter les cas de criminalisation à la transmission intentionnelle du Virus. En d'autres termes, le crime doit être considéré contre



une personne qui sait qu'elle est séropositive, qui agit avec l'intention de transmettre le Virus et le transmet en réalité (ONUSIDA, 2008). En outre il n'existe pas d'évidence que ces lois aient un impact significatif sur la transmission (ONUSIDA, 2008) [44].

#### **1.2.1.2. Aspects Juridiques**

Plusieurs personnes vivant avec le VIH/SIDA ont fait l'objet de poursuites pénales à travers le monde. Elles sont accusées d'avoir commis des actes qui impliquent une transmission ou un risque de transmission du VIH selon ONUSIDA en 2002.

Tendances des affaires criminelles canadiennes de non-divulgence du VIH mais d'après la meilleure information accessible, en date de janvier 2014 :

Depuis 1989, approximativement 155 personnes ont été accusées de criminel au Canada pour non-divulgence de leur séropositivité au VIH.

Une majorité de ces affaires ont lieu à Ontario. Les accusations portées sont habituellement pour agression sexuelle grave.

Un peu plus de 30 personnes ont été accusées en lien avec des allégations de non-divulgence du VIH au cours des trois dernières années (de janvier 2011 à janvier 2014), y compris sept femmes, et six hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH) ; dix-neuf de ces affaires ont eu lieu à Ontario.

Bien que la majorité des affaires concerne des hommes ayant des rapports sexuels avec des femmes, de plus en plus de HRSH sont accusés et traduits en justice au Canada.

Au moins 17 femmes au Canada ont été accusées au criminel pour non-divulgence de leur séropositivité au VIH. On craint sérieusement que la criminalisation ait des répercussions disproportionnées sur les communautés raciales. Une étude de 2012 a révélé que les hommes noirs représentaient 52 % de l'ensemble des affaires hétérosexuelles, entre 2004 et 2010 en Ontario.

Les taux de verdicts de culpabilité sont élevés dans les affaires de non-divulgence. À la fin de 2010, 78 % des affaires conclues (dont l'issue était connue) s'étaient soldées par une condamnation sur au moins un chef d'accusation lié à la non-divulgence du VIH, alors que seulement 16 % s'étaient terminées par un acquittement. Sept des onze personnes accusées en 2011 ont été déclarées coupables. Dans deux affaires, les accusations ont été retirées.

Le Burkina Faso fait état de deux affaires fondées sur la loi nationale sur le VIH. Il est intéressant de noter que ces deux affaires concernaient des femmes, et que celles-ci, d'abord accusées d'avoir volontairement tenté de transmettre le VIH, ont finalement été poursuivies et jugées en vertu de dispositions pénales non spécifiques au VIH. Les dispositions générales du code pénal se sont donc révélées suffisantes pour sanctionner des comportements considérés comme délictueux ou criminels liés au VIH[45].

Par ailleurs, le Togo enregistrerait quatre cas de poursuites criminelles et deux condamnations

A notre connaissance, pratiquement aucune poursuite n'a été enregistrée au Mali

Les poursuites seraient encore rares parce que la loi est mal connue des populations, que celles-ci ont un accès limité à la justice et qu'en outre, il n'est pas dans les habitudes de porter plainte. Selon Brigitte Palenfo de l'association REV+ au Burkina Faso, l'absence de poursuites judiciaire s'expliquerait aussi par le fait que la majorité des personnes séropositives ne souhaite pas révéler publiquement leur maladie[46].

#### **1.2.2.2. Considérations éthiques en lien avec les professionnels de la santé**

Le dévoilement du statut sérologique requiert le respect et l'application de plusieurs principes d'ordre éthiques.

L'éthique est définie comme « un questionnement sur les fondements moraux des pratiques sociales » [47]. Elle étudie les valeurs que l'homme se donne comme devoir de réaliser.

Selon Paul Ricoeur, un philosophe français, suggère de réserver le mot « éthique » à l'ordre du bien et celui de la morale à l'ordre de l'obligation.

Les principes éthiques sont au nombre de 4 : le respect de l'autonomie de la personne, la bienfaisance, la non malfaisance et la justice [48].

La confidentialité est l'un des principes éthiques qui en plus du respect de l'individu et du consentement éclairé, constitue le fondement de la relation Médecin-Patient selon l'association médicale mondiale en 2009. Les différentes approches éthiques soulevées par le dévoilement du statut sérologique consistent d'une part à protéger la confidentialité, la santé et le bien-être de la personne vivant avec le VIH, et d'autre part à éviter la transmission du virus à ses partenaires et à la communauté [49].

Généralement, le médecin ou autre professionnel de santé est tenu de respecter le principe de confidentialité. Toutefois, le principe de confidentialité n'est pas sans limites, et certaines situations amènent à ne pas s'y tenir. C'est notamment le cas lorsque des informations indispensables et pertinentes doivent être partagées par les professionnels de la santé qui sont chargés de la prise en charge clinique d'une personne. Souvent un petit groupe de professionnels, habituellement dans un hôpital ou un dispensaire, détiendra des informations confidentielles concernant un client, et notamment son statut sérologique vis-à-vis du VIH, qui seront essentielles pour traiter ce cas avec toute l'efficacité voulue, mais ces informations ne sortiront pas de ce groupe de professionnels. Autre situation amenant à briser la confidentialité sans le consentement du patient : lorsqu'il est clair que le comportement du patient peut nuire à une tierce personne. En pareil cas, deux principes d'éthique sont en conflit : celui de la confidentialité, et celui de ne pas nuire ; il faut alors procéder à une évaluation, difficile mais nécessaire, des préjudices et des avantages potentiels pour les intéressés, qui se rattachent à chacun de ces deux principes d'éthique, afin de déterminer quelle conduite adopter[29].

Il y a des patients séropositifs en Belgique qui ne prennent pas des mesures contre la transmission du VIH et qui ne veulent pas notifier leur statut à leurs partenaires sexuels[50]. Face à cette situation, le Conseil Médical Belge (CMB) a permis exceptionnellement aux médecins d'invoquer la nécessité de violer la confidentialité sous certaines conditions. Cette autorisation ne sera pas sans conséquences négatives sur ces personnes. Face à un comportement considéré comme moralement inacceptable, cette mesure prise par le CMB peut être interprétée comme un principe de précaution mais selon l'ONUSIDA en 2001 il a été confirmé que les principes de confidentialité et de consentement éclairé ne constituent pas des obstacles à une prévention efficace ni aux programmes de soins[29].

En réalité, appliqués convenablement, ce sont non seulement des principes d'éthique valables, mais également des outils pragmatiques permettant de protéger au mieux les personnes infectées comme les personnes non infectées.

## **1.2.2. Aspects socio-culturels**

### **1.2.2.1. Les normes du genre**

La vulnérabilité culturelle s'explique par le fait que beaucoup de femmes sont exclues de l'éducation, que la sexualité est un sujet tabou et la communication ainsi que l'éducation à la prévention du VIH/SIDA restent insuffisantes, voire inexistantes. Les femmes ne sont parfois pas bien informées du lien qui existe entre la sexualité et l'épidémie du VIH/SIDA parce qu'elles ne sont pas "censées" avoir une bonne connaissance de la sexualité ; les hommes ne sont parfois pas bien informés non plus car ils sont "censés" tout savoir sur la sexualité.

Pour atteindre ces populations, leurs valeurs et références culturelles doivent être prises en considération en adaptant le contenu des messages de prévention et d'éducation afin qu'il soit entendu et accessible.

### **1.2.2.2. Stigmatisation et Discrimination due au VIH**

La discrimination, telle que définie par la campagne mondiale contre la stigmatisation et la discrimination liées au VIH/SIDA, se produit lorsqu'on fait une distinction entre des personnes, ce qui a pour effet que ces individus sont traités de manière inégale et injuste parce qu'ils appartiennent, ou parce qu'ils sont considérés comme appartenant, à un groupe particulier [51].

La stigmatisation liée au VIH est un cercle vicieux, il nuit à la prévention du VIH ainsi qu'au dépistage et au traitement. Des personnes évitent le dépistage car elles craignent un résultat positif et la stigmatisation qui s'y associe [52].

Il est donc essentiel de remettre en question les croyances et attitudes communautaires qui renforcent la stigmatisation et la discrimination à l'égard des personnes vivant avec le VIH, en particulier les perceptions négatives qui conduisent à leur refuser le droit d'avoir des enfants ou des relations [53].

En rejetant le blâme sur certains individus et groupes particuliers, la société peut s'absoudre de la responsabilité des soins et de l'aide à leur apporter [54].

### **1.2.2.2.1 Les causes de la stigmatisation et de la discrimination**

L'infection au VIH est associée à des tabous sociaux et les causes de stigmatisation liées au VIH découlent de [52] :

- a) l'association à des comportements socialement indésirables, comme des relations sexuelles hors mariage, des partenaires sexuels multiples, l'injection de drogues ou des relations homosexuelles ;
- b) la croyance selon laquelle une personne est à blâmer pour son infection par le VIH ;
- c) l'appartenance possible de personnes vivantes avec le VIH à d'autres groupes marginalisés ;
- d) la peur du VIH et sa transmission ;
- e) l'ignorance des voies de transmission du VIH ;
- f) la peur d'une maladie qui n'a pas de remèdes et son association à la mort ;
- g) l'homophobie ;

### **1.2.2.2.2. Les différents aspects de stigmatisations[55]**

Elles peuvent toucher divers aspects de la vie de l'homme :

#### ❖ Sur les lieux de travail

Les PVVIH sont confrontées à la violation du secret médical, à leur isolement dans une salle particulière, la négligence ou le rejet par le personnel médical, à des langages discriminatoires.

#### ❖ Dans les familles

On note le rejet ou l'isolement du malade, l'expulsion de la PVVIH par la famille, la femme séropositive est exclue de la cuisine, la non prise en charge des obsèques d'un défunt, la séparation des enfants de leur mère séropositive, la confiscation des biens par la famille du mari défunt, la menace de la mort de la belle-famille à l'endroit de la veuve.

### **1.2.2.2.3. Les conséquences de la stigmatisation et la discrimination liées au VIH[55]**

La stigmatisation est source de discrimination qui entraîne des violations de droits de l'homme pour les personnes touchées par le VIH / SIDA et leur famille :

- la stigmatisation et la discrimination alimentent l'épidémie du VIH ;
- elles font obstacles à la prévention et à la prise en charge ;
- elles maintiennent le silence sur le VIH/SIDA et entretiennent le refus d'en parler ;
- elles renforcent la marginalisation des personnes touchées par le VIH/SIDA et de celles particulièrement vulnérables à l'infection par le VIH ;
- Elles découragent l'adhésion des personnes aux associations de PVVIH ;

En somme la stigmatisation et la discrimination font que les PVVIH apparaissent finalement comme un problème plutôt qu'une partie de la solution de l'épidémie.

### **1.2.2.3. Religion et VIH**

Au Mali où près de 95% des personnes sont de confession musulmane, la réaction religieuse (musulmane mais aussi chrétienne) a constitué et constitue encore, dans certains milieux, une entrave aux efforts de prévention. Une bonne partie des religieux continue à assimiler SIDA et immoralité, SIDA et adultère, le SIDA et punition divine de la faute. Un tel discours renforce les réactions négatives vis-à-vis des PVVIH dans toute la société.

### **1.2.2.4. Sororat, Lévirat et VIH**

Le sororat est le mariage d'un veuf avec la sœur de son épouse. Le lévirat est le mariage forcé d'une veuve avec le frère de son mari. Ces pratiques deviennent très dangereuses car elles peuvent ouvrir la voie à de nombreuses pathologies dont le VIH/ SIDA, surtout dans une situation où l'état sérologique du partenaire potentiel est ignoré. Il est rare dans les villages et même en ville que la famille se retrouve en conseil de famille et livre au public la maladie dont souffrait le ou la disparu(e), cette situation reste taboue de peur de voir les gens s'éloigner de l'épouse du défunt ou du mari de la défunte[56].

### **1.2.3.5. Polygamie et VIH**

Dans un contexte de polygamie, où souvent dans le même temps et dans le même espace, l'unité familiale entrecroise des modes de gestion de la sexualité, de la conjugalité et de la santé, qui ne se superposent pas parfaitement. Leurs liens sont complexes notamment du fait de la multiplicité des acteurs qui peuvent être concernés : le mari, les épouses, leurs ascendants et l'entourage. Le partage du statut VIH positif à l'un ou l'autre membre de cet ensemble y est donc le fruit de logiques complexes dont les effets peuvent être multiples et divergentes.

