

MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET DE
LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

République du MALI

Un Peuple – Un But – Une Foi

FACULTE DE MEDECINE ET D'ODONTO- STOMATOLOGIE

Année scolaire : 2012- 2013

N°...../

TITRE

**Etude qualitative de la prise de décision des femmes
vivant avec le VIH au sujet du dévoilement ou non
de leur séropositivité à l'USAC de la commune VI
dans le district de Bamako**

THESE

Présentée et soutenue publiquement / / 2013 devant
la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-stomatologie
Par Mme BOUARE SIRA DEMBELE
Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine (Diplôme d'Etat)

JURY :

Président Pr. Sounkalo DAO

Membre : Dr. Kadidia KASSOGUE

Co-directrices: Dr. DEMBELE Bintou KEITA
Dr. CAMARA Adam YATTASSAYE

Directeur de thèse : Pr. SIDIBE Assa TRAORE
Pr. Joane OTIS

DEDICACES ET REMERCIEMENTS

DEDICACE

Je dédie ce travail à mon père FABOULAN DEMBELE

Mon très cher père, tu as fait de moi cette femme que je suis aujourd'hui, en inscrivant à l'école, tu as toujours donné le meilleur de toi-même pour la réussite et le bonheur de tes enfants. Ton soutien moral, affectif et matériel ne m'a jamais fait défaut. Aujourd'hui, c'est l'occasion pour moi de te dire merci et sache que je n'oublierai jamais l'enseignement que tu nous a toujours donné, tu nous as appris, l'entraide, l'unicité familiale, l'honnêteté, le courage et le travail bien fait, père exemplaire puisse qu'ALLA te donne longue vie pour que tu puisses goûter aux fruits des arbres que tu as plantés.

A ma mère AWA BAGAYOGO

Femme soumise, sage, respectueuse, dévouée, courageuse, généreuse, brave et source de ma vie, ces mots ne pourront jamais qualifier ta bonne personne. Ta conduite et tes enseignements m'ont toujours soutenu durant toute ma période d'étude et me soutiendra toujours dans la réalisation de mes activités quotidiennes, sache que ce travail est le tien. Pardon pour les soucis, les angoisses et la fatigue que je t'ai causés. Je t'admire énormément et je suis fier de t'avoir comme Maman. Je prie le bon Dieu pour qu'il te donne une longue vie, santé et beaucoup de bonheur.

A mon mari DRISSA BOUARE

Mari exemplaire, idéal, les mots me manquent aujourd'hui pour exprimer mes sentiments. Je te remercie très sincèrement du fond du cœur pour ton soutien et ton courage à mon égard, seul Dieu peut te récompenser pour ton acte de bonne volonté. Sans tes efforts conjugués, mon rêve n'allait pas être une réalité. Reçois ici toute mon affection que Dieu nous donne longue vie pour qu'on s'occupe ensemble de notre