### **1.2.3. AVANTAGES DU PARTAGE DANS LA LUTTE CONTRE LE VIH[57]**

Les partenaires sexuels et les partenaires d'injection de drogues des personnes ayant reçu un diagnostic d'infection à VIH ont une probabilité accrue d'être également séropositifs pour le VIH. Le partage du statut aux partenaires est un moyen simple et efficace d'atteindre ces personnes qui, bien souvent, ne sont ni diagnostiquées, ni conscientes de leur exposition au VIH et pourraient accueillir positivement un soutien et la possibilité de se faire dépister pour le VIH. Ce dévoilement du statut sérologique offre plusieurs avantages notamment au sein des couples à savoir :

- soutien mutuel pour l'accès aux services de prévention, de traitement et de soins du VIH ;
- amélioration de l'observance et de la poursuite du traitement antirétroviral ;
- appui renforcé pour la prévention de la transmission de la mère à l'enfant ;
- priorité donnée à la prévention efficace du VIH chez les couples sérodiscordants (utilisation du préservatif, traitement antirétroviral et prophylaxie post exposition chez les partenaires négatifs pour le VIH) ;
- renforcement aux le recours aux services de dépistage du VIH des partenaires des personnes vivant avec le VIH ;
- augmentation de la proportion de nouveaux diagnostics chez les personnes vivant avec le VIH ;
- orientation davantage des partenaires de personnes vivant avec le VIH vers les services de traitement et de soins ;
- dépistage et prise en charges des conjoints et des enfants ;

En plus le fait de partager son statut augmenterait les opportunités pour discuter et mettre en œuvre des mécanismes de réductions du risque de contracter le VIH avec les partenaires et augmenter les opportunités de planifier pour le futur avec soin.

## II. MALADES ET METHODES

### 2.1. Cadre d'étude

Le service de Maladies Infectieuses du CHU point G a servi de cadre pour la réalisation de ce travail. Il est situé dans la commune III du district de Bamako au sein du Centre Hospitalier Universitaire du Point G qui a la triple mission de soins médicaux, de formation et de recherche. En effet, ce service constitue une référence en matière de prise en charge de toutes les pathologies infectieuses et un service de niveau trois de prise en charge dans la pyramide sanitaire du Mali. Il faut rappeler que le service de Maladies Infectieuses est l'unique référence en matière de prise en charge des pathologies infectieuses dans le pays.

#### Présentation du Service des maladies infectieuses :

##### ❖ Ressources humaines en 2018 :

Elles se répartissent en fonctionnaires, contractuels et personnel d'appui (dans le cadre du Fonds Mondial).

##### ✓ Les fonctionnaires de l'Etat :

- Deux Professeurs titulaires des Maladies Infectieuses et Tropicales,
- Trois Maîtres assistants infectiologues
- Deux Médecins infectiologues Chargés de recherche
- Deux infectiologues praticiens hospitaliers
- Trois techniciens supérieurs de santé dont le major

##### ✓ Les contractuels du CHU du Point G

- Une hôtesse faisant office de secrétaire
- Une aide-soignante
- Quatre techniciens de surface

##### ✓ Personnel d'appui recrutés par le Fond Mondial

- Deux médecins généralistes
- Une infirmière
- Un médecin opérateur de saisie
- Un psychologue

En plus de ce personnel il y'a 4 médecins en 2<sup>ème</sup> année de spécialisation et 2 médecins en 1<sup>ère</sup> année de spécialisation de Maladies Infectieuses et Tropicales, dix étudiants en thèse



(faisant fonction d'interne) et des étudiants stagiaires de la faculté de médecine et d'odontostomatologie (FMOS).

## 2.2 Malades et Méthodes

### 2.2.1. Type et période d'étude

Il s'agissait d'une étude transversale de type descriptif et analytique, ayant couvert la période nécessaire allant du 15 Mai au 15 Aout pour obtenir la taille minimale de l'échantillon calculé plus bas (que nous estimons à 3 mois).

### 2.2.2. Population d'étude

**Population cible** : Concernait toutes les personnes vivant avec le VIH suivis au service de Maladies infectieuses du CHU Point –G

**Population source** : Etait constituée de toutes les personnes vivant avec le VIH, suivis au service durant notre période d'étude et répondant à nos critères de sélections.

### 2.2.3. Echantillonnage

Il a été non probabiliste et la technique de commodité ou accidentel a été utilisée.

$$\text{Taille l'échantillon } N = \frac{t^2 \times p(1-p)}{m^2} = \frac{1.96^2 \times 0.73(0.27)}{0.05^2}$$

t = niveau de confiance à 95% (valeur type de 1,96)

p = proportion estimée de PVVIH partageant leur statut à partir de l'étude d'ARCAD SIDA au (Mali) 73%

m = marge d'erreur à 5% (valeur type de 0,05)

Soit N = 302

### 2.2.4. Critères de sélection

#### a) Critère d'inclusion

Ont été inclus dans notre étude, les patients ayant :

- Un âge supérieur ou égal à 18 ans
- Un statut sérologique positif pour le VIH
- La connaissance de leur statut sérologique pour le VIH
- Patient ayant traversé la période post critique de l'annonce (6 mois au moins)
- Donné leur consentement oral pour la participation à l'étude

## b) Critères de non inclusion

N'ont pas été inclus toute personne vivant avec le VIH:

- Age inférieur à 18 ans
- qui ne sera pas consentante à participer à l'étude

## 2.2.5 Supports

Nous avons utilisé comme supports :

- Les registres de dépistages, d'hospitalisation
- Les dossiers des malades
- Une fiche d'enquête établie à cet effet

La collecte des données a été faite à l'aide d'une fiche d'enquête (questionnaire) et aussi les registres et dossiers d'hospitalisation et de consultation (suivi) des PVVIH.

## 2.2.6. Variable étudiées

Les variables étudiées ont été quantitatives et qualitatives.

### - Variables quantitatives :

Age, délais entre l'annonce et le partage, les taux de CD4 et la charge virale au diagnostic et actuel

### - Variables qualitatives

**Sexe** : Désigne le genre masculin ou féminin à la recherche d'une prédominance qui nous amènera à déterminer le sex-ratio.

**Niveau d'instruction** : Renseignera si le PVVIH est instruite ; donc a bénéficié d'une éducation de l'école française (Primaire, secondaire ou supérieur) ou non instruite dans le cas contraire.

**Profession** : Permettra de savoir si le PVVIH est en activité ou pas

**Provenance** : Commune dans laquelle vit la PVVIH.

**Statut matrimonial** : Désigne si le PVVIH est en couple (mariée monogamie/polygamie) ou seul (divorcée, veuve ou jamais mariée).

**Type de famille** : Nucléaire ou grande famille, pour savoir le poids de celle-ci sur le partage

❖ **Situation de l'annonce :**

Dépistage (circonstance ; date ; auteur ; counseling pré et post test, réaction immédiate à l'annonce)

❖ **Variable explicative de l'annonce à détailler**

### **2.2.7.Saisie et analyse des données**

La saisie et l'analyse des données sont faites sur le logiciel SPSS 22.0. Le test de khi2 est utilisé pour chercher le lien entre le partage du statut et d'autres variables ainsi que le test de Mann Whitney, avec un seuil d'erreur  $\alpha=0,05$  d'où significativité lorsque P-value  $\leq 0,05$  et le test exact de Fischer utilisé pour les petits effectifs

### **2.2.8. Définition opérationnelle des termes**

- Critère de séropositivité au VIH : Deux sérologies VIH positives
- Partage du statut VIH : Pour qualifier l'acte d'informer un individu ou une organisation du statut VIH positif d'une personne, que cette information soit communiquée, d'une façon ou d'une autre, par la personne elle-même ou par un tiers, avec ou sans consentement.
- Observance : Est le degré de concordance entre le comportement d'un individu (en termes de prises médicamenteuses, de suivi du régime thérapeutique ou de changement de style de vie) et les recommandations médicales.
  - Bonne : C'est-à-dire il y a concordance entre le comportement d'un individu et les recommandations médicales.
  - Mauvaise : Lorsqu'il n'existe pas de concordance entre le comportement de l'individu et les recommandations médicales.
- Accepté immédiatement son statut : ce sont les patients qui ont acceptés dans la salle de consultation leur séropositivité au VIH sans aucune autre forme d'émotion lors de l'annonce du statut.

### **2.2.9. Considérations éthiques**

La participation à cette étude a été conditionnée par le consentement du patient. Au cours de cette étude, l'identité de chaque patient inscrit sur le dossier est restée confidentielle. Chaque dossier est identifié par un numéro anonyme et les données recueillies sur les

patients sont traitées de façon confidentielle de sorte que les fiches d'enquêtes sont disposées dans un endroit fermé où je suis la seule à avoir accès. La saisie des données fut protégée par un mot de passe dont je suis la seule à connaître. Les patients n'ont pas été identifiés dans les publications scientifiques et/ou dans les présentations liées à cette étude. Les patients n'ayant pas partagé leur statut sérologique ont été encouragés à le faire en vue de procéder à la prise en charge globale.

### 2.2.10. Chronologie des activités : *Diagramme de Gantt*

Activités	Janvier 2018	Février 2018	Mars 2018	Avril 2018	Mai 2018	Juin 2018	Juillet 2018	Aout 2018	Septembre 2018	Octobre 2018	Novembre 2018	Décembre 2018
Protocole												
Revue Littérature												
Enquête												
Généralités												
Analyse Données												
Redaction												
Correction Thèse												
Soutenance												

## II. RESULTATS

Nous avons colligé dans le service de Maladies Infectieuses 302 patients répondant à nos critères d'inclusion durant la période du 15 Mai au 15 Août soit une fréquence de 73,2% de partage du statut de séropositivité au VIH avec au moins une personne.

### 3.1. Données sociodémographiques

#### 3.1.1. Age des patients

**Tableau I : Répartition des patients selon l'âge**

Classe d'âge	Effectif	Pourcentage (%)
18 -24 ans	4	1,3
25 -34 ans	69	22,8
35-44 ans	96	31,8
<b>45 ans et plus</b>	<b>133</b>	<b>44,0</b>
Total	302	100,0

L'âge moyen de nos patients était de  $42,8 \pm 10,5$  ans avec un minimum de 20 ans et un maximum de 71 ans.

#### 3.1.2. Sexe des patients

**Tableau II : répartition des patients selon le sexe**

Sexe	Effectif	Pourcentage (%)
<b>Féminin</b>	<b>214</b>	<b>70,9</b>
Masculin	88	29,1
Total	302	100,0

Le sexe féminin était majoritaire avec 70,9% des cas avec un sex ratio de 0,41

### 3.1.3. Résidence des patients

**Tableau III : répartition selon la résidence**

Résidence des patients	Effectif	Pourcentage (%)
Bamako Commune 1	43	14,2
Commune 2	14	4,6
Commune 3	54	17,9
Commune 4	34	11,3
<b>Commune 5</b>	<b>61</b>	<b>20,2</b>
Commune 6	45	14,9
Hors de Bamako	49	16,3
Hors du Mali*	2	0,7
<b>Total</b>	<b>302</b>	<b>100,0</b>

\*Guinée Conakry

La majorité des patients provenait de la ville de Bamako (83%) avec 20,2 % pour la commune 5 à elle seule.

### 3.1.4. Niveau de scolarisation des patients

**Tableau IV : répartition des patients selon le niveau de scolarisation**

Niveau de scolarisation	Effectif	Pourcentage (%)
Ecole conventionnelle Primaire	74	24,5
Secondaire	73	24,2
Supérieure	29	9,6
Ecole coranique	20	6,6
<b>Non scolarisé</b>	<b>106</b>	<b>35,1</b>
<b>Total</b>	<b>302</b>	<b>100,0</b>

Trente-cinq virgule un% des patients n'étaient pas scolarisés.

### 3.1.5. Situation matrimoniale des patients

**Tableau V** : Répartition des patients selon la situation matrimoniale

Situation Matrimoniale	Effectif	Pourcentage (%)
Marié (e) <b>monogamie</b>	<b>114</b>	<b>37,7</b>
polygamie	63	20,9
Jamais marié(e)	29	9,6
Divorcé (e)	28	9,3
Veuf (Ve)	66	21,9
Total	302	100,0

La plupart de nos patients étaient marié dans un régime monogamique soit 37,7%.

### 3.2. Données relatives à l'annonce

#### 3.2.1. Circonstance de découverte de la séropositivité au VIH

**Tableau VI** : Répartition des patients selon la circonstance de découverte de sa séropositivité au VIH

Circonstance de découverte	Effectif	Pourcentage (%)
Dépistage volontaire	56	18,5
<b>Diagnostic clinique</b>	<b>232</b>	<b>76,8</b>
PTME	13	4,3
Don de Sang	1	0,3
Total	302	100,0

La circonstance de découverte de la séropositivité au VIH la plus fréquente était la présence d'une symptomatologie clinique soit 76,8% des cas.

### 3.2.2. Effectivité ou non du counseling

**Tableau VII** : Répartition des patients selon qu'ils aient bénéficié ou non de counseling

Counseling	Oui		Non		Total
	N	(%)	N	(%)	
Pré test	128	42,4	174	57,6	302 (100%)
<b>Post test</b>	<b>288</b>	95,4	14	4,6	

Un counseling pré test n'a pas été fait dans 57,6% mais un counseling post test a été fait dans 95,4%.

### 3.2.3. Qualification de la personne ayant fait l'annonce

**Tableau VIII** : Répartition des patients selon la qualification de la personne ayant annoncé la séropositivité

Personne ayant annoncé la séropositivité	Effectif	Pourcentage (%)
<b>Médecin</b>	<b>280</b>	92,7
Infirmier	5	1,7
Psychologue	11	3,6
Sage-femme	6	2,0
Total	302	100,0

Les médecins sont ceux ayant le plus annoncé aux patients, leur statut de séropositivité au VIH soit dans 92,7% des cas.



### 3.2.4. Type de réactions à l'annonce

**Tableau IX:**Répartition des patients selon la réaction immédiate à l'annonce de la séropositivité au VIH

Réaction immédiate à l'annonce	Effectif	Pourcentage (%)
<b>Attitude Positive</b>	<b>169</b>	<b>56,0</b>
Douleur morale	77	25,5
Indifférence	33	10,9
Peur	10	3,3
Déni	9	3,0
Découragement	3	1,0
Culpabilité	1	0,3
<b>Total</b>	<b>302</b>	<b>100,0</b>

Dans 56% des cas d'annonce de leur statut de séropositivité au VIH, les patients ont eu une attitude positive.

### 3.3. Données relatives au partage

#### 3.3.1. Auteur du partage

**Tableau X :**Répartition des patients selon l'auteur du partage de leur séropositivité au VIH

Partage de la séropositivité au VIH		Effectif	Pourcentage (%)	
<b>Oui</b>	par soi même	<b>221</b>	<b>73,2</b>	
	Partage par un tiers	Avec mon accord	8	2,7
		Sans mon accord	7	2,3
	Sous Total		236	-
<b>Non</b>		66	21,8	
<b>Total</b>		<b>302</b>	<b>100</b>	

Le partage de la séropositivité au VIH a été fait par le patient lui-même dans 73,2% des cas.

### 3.3.2. Nombre de personnes concernées par le partage

**Tableau XI:** Répartition des patients selon le nombre de personnes avec qui le partage de la séropositivité au VIH a été faite.

Partage de la séropositivité au VIH	Effectif	Pourcentage (%)
<b>Avec une personne</b>	<b>169</b>	56,0
Partage* Avec deux personnes	52	17,2
Pas de partage par le patient lui même	81	26,8
Total	302	100

\* celui qui a partagé avec deux personnes a forcément partagé avec une première personne donc le total de ceux qui ont partagé avec une personne égale à  $169+52=221$

Le partage de la séropositivité au VIH a été faite avec une personne dans 56% de cas et avec deux personnes dans 17,2 % de cas.

### 3.3.3. Nombre de patients ayant partagé dans le délai prévu par la loi au Mali

**Tableau XII :** Répartition des patients selon le respect du délai prévu par la loi au Mali.

Partage	Effectif	Pourcentage (%)
Oui	188	85,1
Fait dans les délais légaux Non	33	14,9
Sous Total	221	100,0
Non Fait	81	26,8
Total	302	

Le partage de la séropositivité au VIH a été faite dans les délais légaux de 6 semaines dans 81,5% de cas.

### 3.3.4. Type de lien avec les personnes concernées par le partage

**Tableau XIII:** Répartition des patients selon le lien qu'ils ont avec les personnes avec lesquelles ils ont partagé leur statut de séropositivité au VIH.

Partage avec Lien avec la personne concernée par le partage	une 1 <sup>ère</sup> personne		une 2 <sup>ème</sup> personne		Total	
	N	%	N	%	N	%
<b>Conjoint</b>	127	57,5	3	5,8	<b>130</b>	47,6
Frère/ sœur	32	14,5	25	48,1	57	20,9
Enfant	23	10,4	3	5,8	26	9,5
Mère	21	9,5	9	17,3	30	11,0
Père	6	2,7	4	7,7	10	3,7
Ami	5	2,3	2	3,8	7	2,6
Tante	3	1,4	2	3,8	5	1,8
Oncle	3	1,4	0	0,0	3	1,1
Beau frère	1	0,5	0	0,0	1	0,4
Coépouse	0	0,0	4	7,7	4	1,5
<b>Sous-total</b>	221	100,0	52	100,0	273	100,0
Partage non effectuée par le patient lui-même	81	26,8	250	82,8		
<b>Total</b>	302	100	302	100		

La séropositivité au VIH a été partagée avec une première personne ensuite avec une deuxième personne était en direction des conjoints 47,6% des cas, suivi d'un membre de la fratrie dans 20,9% des cas.

### 3.3.5. Circonstance de partage

**Tableau XIV** : Répartition des patients selon la circonstance du partage de la séropositivité VIH.

Partage avec Circonstance du partage	une 1 <sup>ère</sup> personne		une 2 <sup>ème</sup> personne		Total	
	N	%	N	%	N	%
<b>Maladie</b>	144	65,1	33	63,5	<b>177</b>	<b>64,8</b>
Causerie	29	13,1	12	23,2	41	15,1
Séropositivité du conjoint	24	10,8	1	1,9	25	9,2
Décès	8	3,6	2	3,8	10	3,7
Bilan pré-nuptial	7	3,2	0	0	7	2,6
Grossesse	5	2,3	0	0	5	1,8
Séropositivité de l'enfant	3	1,4	1	1,9	4	1,4
Prise de médicaments	1	0,5	1	1,9	2	0,7
Séropositivité de la coépouse	0	0	2	3,8	2	0,7
<b>Sous-total</b>	221	100,0	52	100,0	273	100,0
Partage non effectuée par le patient lui-même	81	26,8	250	82,8		
<b>Total</b>	302	100	302	100		

La maladie était la circonstance la plus évoquée (64,8%) pour le partage de la séropositivité au VIH à une première et à une deuxième personne.

### 3.3.6. Raisons du partage

**Tableau XV:** Répartition des patients selon les raisons du partage de la séropositivité.

Raisons du partage	Partage avec une 1 <sup>ère</sup> personne		une 2 <sup>ème</sup> personne		Total	
	N	%	N	%	N	%
<b>Devoir</b>	41	18,6	33	63,5	<b>74</b>	<b>27,1</b>
Motiver le partenaire à faire le test	41	18,6	12	23,1	53	19,4
Reconnaissance du patient	33	14,9	1	1,9	34	12,5
Confiance à l'entourage	33	14,9	2	3,8	35	12,8
Lien familial	25	11,3	0	0,0	25	9,2
Lien conjugal	24	10,9	0	0,0	24	8,8
Conseil du docteur	9	4,1	1	1,9	10	3,7
Démystification	7	3,2	1	1,9	8	2,9
Aucune raison évoquée	3	1,3	2	3,8	5	1,8
Soutien de l'entourage	3	1,3	0	0,0	3	1,1
Peur	1	0,4	0	0,0	1	0,4
Besoin d'enfant	1	0,4	0	0,0	1	0,4
<b>Sous-total</b>	<b>221</b>	<b>100,0</b>	<b>52</b>	<b>100,0</b>	<b>273</b>	<b>100,0</b>
Partage non effectuée par le patient lui-même	81	26,8	250	82,8		
<b>Total</b>	<b>302</b>	<b>100</b>	<b>302</b>	<b>100</b>		

La raison la plus souvent évoquée pour le partage de leur séropositivité au VIH par les patients était le devoir (soit 27,1% des patients).

### 3.3.7. Réactions des personnes concernées par le partage

**Tableau XVI** : Répartition des patients selon les réactions des personnes concernées par le partage.

Partage avec Réaction des personnes concernées par le partage	une 1 <sup>ère</sup> personne		une 2 <sup>ème</sup> personne		Total	
	N	%	N	%	N	%
<b>Acceptation</b>	178	80,5	41	78,8	<b>219</b>	80,2
Indifférence*	34	15,4	8	15,4	42	15,4
Douleur	4	1,8	1	1,9	5	1,8
Déni	3	1,4	2	3,8	5	1,8
Surprise	2	0,9	0	0,0	2	0,7
<b>Sous-total</b>	221	100	52	100,0	273	100,0
Partage non effectuée par le patient lui-même	81	26,8	250	82,8		
<b>Total</b>	302	100	302	100		

*\*indifférence c'est-à-dire n'a présenté aucun état émotionnel lors du partage du statut par le PVVIH*

Les personnes concernées par le partage ont immédiatement accepté dans 80,2% le statut sérologique VIH des patients.

### 3.3.8. Interaction entre les patients et la première personne concernée par le partage

**Tableau XVII:** Interaction entre le patient et la première personne concernée par partage

Interaction avec la première personne	Oui		Non		Sans réponse		Sous-Total	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N*	(%)
Informé du statut avant le partage	7	3,2	168	76,0	46	20,8	221	100
Echanger sur la raison du partage	199	90,0	22	10			221	100
Abord du Statut de la personne concernée	143	64,7	78	35,3			221	100

La plupart des personnes avec qui le statut a été partagé (76,0%) ignorait la séropositivité des patients avant le partage.

La raison du partage a été discutée avec la personne recevant le partage dans 90,0 % des cas par nos patients.

La majorité des patients (64,7%) ont abordé la question du statut sérologique de la personne avec laquelle ils ont partagé leur séropositivité au VIH

### 3.3.9. Interaction entre le patient et la deuxième personne concernée par le partage

**Tableau XVIII:** Interaction entre le patient et la deuxième personne concernée par le partage

Interaction avec la deuxième personne	Oui		Non		Sans réponse		Sous-Total	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)
Informé du statut avant le partage	3	5,8	<b>49</b>	94,2			52	100
Echange sur la raison de partage	<b>44</b>	84,6	8	15,4			52	100
Abord du statut de la personne concernée ?	10	19,2	42	80,8			52	100

La plupart des personnes concernées par le partage du statut sérologique par le patient avec une deuxième personne n'étaient pas au courant du statut VIH des patients avant le partage soient 94,2% des cas.

La raison a été partagé dans 84,6% des cas.

### 3.3.10. Ignorance de l'importance du partage de la séropositivité avec l'entourage

**Tableau XIX :** Ignorance de l'importance du partage de la séropositivité

Ignorance de l'importance du partage de la séropositivité	Oui		Non		Sous -Total	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)
Importance de la connaissance de votre statut VIH par l'entourage	6	9,1	<b>60</b>	90,9	66	100

Parmi les patients n'ayant pas partagé leur statut de séropositivité au VIH, 90,9% ne voyaient pas l'importance que l'entourage sache leur statut.

### 3.3.11. Raisons du non partage du statut sérologique VIH avec l'entourage



**Tableau XX:** Raisons de non partage de la connaissance du statut sérologique au VIH avec l'entourage.

Raisons non partage	Effectif	Pourcentage (%)
<b>Peur de la non compréhension</b>	<b>20</b>	<b>30,3</b>
Pas d'importance à ce que les gens le sache	16	24,2
Pas de confiance	12	18,2
Honte	12	18,2
Conseil de docteur	3	4,5
Peur de divulgation de la maladie	3	4,5
Sous total	66	100
<hr/>		
Partage du statut par le patient ou un tiers	236	78,1
<hr/>		
Total	302	

Les raisons de non partage étaient multiples et variées.

- ❖ La peur du manque de compréhension de la part de l'entourage était la plus évoquée dans 30,3% des cas.
- ❖ 24,2% des patients ne voyaient pas l'importance de faire savoir leur statut de séropositivité au VIH à leur entourage vu qu'ils étaient déjà sous traitement.

### 3.3.12. Nombre de patients ayant utilisé les stratégies afin de garder leur secret face à l'entourage

**Tableau XXI:** Nombre de patients ayant utilisés des stratégies pour cacher leur séropositivité au VIH à leur entourage

	Oui		Non		Sous-Total	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)
Nombre de patients utilisant les stratégies	<b>43</b>	65,2	23	34,8	66	100

Parmi ceux n'ayant pas partagé leur statut sérologique VIH positif à leur entourage 65,2% utilisaient des stratégies pour cacher ce statut à l'entourage.

### 3.3.13. Stratégies utilisées pour le non dévoilement du statut de séropositivité au VIH à l'entourage

**Tableau XXII** : Stratégies utilisées pour garder le secret de sa séropositivité au VIH

Stratégie utilisée	Effectif	Pourcentage (%)
<b>chambre fermée</b>	<b>13</b>	<b>30,2</b>
attente d'être seule avant la prise de médicaments	11	25,5
Autre raison pour justifier le traitement	7	16,3
changement boite de médicaments	6	14,0
prend les médicaments aux toilettes	3	7,0
enlève l'étiquette de la boite des médicaments	3	7,0
Sous-Total	43	100
Patient n'ayant pas utilisé de stratégie	23	34,8
Partage du statut par le patient ou un tiers	236	78,1
Total	302	

Les stratégies les plus utilisées par nos patients pour cacher leur séropositivité au VIH à leur entourage étaient la fermeture de leur chambre suivie de l'attente d'être seul avant la prise de médicaments dans respectivement 30,2% et 25,5% des cas.

### 3.3.14. Appui par un tiers pour le partage

**Tableau XXIII** : Appui par un tiers pour le partage la séropositivité à l'entourage.

Interaction	Oui		Non		Total	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)
quelqu'un vous a encouragé à partager	<b>208</b>	68,9	94	31,1	302	100
Quelqu'un vous a dit comment partager	<b>203</b>	67,2	99	32,8	302	100
Avez-vous déjà eu l'appui d'une association ?	9	3	<b>297</b>	97	302	100

Les patients ont été encouragés à partager leur statut sérologique au VIH dans 68,9% des cas.

Les patients ont été informé de comment procédé au partage de leur séropositivité au VIH dans 67,2% des cas.

Les patients n'ont pas bénéficié d'appui d'une association pour partager leur statut de séropositivité au VIH dans 97% des cas.

## 3.4. Connaissances sur le VIH

### 3.4.1. Connaissance des voies de transmissions

**Tableau XXIV**: Répartition des patients selon la connaissance des voies de transmission du VIH

Mode de transmission	Oui		Non		Total	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)
Sexe	237	78,5	65	21,5	302	100
Sang	<b>247</b>	81,8	55	18,2	302	100
Mère-enfant	32	10,6	270	89,4	302	100

La transmission par la voie sanguine était connue par 81 ,8 % de nos patients

### 3.4.2. Connaissance des mesures de prévention

**Tableau XXV:** Répartition des patients selon la connaissance des mesures de prévention contre le VIH

Mode de prévention	Oui		Non		Total	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)
Préservatifs	<b>216</b>	71,5	86	28,5	302	100
Eviction des objets souillés	139	46	163	54	302	100
Abstinence	10	3,3	292	96,7	302	100

Le port de préservatifs était la mesure de prévention la mieux connue dans 71,5% des cas.

### 3.5. Impact du partage du statut VIH avec l'entourage

#### 3.5.1. Impact du partage avec l'entourage

**Tableau XXVI :** Répartition des patients selon l'impact du Partage du statut sérologique VIH

Impact	Oui		Non		Sous-Total	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)
Avantages	<b>210</b>	95	11	5	221	100
Stigmatisation	15	6,8	206	93,2	221	100
Changement statut matrimoniale*	10	4,5	<b>211</b>	5	221	100
Soutien familial	<b>210</b>	95	11	1,8	221	100

*\*changement de statut matrimonial : trois patients sont passé de célibataire à marié(e) et sept patients de marié(e) à divorcé(e) après le partage de leur statut de séropositivité au VIH.*

Le partage du statut de séropositivité au VIH était avantageux dans 95% des cas et ces patients bénéficiaient d'un soutien familial.

La majorité de ceux qui ont partagé leur statut de séropositivité au VIH n'était pas stigmatisé et représentait 93,2% des cas. Le statut matrimonial était conservé dans 95,5% des cas.

### 3.5.2. Qualité de l'observance

**Tableau XXVII** : Répartition des patients selon la qualité de l'observance au traitement ARV

	Bonne		Mauvaise		Total	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)
Observance au traitement ARV	<b>258</b>	<b>85,4</b>	44	14,6	302	100

Les patients étaient observant au traitement ARV dans 85,4% des cas

### 3.6. Facteurs influençant le partage

#### 3.6.1. Lien avec le niveau de scolarisation

**Tableau XXVIII**: Répartition des patients selon la relation entre le niveau de scolarisation et le partage du statut sérologique VIH.

Partage \ Niveau de scolarisation	Oui		Non		Total	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)
Non scolarisé	88	69,8	38	30,2	126	100
<b>Primaire</b>	<b>59</b>	<b>79,7</b>	15	20,3	176	100
Supérieur et secondaire	74	72,5	28	27,5	102	100
Total	221	73,2	81	26,8	302	100

$P=0,31$

Il n'y avait pas de lien statistique significatif entre le niveau de scolarisation et le partage du statut de séroposivité au VIH.

### 3.6.2. Lien entre le partage du statut de séropositivité au VIH et le sexe du malade.

**Tableau XXIX:** Répartition des patients selon la relation entre le sexe et le partage du statut sérologique au VIH.

Partage \ Sexe	Oui		Non		Total	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)
Féminin	<b>161</b>	<b>75,2</b>	53	24,8	214	100
Masculin	60	68,2	28	31,8	176	100
Total	221	73,2	81	26,8	302	100

*P-value=0,25*

Les femmes ont partagé leur statut dans 75,2% des cas contre 68,2% pour les hommes, mais cette différence n'était pas statistiquement significative ( $P\text{-value}>0,05$ ).

D'où le partage du statut de séropositivité au VIH à l'entourage n'est pas lié au sexe du malade

### 3.6.3. Lien entre le partage du statut de séropositivité au VIH et l'âge du malade.

**Tableau XXX:** Répartition des patients selon la relation entre l'âge et le partage du statut sérologique VIH

Partage \ Tranche d'âge	Oui		Non		Total	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)
Inférieur à 35 ans	54	74,0	19	26,0	73	100
35 à 44 ans	60	62,5	36	37,5	96	100
45 et plus	<b>107</b>	<b>80,5</b>	26	19,5	133	100
Total	221	73,2	81	26,8	302	100

*P-value=0,1*

Les patients ayant une tranche d'âge inférieur à 35ans ont partagé leur statut dans 74%des cas contre 62,5% pour ceux qui ont entre 35 et 44 ans et 80,5% pour ceux qui ont plus de 44 ans, cependant cette différence n'est pas statistiquement significative ( $P\text{-value}>0,05$ ).

D'où l'âge du malade ne détermine pas le partage de son statut de séropositivité au VIH à son entourage.

### 3.6.4. Lien entre le partage du statut de séropositivité au VIH et la vie en couple.

**Tableau XXXI:** Répartition des patients selon la relation entre la vie en couple et le partage du statut sérologique au VIH

Partage \ Vie en couple	Oui		Non		Total	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)
<b>Oui</b>	<b>140</b>	<b>78,2</b>	39	21,8	179	100
Non	81	65,9	42	34,1	96	100
<b>Total</b>	<b>221</b>	<b>73,2</b>	<b>81</b>	<b>26,8</b>	<b>302</b>	<b>100</b>

*P-value=0,02*

Les patients en couple ont plus partagé leur statut comparativement à ceux qui ne le sont pas (78,2% vs 65,9% des cas) et cette différence était statistiquement significative ( $P\text{-value} < 0,05$ )

La vie en couple facilite donc le partage du statut de séropositivité au VIH du malade à son partenaire.

### 3.6.5. Lien entre le partage du statut de séropositivité au VIH et l'effectivité ou non du counseling

**Tableau XXXII:** Répartition des patients selon la relation entre le counseling et le partage du statut sérologique VIH

Partage \ Counseling	Oui		Non		Total	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)
<b>Oui</b>	<b>96</b>	<b>75,0</b>	32	25,0	128	100
Non	125	71,8	49	28,2	96	100
<b>Total</b>	<b>221</b>	<b>73,2</b>	<b>81</b>	<b>26,8</b>	<b>302</b>	<b>100</b>

*P-value=0,6*

Il n'y a pas de différence statistiquement significative dans le partage de leur statut entre ceux qui ont bénéficié d'un counseling pré test et ceux qui n'en n'ont pas bénéficié.



### 3.6.6. Lien entre le partage du statut de séropositivité au VIH et le type de réaction

**Tableau XXXIII:** Répartition des patients selon la relation entre la réaction positive à l'annonce et le partage du statut sérologique au VIH.

Partage \ Réaction	Oui		Non		Total	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)
Positive à l'annonce	<b>133</b>	<b>78,7</b>	36	21,3	169	100
Non	88	66,2	45	33,8	133	100
Total	221	73,2	81	26,8	302	100

*P-value=0,02*

Les patients ayant eu une réaction positive à l'annonce ont partagé le plus leur statut dans 78,7% contre 66,2% des cas, et cette différence était statistiquement significative ( $P$ -value<0,05).

La réaction du patient à l'annonce de son statut de séropositivité au VIH influence donc le partage de son statut à son entourage.

### 3.6.7. Lien entre le partage du statut de séropositivité au VIH et la durée de la prise de conscience

**Tableau XXXIV:** Répartition des patients selon la durée de la prise de conscience de leur statut de séropositivité au VIH et le partage

Partage \ Durée	Oui		Non		Total	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)
Moins de 2 ans	64	66,0	33	34,0	97	100
2 ans et plus	<b>157</b>	76,6	48	23,4	205	100
Total	221	73,2	81	26,8	302	100

P-value=0,04

Les patients qui connaissaient leur statut il y a plus de deux ans ont plus partagé leur statut que ceux qui le connaissent il y a moins de deux ans (76,6% vs 66,0% des cas). Cette différence était statistiquement significative (P-value=0,04). La durée de connaissance du statut de séropositivité au VIH par le malade est donc liée au partage du statut à son entourage.

### 3.6.8. Lien entre le partage du statut de séropositivité au VIH et la qualité de l'observance

**Tableau XXXV** : Répartition des patients selon la relation entre l'observance au traitement ARV et le partage de leur statut de séropositivité au VIH.

Observance au Traitement \ Partage	Observance au Traitement				Total	
	Oui		Non		N	(%)
	N	(%)	N	(%)	N	(%)
Oui	<b>195</b>	<b>88,2</b>	28	11,8	221	100
Non	63	77,8	18	22,2	81	100
Total	258	85,4	44	14,6	302	100

P-value=0,022

Les patients qui ont partagé leur séropositivité au VIH sont plus observant que ceux qui ne l'ont pas fait (88,2% vs 77,8). Cette différence était statistiquement significative (P-value<0,05).

Le partage du statut de séropositivité au VIH renforce donc l'observance du traitement ARV.

### 3.6.9. Lien avec le suivis de l'efficacité biologique du traitement

**Tableau XXXVI** : répartition des patients selon la connaissance du mode de transmission du VIH et le partage du statut VIH

Partage du Statut Bilan de suivi	oui			non			p
	N	Moyenne	STD	N	Moyenne	STD	
CD4 initiale	74	<b>226,4</b>	223,0	30	135,1	140,4	0,051
Dernier CD4	88	<b>477,3</b>	316,1	25	438,9	271,2	0,96
CV initiale	24	1 458 221	3467949	13	<b>1 245 615</b>	2730730	0,10
Dernière CV	56	<b>124 348</b>	569002	19	411 837	1100410	0,85

*P : test de Mann Whitnez*

Le taux moyen de CD4 était plus élevé chez les patients qui avaient partagé leur statut comparé à ceux qui ne l'avaient pas fait. Et ce taux a augmenté dans les deux groupes lors du suivi. Par contre le la charge viralemoyenne était plus élevée chez les patients qui avaient partagé leur statut comparé ceux qui ne l'avaient pas partagé. Et ce taux a diminué dans les deux groupes lors du suivi. Cependant ces tests ont été effectués dans le meilleur des cas chez 113 patients sur les 302 de notre échantillon.

### 3.6.10. Lien entre le partage du statut de séropositivité au VIH et la connaissance du mode de transmission

**Tableau XXXVII:** Répartition des patients selon la connaissance du mode de transmission du VIH et le partage de leur statut de séropositivité au VIH.

Partage Connaissance mode de Transmission	Oui		Non		Total	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)
<b>Oui</b>	<b>196</b>	<b>74,0</b>	69	26,0	265	100
Non	25	67,6	12	32,4	37	100
Total	221	73,2	81	26,8	302	100

*P-value=0,4*

Parmi nos patients ceux qui ont une connaissance sur le mode de transmission ont partagé plus leur statut de séropositivité au VIH par rapport à ceux qui n'en ont pas connaissance respectivement dans 74,0 % et 67,6% des cas. Cependant cette relation n'est pas significative (*P-value>0,05*).

La connaissance du mode de transmission par la personne vivant avec le VIH ne favorise donc pas le partage de son statut de séropositivité au VIH à son entourage.

## **IV. DISCUSSION ET COMMENTAIRES**

### **1. Limites de notre étude**

Au cours de notre étude nous avons été confrontés à de nombreuses difficultés liées d'une part à la nature sensible du sujet et d'autre part à certaines données manquantes sur les dossiers ou la disparition des dossiers.

Concernant la nature sensible de notre sujet nous avons été confrontés aux patients qui refusaient de parler de leur statut sérologique. Certains par contre ne voyait pas l'importance vu qu'ils sont suivis depuis longtemps tandis que d'autres acceptaient de parler de leur statut mais au moment de l'entretien des souvenirs douloureux remontaient en surface et ils se mettaient à pleurer ce qui nous obligeait à cesser l'enquête chez ces personnes.

En qui concerne les dossiers au niveau des archives, soit on notait une disparition du dossier initial ou bien certains patients n'avaient pas débuté leur traitement dans notre service et même souvent lorsque certains dossiers étaient retrouvés on faisait face à des données manquantes par exemple la date exacte de dépistage et/ou le début de traitement. Face à ceci nous avons opté le 15 Juin comme date de dépistage chez tous les patients dont le dossier étaient incomplet et qui ne se souvenaient plus de la date exacte du dépistage de leur séropositivité au VIH.

### **2. Proportion des patients qui partagent leur statut de séropositivité au VIH à leur entourage**

#### **2.1 Partage du statut sérologique VIH**

Les patients ont partagé eux même leur statut sérologique au VIH dans 73,2% des cas.

Ce résultat était inférieur à celui de Kouanda S. [58] au Burkina en 2010-2011 qui rapportait un taux de partage de 81%. Ceci pourrait s'expliquer par les faits que son étude a été menée dans plusieurs sites, la taille élevée de l'échantillon et son critère d'inclusion qui était la connaissance de son statut sérologique au VIH alors que notre critère d'inclusion ne prenait pas en compte les patients dont le statut sérologique au VIH était connu il y a moins de 6 mois.

Cependant, notre résultat est similaire à celui de Coalition plus représenté par ARCAD-SIDA [4] et celui de Julie C. [59] au Sénégal qui rapportaient respectivement des taux de partage du statut dans 73% et 66%. Par contre elle est supérieure à celui de Salami A.K [60] au Nigéria qui avait trouvé un taux de partage de 39,5% ; pouvant s'expliquer par le fait que dans son étude, les personnes étaient en majorité dans une union polygamique ce qui ne facilite souvent pas le partage.

## **2.2. Les personnes avec qui la séropositivité au VIH a été partagée**

Au cours de notre étude nous voyons que la séropositivité au VIH a été partagée avec différent membre de l'entourage. La mère était représentée dans 11% des cas, les enfants dans 9,5% des cas. Un membre de la fratrie (sœur ou frère directe) était représenté à 20,9%. On notait aussi une faible minorité qui avait partagé avec les oncles, tantes et amis. Les conjoints étaient ceux avec qui le statut a été le plus partagé dans 47,6% des cas. Dans les couples, l'information du conjoint(e) peut exprimer le désir d'amener celui-ci à se faire dépister elle peut également être en rapport avec la volonté d'éviter la transmission de la maladie à travers l'utilisation de mesures de prévention.

Ce résultat est supérieur à ceux de Kouanda et al [58] au Burkina en 2010, de Salami et al [60] au Nigéria en 2011 et Julie C. [59] au Sénégal en 2011 qui retrouvaient respectivement un taux de partage avec le conjoint de 28,8%, 20,6% et 27%. Ceci trouverait une explication dans l'amélioration de méthodes de sensibilisation des patients face aux dangers potentiels exposants leurs conjoints en cas de non divulgation de leur séropositivité au VIH et une grande accessibilité aux ARV.

## **2.3. Occasion et Raison du partage**

Les occasions de partage étaient nombreuses et variaient d'un patient à un autre. La maladie était l'occasion la plus évoquée dans 64,8% des cas. Certains préféraient attendre au cours d'une causerie (15,1) pour partager leur séropositivité ou d'autres de la séropositivité de leur conjoint (9,2%), enfant (1,4%) ou de la coépouse (0,7). Le décès du conjoint ou de l'enfant était aussi une occasion de partager dans 3,7% des cas et le bilan pré-nuptial dans 2,6% ainsi que la grossesse dans 1,8%.

Les principales raisons à l'origine du choix de ces personnes étaient motivées en grande partie par le sens du devoir (27,1%) car ils pensaient que c'était une obligation de partager sa séropositivité au VIH et peut apparaître comme l'expression des obligations mutuelles qui unissent les membres d'un même groupe. Pour certains, les raisons étaient de motiver les personnes à faire leur dépistage (19,4%), d'autres évoquaient comme raison la reconnaissance (12,5%) due au soutien matériel ou physique apporté par la personne de choix, la confiance (12,8%) car ils estimaient que ces personnes sont censées être capable de garder le secret, le lien familial soit un parent, un frère ou une sœur (9,2%), le lien conjugal (8,8%) quand le conjoint était choisi d'autre pour l'encourager à faire son test et d'autre ne voyait pas de raisons de cacher à leur mari, les raisons comme la peur (0,4%) et besoin d'enfant (0,4%) et ou démystification (2,9%) étaient aussi évoquées.

#### **2.4. Réactions des personnes informées.**

Les réactions étaient divergentes, l'acceptation (80,2) est la réaction la plus manifestée par l'entourage de nos patients lors du partage du statut sérologique au VIH, ensuite il y'avait l'indifférence (18,2%), le déni (1,8%), la douleur (1,8%) et la surprise (0,7%).

#### **2.5. Non partage du statut sérologique VIH**

Dans notre étude, une minorité soit 21,8% de nos patients n'ont pas partagé eux même leur statut de séropositivité au VIH.

Notre résultat est inférieur à celui de Kouanda et al [58] entre 2010 et 2011 au Burkina Faso qui avait trouvé un taux de non partage de 29%. Ceci pourrait s'expliquer par le fait qu'un de ces critères d'inclusion était la connaissance du statut sérologique au VIH par le malade tandis que l'un de nos critères d'inclusion était la connaissance du statut sérologique au VIH pendant au moins 6 mois. Dans son étude Julie C.[59] en 2011 au Sénégal avait trouvé un taux de 34% pouvant s'expliquer par le fait que la majorité de nos patients ont eu accès au counseling post test. Salami et al [60] au Nigéria en 2011 avait retrouvé un taux de non partage de 60,5% pouvant s'expliquer par le fait que la majorité des personnes étaient dans un foyer polygamique et craignaient d'être étiquetées comme ayant des débauches sexuelles.



## **2.6. Les raisons de non partage de la séropositivité au VIH**

Dans notre étude les patients n'ayant pas partagé leur statut de séropositivité au VIH avait peur d'être stigmatisé et pour cela ils évoquaient différentes raisons qui justifiaient le fait qu'ils n'ont pas partagé leur statut sérologique au VIH avec ni le partenaire, ni une personne de l'entourage. Ces raisons étaient pour la plupart la peur de la non compréhension par l'entourage dans 30,3% car ils disaient ne pas savoir comment les personnes avec qui l'information sera divulguer vont recevoir un tel choc surtout face à une maladie taboue comme le VIH. 24,2% de nos patients par contre ne voyait pas d'importance à ce que les gens sachent car ils disaient qu'ils étaient déjà sous traitement et ne trouvaient pas la nécessité de le dire. Dans 18,2% des cas, ils n'avaient pas confiance en quelqu'un ; éprouvaient un sentiment d'auto-stigmatisation qui de caractérisaient par la honte dans 18,2% ou encore certains avaient peur de la divulgation de leur statut dans 4,5% par les personnes avec qui le partage sera faite et qui pourrait entrainer de graves conséquences dans leur vie sociale. Enfin, certains ont pu partager leur statut de séropositivité au VIH sur conseil de leur médecin dans 4,5% des cas.

Diverses études comme celle de Kouanda et al au Burkina Faso [58] et Julie C.au Sénégal [59] évoquaient également ces raisons dans leurs études respectives.

## **2.7. Stratégie d'éviction.**

Pour cacher ce statut de séropositivité au VIH, les PVVIH usaient de nombreux stratégie et cela dans 65,2% des cas, ces stratégies étaient multiples et variées. Certains fermaient la porte à clé au moment de prendre leur médicament dans 30,2% des cas. D'autre attendaient un moment où ils sont seuls pour prendre leur médicament dans 25,5% et dans ce cas de figure ils ne respectaient pas souvent les heures de prises ou bien certains évoquaient une autre raison pour justifier la prise quotidienne de médicaments dans 16,3% des cas comme par exemple que c'est un médicament pour la prise en charge d'une pathologie chronique comme l'hypertension artérielle ou le Diabète ou encore que c'est le traitement d'une pneumopathie. Certains changeaient de boite de médicaments dans 14,0% des cas, ils utilisaient des boites d'autres médicaments connus par la population générale et n'attirant pas la curiosité (boite de doliprane, efferalgan) ou bien d'autres les prenaient aux toilettes

au moment de leur bain. Par contre certains retiraient carrément l'étiquette sur la boîte des ARV.

34,8 % des patients n'ont pas utilisés de Stratégie d'éviction car ils vivaient seul ou n'était pas marié.

## **2.8. Appui du tiers pour le partage**

Dans notre étude, nos patients ont eu l'appui d'un tiers à différents niveaux pour les exciter à divulguer leur statut sérologique au VIH à savoir les encourager à partager leur statut de séropositivité au VIH dans 68,9% des cas et en leur disant comment procéder au partage dans 67,2% des cas tout en leur donnant diverses astuces. Malheureusement durant notre période d'étude, nos patients ignoraient l'existence des associations de soutiens au PPVVIH et donc n'avait pas accès à l'appui donner par ces associations dans 97% des cas. Ainsi, seul 3% connaissaient l'existence de ces associations et bénéficiaient de leur appui.

## **3. Profils sociodémographiques des patients qui partagent leur statut VIH à leur entourage**

### **3.1 L'âge des patients**

La population de notre étude était des sujets jeunes et adultes. L'âge moyen était de 42,8ans avec un minimum de 20 ans et un maximum à 71 ans. La tranche d'âge la plus touchée était la classe de 45 ans et plus avec un sex ratio à 0,41 en faveur de femme.

Cette moyenne d'âge est supérieure à celle trouvée par Konan Y E et al en Côte d'ivoire en 2004 qui ont trouvé un âge moyen de 36 ans [61]; pouvant s'expliquer par la large accessibilité des patients aux traitements antirétroviraux qui améliorent le pronostic des patients entraînant ainsi le vieillissement des personnes infectées par le VIH. Par contre elle est inférieure à celle retrouvée par ARNS au Sénégal [62] et par Julie C. au Sénégal en 2011[60] qui retrouvaient respectivement un âge moyen de 51,3ans et 46,5 ans. Ces deux dernières études avaient comme critère d'inclusion : «les patients suivis sous traitement depuis 10 ans » alors que notre étude incluait aussi les patients qui était suivis il y a moins de 10 ans.

### **3.2 Le sexe des patients**

Sur l'ensemble de notre échantillon le sexe prédominant était le genre féminin avec 70,9%. La plupart des études réalisées montraient également une prédominance du sexe féminin comme cela a été le cas pour Kounda S. et al au Burkina en 2010[58], Julie C. au Sénégal en 2011[59] et Salami K. A et al en 2011 au Nigéria[60] qui retrouvaient respectivement 79,5%, 63,2% et 58,5% en faveur du sexe féminin.

Ceci pourrait s'expliquer par le fait que le VIH est devenu une maladie féminisante due à la vulnérabilité sociale, économique et culturelle de la femme et à certaines prédispositions anatomiques et génétiques:les zones de muqueuses exposées durant les rapports sexuels sont plus étendues chez les femmes que chez les hommes, la concentration du virus est plus élevée dans le sperme que dans les sécrétions vaginales, la quantité de fluides transférés (liquide séminal et sperme) par l'homme est plus importante que la quantité de fluides transférée par la femme, ainsi que des micros déchirures des tissus du vagin(ou du rectum) qui peuvent être causées par la pénétration sexuelle.

### **3.3 Le niveau de Scolarisation**

Les non scolarisés sont ceux qui ne sont allés à aucune forme d'école, les patients ont bénéficié d'une instruction niveau primaire dans 24,5% des cas.

Les patients étaient en majorités non instruits et représentaient 35,1% des cas dans notre étude, ce taux est inférieur à ceux de Kouanda S et al[58] en 2010-2011 au Burkina et Julie C. en 2011 au Sénégal [59] qui rapportaient des taux respectifs de 44,9% et 43,4%. Ce résultat pourrait s'expliquer par l'augmentation de la scolarisation des femmes étant donné qu'elles constituaient dans les diverses études suscitées plus de la moitié des effectifs.

### **3.4 Statut matrimonial**

La situation de couple est définie par l'union polygame ou monogame. Les personnes déclarant qu'elles ont divorcées ou qui se sont séparées, ou veuves sont considérées comme vivant seules58,6% de nos patients vivaient en couples.

Ce résultat concorde avec celui de Julie C[59] et Salami et al[60] qui avaient trouvé respectivement 54,1% et 54,5%. Par contre, Kouanda et al[58] au Burkina entre 2010 et 2011 a rapporté dans son étude une prédominance des veuf(ves) à 35,1%. Cette différence pourrait s'expliquer par le fait qu'une partie de sa population d'étude n'était pas sous ARV tandis que tous nos patients étaient sous ARV.

Konan Y.Een Côte d'Ivoire[61]avait trouvé dans son étude en 2004 une prédominance de célibataire à 68% ; pouvant s'expliquer par le fait que son étude a été menée dans un centre d'assistance socio-médicale et la plupart y était suite à des perceptions négatives de la part de leur entourage.

#### **4. Facteurs qui influencent le partage du statut de séropositivité au VIH par les patients à leur entourage**

##### **4.1 Relation entre niveau de scolarisation et partage du statut de séropositivité au VIH**

69,8% de nos patients non instruits ont partagé leur statut de séropositivité au VIH contre 79,7% avec un niveau d'instruction primaire ou secondaire et 72,5% avec un niveau d'instruction supérieur. Cependant, il n'existe pas de différence statistiquement significative entre le niveau d'instruction et le partage du statut de séropositivité au VIH (***P-value=0,31<0,05***).

Le partage du statut de séropositivité au VIH par le malade à son entourage n'est donc pas lié au niveau d'instruction de ce dernier.

##### **4.2. Relation entre le sexe et le partage du statut de séropositivité au VIH**

Sur l'ensemble de nos patients, les femmes ont partagé leur statut de séropositivité au VIH dans 75,2% et les hommes dans 68,2%. Cependant, il n'existe pas de différence statistiquement significative entre le sexe et le partage du statut de séropositivité au VIH (***P-value=0,25>0,05***).

##### **4.3. Relation entre l'âge et le partage du statut sérologique au VIH**

Dans notre échantillon les patients ayant un âge inférieur à 35 ans ont partagé leur statut de séropositivité au VIH dans 74% des cas contre 62,5% pour ceux qui ont un âge compris entre 35 et 44 ans puis 80,5% des cas pour ceux qui ont au moins 45 ans mais cette différence n'est pas statistiquement significative (***P-value=0,1>0,05***).

Le partage du statut de séropositivité au VIH n'est donc pas lié à l'âge du malade

##### **4.4. Relation entre le statut matrimonial et le partage du statut de séropositivité au VIH**

Dans notre étude, 78,2% des personnes en couple ont partagé leur statut de séropositivité au VIH contre 65,9% de ceux qui sont pas en couple et cette différence est statistiquement significative (***P-value=0,02<0,05***).

*Ainsi*, le fait d'être en couple favorise le partage du statut de séropositivité au VIH et par conséquent, le statut matrimonial influence le partage du statut de séropositivité au VIH.

La vie de proximité renforce les liens, augmente la confiance, l'entente et la complicité entre les membres du couple favorisant ainsi le partage du secret sur la séropositivité soit avec le(la) partenaire, soit avec d'autres proches du couple soit les deux à la fois.

#### **4.5. Relation entre le fait d'avoir bénéficié un counseling et le partage du statut sérologique au VIH**

Les patients ayant bénéficié d'un counseling ont partagé leur statut de séropositivité au VIH dans 75% des cas et ceux n'ayant pas bénéficié de counseling ont partagé leur statut dans 71,8%. Cette différence n'est pas statistiquement significative ( $P\text{-value}=0,6>0,05$ ).

Ainsi, le counseling n'influence pas le partage du statut de séropositivité au VIH.

#### **4.6. Réaction positive à l'annonce et partage du statut sérologique VIH**

Dans notre étude les patients ayant eu une réaction positive à l'annonce c'est-à-dire qui ont accepté immédiatement leur séropositivité au VIH ont partagé ce statut dans 78,7% des cas tandis que ceux qui n'ont pas accepté immédiatement leur séropositivité au VIH ont partagé ce statut dans 66,2% des cas avec un seuil de signification  $P\text{-value}=0,02$ .

Ainsi, le fait d'avoir une réaction positive à l'annonce de la séropositivité au VIH influence le partage du statut ( $P\text{-value}<0,05$ )

Ceci peut aussi s'expliquer par le fait qu'en acceptant déjà que la maladie existe on a tendance à être plus adhérent aux traitements.

#### **4.7. Relation entre durée de connaissance du statut sérologique au VIH et le partage du statut VIH.**

Dans notre étude les patients connaissant leur statut de séropositivité au VIH y a moins de 2 ans ont partagé leur statut dans 66% des cas contre 76,6% des cas pour ceux connaissent leur statut y a au moins 2 ans avec un seuil de significativité  $P\text{-value}= 0,04$ .

Ainsi, le fait de connaître son statut sérologique depuis longtemps facilite le partage du statut sérologique au VIH car elle prend en compte le temps d'acceptation par le patient de son statut de PVVIH, statut dévalorisant et difficile à intérioriser.

La durée de connaissance du statut infecté est l'aboutissement d'un long processus dans lequel le choix de la personne ou des personnes à informer, la forme et le moment du partage sont murement pensé par le patient pour minimiser les effets néfastes.

#### **4.8. Relation entre partage du statut sérologique et observance du traitement ARV**

Au cours de notre étude, nous avons observé que le fait de partager son statut de séropositivité au VIH renforce l'observance du traitement ARV avec  $P\text{-value}=0,022<0,05$ .

Il existe donc une différence statistiquement significative entre le partage et l'observance du traitement ARV.

Le fait de partager son statut libère la conscience du PVVIH, le met en confiance et le permet de boire ces médicaments en présence de la personne avec qui le statut a été partagé sans avoir à se cacher.

#### **4.9. Lien avec le suivis de l'efficacité biologique du traitement**

L'efficacité du traitement biologique n'a aucune influence sur la minorité de personnes chez qui les bilans biologiques ont été vu dans les dossiers.

#### **4.10. Relation entre la connaissance sur le mode de transmission et le partage du statut sérologique au VIH.**

Les patients connaissant le mode de transmission du VIH ont partagé leur statut dans 74,0% des cas contre 67,6% pour ceux qui n'en connaissent pas. Cette différence n'est pas statistiquement significative car ( $P\text{-value}=0,4>0,05$ ). Ainsi, la connaissance du mode de transmission du VIH n'influence pas le partage du statut de séropositivité au VIH.

### **5. Avantages liés au partage du statut sérologique VIH avec l'entourage**

Dans notre étude, le partage a été avantageux chez 95% de nos patients et comme avantage, les patients ont bénéficié d'un soutien physique (certains étaient accompagné de la personne avec qui le statut sérologique a été partagé ou se chargeait juste de leur amener pour leur faciliter le déplacement), d'autre bénéficiaient d'un soutien financier (on lesaidait à faire leur analyse, à payer les frais de déplacement) ou certains bénéficiaient d'un soutien moral à savoir l'écoute du PVVIH lorsqu'elle est abattue, le remonter le moral lorsque tout

va mal et trouver une épaule de réconfort. Chez les mariés, on notait un renforcement des liens familiaux, la confiance entre partenaire et la tranquillité de la conscience. Sept de nos patients ont eu un changement de statut matrimoniale après le partage c'est-à-dire sont passés de célibataire à marié.

#### **6. Inconvénients découlant du partage du statut de séropositivité au VIH à l'entourage.**

Une minorité (6,8%) de nos patients a été stigmatisée après le partage de leur statut de séropositivité au VIH.

Les réactions négatives sont caractérisées par l'isolement, rupture de liens sociaux et culpabilisation. L'isolement prend la forme de rupture de contact physique ou d'indifférence. L'arrêt de rapports sexuels par un couple marié. Deux de nos patients ont fait face aux violences verbales, le ou la conjoint(e) était accusés (e) d'infidélité et de contamination probable. Une patiente n'avait plus le droit de travailler ni de faire à manger dans son propre foyer. Trois patientes ont eu une rupture de liens sociaux par l'annulation de leur projet de mariage après avoir partagé leur statut VIH+ avec le potentiel conjoint. Pour certains, ils n'étaient plus considérés en famille et on attribuait la survenue de cette maladie à leur débauche sexuelle.



## CONCLUSION

Au terme de notre étude nous pouvons conclure que le partage du statut de séropositivité au VIH est relativement fréquent et se fait prioritairement en direction du conjoint(e) et ensuite envers les membres de la famille. Le partage s'est fait principalement au cours du suivi c'est-à-dire au bout de deux ans au moins. L'occasion propice du partage était la maladie, le devoir était la raison la plus évoquée et les bénéfices attendus secondaire au partage étaient le soutien financier ou psychoaffectif. Dans un couple, le partage n'obéit pas seulement au fait d'avoir été bien informé et d'avoir des « besoins » d'appui psychologique ou matériel, mais dépend aussi de la proximité entre partenaires et de l'engagement du couple.

La proportion non négligeable de patients conservant le secret autour de leur maladie, y compris auprès de leur conjoint, témoigne de la persistance du caractère stigmatisant de l'infection à VIH. Mais ces observations révèlent la nécessité d'élaborer de nouveaux modes d'accompagnement pour la prévention de la transmission sexuelle qui tiennent compte des besoins spécifiques qui apparaissent dans la prise en charge à long terme. Il importe donc de renforcer le counseling pour amener les PVVIH au partage de l'information sur le statut sérologique au sein des couples et intensifier la lutte contre la stigmatisation.

## RECOMMANDATIONS

### ❖ **Auministère de la santé :**

- Intensifier la sensibilisation en organisant davantage de formation du personnel ainsi que l'information et l'éducation de la population sur l'infection à VIH ;
- Maintenir la gratuité de la prise en charge du VIH en assurant le stock en approvisionnement des antirétroviraux, un plateau technique et des réactifs nécessaires à la réalisation des examens complémentaires chez les personnes vivant avec le VIH ;
- Assurer la prise en charge psychosociale en recrutant des psychologues pour informer et assister les PVVIH face aux perturbations psychologiques et sociales induites par leur maladie.

### ❖ **Au personnel medical**

- Dépister selon les bonnes pratiques en faisant un counseling pré et post test respectant les normes en la matière ;
- Favoriser le partage du statut sérologique VIH en expliquant de façon détaillé aux malades les avantages du partage du statut avec l'entourage et les accompagner dans cette démarche ;
- Expliquer aux patients, l'intérêt du suivi clinique et biologique
- Assurer la prise en charge psychosociale des patients en dialoguant avec eux afin de mieux comprendre leur préoccupation et en leur proposant des solutions.

### ❖ **Aux patients vivant avec le VIH**

- Etre observant au traitement en prenant les médicaments sans interruption conformément aux prescription des médecins ;
- Partager leur statut VIH en dépassant leurs peurs et les perceptions des autres ;
- Se faire traiter précocement en consultant dans un centre de prise en charge cas de confirmation de l'infection à VIH ;

- Se faire suivre de façon correcte en respectant le calendrier de visites planifiées et en honorant les examens biologiques de suivi.

❖ **A la population**

- Chercher à connaître son statut sérologique VIH, en se faisant dépister volontairement pour le VIH ;
- Soutenir les PVVIH en évitant de les stigmatiser, de les discriminer et en leur apportant l'aide psychosociale nécessaire ;
- Prévenir la transmission du VIH en adoptant les mesures de prévention de lutte contre le VIH.

## REFERENCES

1. **GENTILLINI M.** Médecine Tropicale. 5ème ed. Paris : Flammarion ; 1995. P.435
2. **Aubry P.** Médecine tropicale (diplôme de médecine tropicale des pays de l'océan indien) infection par le VIH / SIDA ET TROPICQUE actualité 2017.
3. **Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique.** Protocole de prise en charge du VIH au Mali. Juillet 2016: page 9.
4. **Coalition Plus Internationale Sida.** Dire ou ne pas dire sa séropositivité ? Pourquoi, à qui, comment, quelles conséquences ? Coalition international Plus, Patin, France, 2011, pp38
5. **Bianco M, Pagani L.** Disclosure of HIV status and human rights: The duties and responsibilities of couples, medical professionals, family members and the state. Reproductive Health Matters. 2000 mai ;8(15) :151–2.
6. **VIDAL L.** L'annonce et le conseil. Psychopathologie africaine. 1994 ;26(2):155–88
7. **Norman A, Chopra M, Kadiyala S.** Factors related to HIV disclosure in 2 South African communities. Am J Public Health 2007; 97:1775–81.
8. **Allen S, Tice J, Vande Perre P, Serufilira A, Hudes E, Nsengumuremyi F, et al.** Effect of sero testing with counselling on condom use and sero conversion among HIV discordant couples in Africa. BMJ 1992 ;304(6842): -1605–9.
9. **Miller AN, Rubin DL.** Factors leading to self-disclosure of a positive HIV diagnosis in Nairobi, Kenya - : people living with HIV/AIDS in the Sub-Saharan. Qual Health Res 2007;17(5) :586–98
10. **Stirratt MJ, Remien RH, Smith A, Copeland OQ, Dolezal C, Krieger D.** The role of HIV-sero status disclosure in antiretroviral medication adherence. AIDS Behav 2006 ;10(5) :483–93.
11. **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.
12. **Norman A, Chopra M, Kadiyala S.** Factors related to HIV disclosure in 2 South African communities. Am J Public Health 2007 ;97(10) :1775–81.
13. **Skogmar S, Shakely D, Lans M, Danell J, Andersson R, Tshandu N, et al.** Effect of antiretroviral treatment and counseling on disclosure of HIV sero status - in Johannesburg, South Africa. AIDS Care 2006 ;18(7) :725–30.

14. **SimbayiLC, KalichmanSC, StrebelA, CloeteA, HendaN, MqeketoA.** Disclosure of HIV status to sex partners and sexual risk behaviours among HIV-positivemen and women, Cape Town, South Africa. *Sex Transm Infect* 2007; 83:29–34. doi:10.1136/sti.2006.019893
15. **DeribeK, WoldemichaelK, BernardN, YakobB.** Gender difference in HIV status disclosure among HIV-positiveservice users. *East Afr J Public Health* 2009 ;6(3) :248–55.
16. **DeribeK, WoldemichaelK, WondafrashM, HaileA, AmberbirA.** Disclosure experience and associated factors among HIV-positivemen and women in clinical service users in Southwest Ethiopia. *BMCPublic Health* 2008- ;8 :81.
17. **WoutersE, van LoonF, van RensburgD, MeulemansH.** Community support and disclosure of HIV-sero status to family members by public sector antiretroviral treatment patients in the free state province of South Africa. *AIDS Patient Care STDS* 2009- ;23(5) - :357–64
18. **Kadowal, NuwahaF.** Factors influencing disclosure of HIV-positivestatus in Mityana district of Uganda. *Afr Health Sci* 2009- ;9(1) - :26–33.
19. **SalisN, AtuyambelL, TumwineC, SegujjaE, NekesaN, NannungiA, et al.** Reasons for disclosure of HIV status by people living with HIV/AIDS and in HIV care in Uganda : an exploratory study. *AIDS Patient Care STDS* 2010 ;24(10) :675–81
20. **Traoré Niélé Hawa Diarra.** Etude qualitative de la prise de décisions des femmes vivants avec le VIH au sujet du dévoilement ou non de leur séropositivité. *Médecine : Bamako* ;2012-2013. \_85Pages
21. **Barre-S.F.** Retrovirus biology unit. *The lancet*. 1996 ;1(348) :31.
22. **Fucks E.** Faire face au SIDA. 2<sup>ème</sup> édition, Paris : Fabre 1998 : 36-40
23. **Onusida.** Fiched'information juillet 2017 : statistiques mondiales sur le VIH en 2017. Pp6
24. **ONUSIDA.** Rapport ONUSIDA sur l'épidémie mondiale de SIDA | 2010 \*Internet+. 2011 \*cité 2011 avr 5]. Available from: [http://www.unaids.org/globalreport/Global\\_report\\_fr.htm](http://www.unaids.org/globalreport/Global_report_fr.htm)
25. <http://biotech.spip.ac-rouen.fr/spip.php?article145>
26. **Ranque B F, Bursaux S, Morelot P C.** Maladies infectieuses internat. Paris : Vernazobres grego ;2004

27. **ePilly trop Maladies infectieuses tropicales**, édition web, mise à jour en aout 2016 : P972
28. **Girad PM, Katlama C, Pialoux G.**VIH.2011 ; Doin,727p.
29. **ONUSIDA.**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. Novembre 2000.pp40
30. **Loubiere S, Peretti-Watel P, Boyer S, Blanche J, Abega S-C, Spire B.** HIV disclosure and unsafe sex among HIV-infected women in Cameroon : results from the ANRS-EVAL study. Soc Sci Med. 2009 sept ;69(6):885–91
31. **Medley A, Garcia-Moreno C, McGill S, Maman S.** Rates, barriers and outcomes of HIV serostatus disclosure among women in developing countries : implications for prevention of mother-to-child transmission programmes. Bull. World Health Organ. 2004 avr ;82(4) :299–307.
32. **Maman S, Medley A, World Health Organization.** Depp. of Gender W, Health. Gender Dimensions of HIV Status Disclosure to Sexual Partners : Rates, Barriers, and Outcomes : a Review Paper. Dept. of Gender and Women's Health (GWH), Family and Community Health (FCH), World Health Organization; 2003.
33. **Waddell EN, Messeri PA.** Social support, disclosure, and use of antiretroviral therapy. AIDS Behav. 2006 mai ;10(3) :263–72
34. **Pinkerton SD, Galletly CL.** Reducing HIV transmission risk by increasing serostatus disclosure: a mathematical modeling analysis. AIDS Behav. 2007 sept ;11(5) :698–705.
35. **Brou H, Djohan G, Becquet R, Allou G, Ekouevi DK, Viho I,** et al. When do HIV-infected women disclose their HIV status to their male partner and why ? A study in a PMTCT programme, Abidjan. PLoS Med. 2007 déc ;4(12) : e342.
36. **Desgrées Du Loû A.** Conséquences conjugales du dépistage prénatal du VIH à Abidjan. Dans : Les femmes à l'épreuve du VIH dans les pays du Sud : genre et accès universel à la prise en charge. Paris : ANRS ; 2011. p. 73–88
37. **Sullivan KM.** Male self-disclosure of HIV-positive serostatus to sex partners : a review of the literature. J Assoc Nurses AIDS Care. 2005 déc ;16(6) :33–47

38. **Réseau juridique canadien VIH/Sida.** Le droit criminel et la non divulgation du VIH au canada. 2014
39. Article 39 de la Loi n. 2007-08 du 30 avril 2007 relative à la prévention, la prise en charge et le contrôle du Virus de l'Immunodéficience Humaine (VIH). Législation nationale. Nigérienne P.8
40. Article 13 et 53 Loi no. 2005-012 portant protection des personnes en matière de VIH/sida. Législation nationale togolaise. P (3,8)
41. Article 27 de la Loi no. 2005-31 du 5 avril 2006 portant prévention, prise en charge et contrôle du VIH sida en République du Bénin. Législation nationale béninoise. P 7
42. 10-04-09LOIVIHSIDA.pdf (Objet application/pdf) [Internet]. [cité 2011 sept 22]; Available from: <http://www.healthresearchweb.org/files/10-04-09LOIVIHSIDA.pdf>
43. Article 27 de la Loi no 06-028 du 29 juin 2006 fixant les règles relatives à la prévention, à la prise en charge et au contrôle du VIH/Sida en République du Mali. P8
44. **ONUSIDA.** Politique générale : criminalisation de la transmission du VIH. Genève, suisse. 2008, pp7
45. Les faits de ces deux affaires ne concernent ni la transmission, ni l'exposition au VIH dans le cadre de relations sexuelles. Pour plus d'informations, voir P. Sanon et al. « Advocating prevention over punishment : the risks of HIV criminalization in Burkina Faso ». Reproductive Health Matters, 2009, 17(34). P. 146-153
46. Information recueillie auprès de K. Eugène NOVON de l'association AMC au Togo <http://library.catie.ca/PDF/ATI-20000s/26305F.pdf>. Site visité le 15 juillet 2018
47. **Raymond massé.** éthique et santé publique, enjeux valeur et normalité. 430 pages discipline éthique parut 28 mai 2003.
48. Introduction aux principes bioéthiques. qui est légitimes pour décider Campus cerimes.fr/chirurgie-générale :2008-2009 support de cours.
49. **Sarah Bott, Carla Obermeyer.** the social and gender context of HIV disclosure in sub-saharan Africa: A review of policies and practices, pages S15-S116. Published online 28 juin 2013.
50. **Bjorn Ketels, Tom Vander Beken.** Medical confidentiality and partner notification in cases of sexually transmissible infection. 2012
51. **ONUSIDA.** Discrimination, stigmatisation et rejet liés au VIH/SIDA. Genève ; 2002. P.53

52. **Le Réseau national sur le VIH/Sida et les communautés noires, africaines et caraïbéennes.** La stigmatisation liée au VIH dans les communautés Africaines, caraïbéennes et noire. Canada.pp3
53. Prévention positive : Éléments programmatiques Contre la criminalisation. P.2 [En ligne][http://www.cdnaids.ca/home.nsf/ad7c054e653c96438525721a0050fd60/2f0a13f75806397285257a2500090f9c/\\$FILE/%C3%89I%C3%A9ments%20programmatis.pdf](http://www.cdnaids.ca/home.nsf/ad7c054e653c96438525721a0050fd60/2f0a13f75806397285257a2500090f9c/$FILE/%C3%89I%C3%A9ments%20programmatis.pdf)
54. **Mc Grath.** The biological impact of social responses to the AIDS, Epidemic, Medical anthropology, 1992 ; 15 : P (63-79).
55. **Haut conseil National de Lutte contre le SIDA.** Stigmatisation et Discrimination des PVVIH parlons-en. Session de juin 2009.
56. **Akono F.** Humeur : quand le sororat, le lévirat et le VIH/ SIDA ne font pas bon ménage. Samedi 16 juillet 2016. Edition quotidienne.
57. **OMS :** Service de dépistage du VIH. Décembre 2016
58. **Kouanda S , Yaméogo W, Berthé A, Bila B, Bocoum yaya F, Somda A, Doulougou B.** Partage de l'information sur le statut sérologique VIH positif : Facteurs associés et conséquences pour les personnes vivants avec le VIH/SIDA au Burkina Faso. Revue d'épidémiologie et de santé publique 2012;60: 221-228.
59. **Julie Couterut.** Le partage du statut sérologique des personnes Vivants avec les VIH traitées par ARV au Sénégal : Déterminants et conséquences.Médecine: Dakar;2011.\_104pages
60. **Salami k, Fadey A, Desalu o, Ogunmodede A.** Status disclosure among people living with HIV/ AIDS in Ilorin, Nigeria. West African Journal of Medicine 2011 September-October;30(5):359-363
61. **Konan Y E, Tecthi E, Kpebo D, Aké o, M'Béa k, Saraka K.** perception des personnes vivant avec le VIH sur l'infection à VIH à propos d'une enquête réalisée au centre d'assistance sociomédicale de Treichville (Abidjan Cote d'Ivoire). Cah Santé Publique 2008;7(1):7-16
62. **Julie Couterut, Alice Desclaux.** Le partage du statut sérologique avec l'entourage. Médecine : Dakar;2011. \_217Pages.



## TABLE DES MATIERES

SIGLES ET ABREVIATIONS	I
LISTE DES TABLEAUX	II
INTRODUCTION	1
OBJECTIFS	4
I GENERALITES	5
1.1. RAPPEL SUR L'INFECTION A VIH	5
1.2. LE PARTAGE DU STATUT SEROLOGIQUE AU VIH	10
1.2.2. Aspects socio-culturels	17
1.2.3. AVANTAGES DU PARTAGE DANS LA LUTTE CONTRE LE VIH	20
II. MALADES ET METHODES	21
2.1. Cadre d'étude	21
2.2.1. Type et période d'étude	22
2.2.2. Population d'étude	22
2.2.3. Echantillonnage	22
2.2.4. Critères de sélection	22
2.2.5 Supports	23
2.2.6. Variable étudiées	23
2.2.7. Saisie et analyse des données	24
2.2.8. Définition opérationnelle des termes	24
2.2.9. Considérations éthiques	24
2.2.10. Chronologie des activités : <i>Diagramme de Gantt</i>	25
II. RESULTATS	26
3.1. Données sociodémographiques	26
3.2. Données relatives à l'annonce	28
3.3. Données relatives au partage	30
3.4. Connaissances sur le VIH	41
3.5. Impact du partage du statut VIH avec l'entourage	42
IV. DISCUSSION ET COMMENTAIRES	51
CONCLUSION	62
RECOMMANDATION	63
REFERENCES	65

## FICHE SIGNALÉTIQUE

**Nom :** BAKAM KANGA

**Prénom :** Perrine

**E-mail :** perrin\_bakanga@yahoo.fr

**Titre de la thèse :** PARTAGE DU STATUT SEROLOGIQUE VIH POSITIF A L'ENTOURAGE PAR LES PATIENTS SUIVIS AU SERVICE DE MALADIES INFECTIEUSES : ASPECTS MEDICO- PSYCHOSOCIAUX

**Année Universitaire:** 2017-2018

**Pays d'origine:** Cameroun

**Lieu de dépôt:** Bibliothèque de la faculté de médecine et d'odontostomatologie de Bamako

**Secteur d'intérêt:** Maladies infectieuses, Santé publique

Nous avons interviewé un échantillon de 302 patients séropositifs au VIH sous ARV et suivis dans le service de maladie infectieuses du CHU Point G sur la période allant du 15 mai 2018 au 15 aout 2018.

Ces patients étaient en majorité de sexe féminin dans 70,9% des cas (sex ratio=2,4), la classe d'âge la plus représentée était de 45 ans et plus, l'âge moyen était de  $42,8 \pm 10,5$  ans avec un minimum de 20 ans et un maximum de 71 ans. Les non-instruits représentaient 35,1%, la majorité des patients étaient mariée soit 58,6% et résidaient à Bamako et ses environs. La majorité des patients ont été recruté en consultation.

La majorité de ces patients ont partagé leur séropositivité au VIH dans 73,2% avec au moins une personne de leur entourage. Dans l'entourage, le partage a été fait le plus fréquemment avec le conjoint (47,6%). Les raisons qui poussaient les patients à partager leur statut étaient le sens devoir (27,1%), la motivation à faire dépisté l'informé (19,4%) et la reconnaissance due au soutien apporté par la personne (12,5%). Les raisons de non partage étaient la peur du rejet (30,3%), la non perception de l'importance d'informer l'autre vu qu'on est sous traitement (24,2%) et le manque de confiance en autrui (18,2%).

Les facteurs influençant le partage du statut sérologique VIH étaient : le statut matrimonial, la réaction positive à l'annonce, la durée de connaissance du statut sérologique au VIH. Entre outre le fait de partager son statut sérologique au VIH favorisait l'observance au traitement ARV.

Les avantages du partage revêtent plusieurs formes dont l'appui financier, le réconfort moral et la compassion.

Les inconvénients découlant de ce partage étaient l'isolement, rupture des liens sociaux et la culpabilisation.

Au cours de notre entretien, les patients dévoilaient certaines de leurs préoccupations ce qui nous a amené à les diriger vers une prise en charge psychosociale.

**Résumé :**

**Mots clés:** Partage, Entourage, VIH, Maladies Infectieuses, Bamako, Mali

## SIGNALITIC SHEET

**Name:** BAKAM Kanga

**First Name:** Perrine

**E-mail:** perrin\_bakanga@yahoo.fr

Thesis title: Sharing of HIV-positive serological status with the entourage by the patients followed in the service of infectious diseases: medico-psychosocial aspects

**Academic Years:** 2017-2018

**Birth Country:** Cameroon

**Place of deposit:** Faculty of medicine and Dentistry's library

**Interest Sector:** Infectious Diseases, Public Health

We interviewed a sample of 302 HIV-positive patients on ARV and followed up in the Infectious Disease Unit at CHU Point G from May 15, 2018 to August 15, 2018.

These patients were predominantly female in 70.9% of cases (sex ratio = 2.4), the most represented age group was 45 years and older, the mean age was  $42.8 \pm 10,5$  years with a minimum of 20 years and a maximum of 71 years. The non-educated accounted for 35.1%, the majority of patients were married or 58.6% and resided in Bamako and its surroundings. The majority of patients were recruited for consultation.

The majority of these patients shared their HIV status in 73.2% with at least one person around them. In the entourage, the sharing was done most frequently with the spouse (47.6%). The reasons for patients to share their status were the sense of duty (27.1%), the motivation to screen the informed (19.4%) and the recognition due to the support provided by the person (12.5%). The reasons for not sharing were the fear of rejection (30,3%), the non-perception of the importance of informing the other because one is under treatment (24,2%) and lack of trust in others (18,2%).

Factors influencing the sharing of HIV status were: marital status, positive reaction to the advertisement, duration of knowledge of HIV status. In addition, sharing his HIV status favoured adherence to ARV therapy.

The benefits of sharing come in many forms including financial support, moral comfort and compassion.

The disadvantages stemming from this sharing were isolation, breaking social ties and guilt.

During our interview, patients unveiled some of their concerns that led us to direct them to psychosocial care.

### Summary:

**Keywords:** Sharing, Around, HIV, Infectious Diseases, Bamako, Mali

## Questionnaire :

### PARTAGE DU STATUT SEROLOGIQUE VIH POSITIF A L'ENTOURAGE PAR LES PATIENTS SUIVIS AU SERVICE DE MALADIES INFECTIEUSES : ASPECTS MEDICO PSYCHO-SOCIAUX

#### I- IDENTIFICATION

Numéro d'identification \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/  
2018

Date de l'entretien : \_\_\_/\_\_\_/

#### II- Caractéristiques Sociodémographiques

Q1. Quel est votre âge (en année révolue) : /\_\_\_/

Q2. Sexe: Masculin  Féminin

Q3. Provenance : \_\_\_\_\_

Q4. Quelle est votre ethnie : a) Bambara  b) Soninké  c) Peulh  d) Dogon

e) Sonrhai  f) Bobo  g) Bozo  h) Autre (précisez !) : \_\_\_\_\_

Q5. Quelle est votre religion : a) Musulmane  b) Chrétien  c) Animiste

d) Autre (précisez !) : \_\_\_\_\_

Q6. Quel est votre niveau d'instruction: a) Non instruit  b) Alphabétisé

c) Primaire  d) Secondaire  e) Supérieure

Q7. Quelle profession exercez-vous? a) Cultivateur  b) Femme au foyer  c)

Chauffeur  d) Commerçant  Ouvrier/artisan  e) Fonctionnaire  f) Autres  
(précisez) \_\_\_\_\_

#### • Itinéraire matrimonial

Q8. Quelle est votre Statut matrimonial antérieure ? : a) Célibataire  b) Marié

(e)  c) Union libre  d) Divorcé (e)  e) Veuf (ve)

Q9. Quelle est votre Statut matrimonial actuelle : a) Célibataire  b) Marié (e)

c) Union libre  d) Divorcé (e)  e) Veuf (ve)

Q9 a. Pour les hommes : Si marié, combien d'épouses? /\_\_\_/

Q9 b. Pour les femmes : Si mariée, combien de coépouses ? /\_\_\_/ , votre rang /\_\_\_/

#### • situation familiale

Q10. Avez-vous des enfants : Oui  Non  Si Oui, combien Non

Q11. Actuellement vous vivez : a) Vie seul(e)  b) Avec mes enfants?

c) Avec mon conjoint (e) et mes enfants (nucléaire) ?  d) Avec mon conjoint (e), mes enfants et autres membres de la famille (élargie)?  e) Chez un autre membre de la famille

Autre (Précisez !) \_\_\_\_\_

### III- Contexte de l'annonce

**Q12. Dans quelle circonstance a-t-on découvert votre statut VIH :** a) Dépistage volontaire  b) Consultation  c) Autre (Précisez !) \_\_\_\_\_

**Q13. Vous a-t-on fait un counseling avant le test?** Oui  Non

**Q14. Vous a-t-on fait un counseling après le test?** Oui  Non

**Q15. Qui vous a annoncé votre statut ?** a) Médecin  b) infirmier  c) psychologue  d) Autre (Précisez !) \_\_\_\_\_

**Q16. Date de découverte :** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/

**Q 17. Réaction à l'annonce / \_\_\_\_/**

**1= Acceptation ; 2= Dénie ; 3=Indifférence ; 4=rejet ; 5=rancœur ; 7=culpabilité**  
**8=autre (Précisez !) \_\_\_\_\_**

**Q18. Y-a-t-il une information particulière sur l'annonce que vous voulez nous donner** \_\_\_\_\_

### IV- Partage du statut

**Q19. Avez-vous partagé votre statut avec quelqu'un ?**

**Si Oui (J'ai partagé mon statut avec au moins une personne)**

Avec qui ? A quelle date ? Lors de quelle circonstance ? Pour quelle raison ?

Avec qui ?	Date ?	A quelle occasion ?	Pour quelle raison ?	Réaction de l'informée


Code personne informée (à qui): 0=Aucune ; 1=Conjoint ;2=Enfant ;3=Père ; 4=Mère ;5=Grands-Parents ; 6=Frère/ Sœur ; 7=Cousin/Cousine ; 8=Ami (e) ;Autre (précisez)\_\_\_\_\_

**Q21.** Est-ce qu'il y a des mots qui vous ont posé problème pour le partage de votre statut ?Quels mots ? Quels problèmes ? Et par quels mots les avez-vous substitués ?

Mot posant problème	Problème posé par le mot	Mot de substitution

**Q22. Attitude de la personne avec Qui le statut est partagé**

Avec Qui	Déjà au Courant (oui /non)	Comment savez vous	Partagé Raison ?	Abordé son statut ?	Quel es son statut	Connaissance du statut avant partage

Code personne informée (à qui): 0=Aucune ; 1=Conjoint ;2=Enfant ;3=Père ; 4=Mère ;5=Grands-Parents ; 6=Frère/ Sœur ; 7=Cousin/Cousine ; 8=Ami (e) ;Autre (précisez)\_\_\_\_\_

### Si non (Je non (partagé mon statut avec personne),

**Q25.** Pensez-vous que la personne informée était déjà au courant de votre statut avant le partage?

✓ Oui , pourquoi Non \_\_\_\_\_

✓ Non , pourquoi Non \_\_\_\_\_

**Q26.** Pensez-vous qu'il n'est pas important votre entourage connaissent votre statut ?

✓ Oui , pourquoi Non \_\_\_\_\_

✓ Non , pourquoi Non \_\_\_\_\_

**Q27.** Avez-vous utilisé des stratégies pour éviter les membres de votre entourage ne soient pas au courant de votre Statut VIH ?

- Oui , lesquels ? \_\_\_\_\_

- Non .

### V- Annonce par un personnel médical

A: sans mon accord

B: avec mon accord

### VI- Appui de tiers pour le partage

**Q28.** Est-ce que quelqu'un vous a encouragé à partager ? Oui  Non

**Q29.** Est-ce qu'on vous a dit comment procéder au partage? Oui  Non

**Q30.** Auriez-vous préféré que l'annonce soit fait par :

Médecin  b) Conseiller  c) Autre (précisez) : \_\_\_\_\_

**Q31.** Est-ce que vous avez déjà eu l'appui d'une association ?

a) Non  b) Oui en général  c) Oui, pour le partage

### VII- Connaissances sur le VIH:

**Q33.** Connaissez-vous les voies de transmission du VIH ? Oui  Non

Si oui, citez ce voies :

---

---

---

**Q34.** Connaissez-vous les mesures de prévention contre le VIH ? Oui  Non

Si oui, citezces mesures \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### VIII- Conséquences du partage :

Q35. Pensez-vous que le partage de votre statut vous a été avantageux  ou désavantageux  ?

Avantages	Désavantages

Q36. Etes-vous stigmatisé ? Oui  Non

Q37. Votre situation matrimoniale a-t-elle changé après l'annonce ? Oui  Non

Q37A. si oui de quoi à quoi

Q38. Votre famille continue t elle a vous soutenir ? Oui  Non

Q39. Etes-vous sous ARV ? Oui  Non

Q39 a. Date de mise sous TARV /\_\_/\_\_/\_\_

Q39 b. Etes-vous observant au TARV ? Oui  Non

Q40. Etes-vous tranquille avec votre conscience ? Oui  Non

Q41. Autres conséquences

	CD4		Charge Virale	
	Valeur (cell/mm <sup>3</sup> )	Date	Copie/μl	Date
Initiale				
Antérieur				
Finale				



### **SERMENT D'HYPPOCRATE**

En présence des maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail, je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admise à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira point à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

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

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception.

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

Respectueuse et reconnaissante envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque.

### **JE LE JURE**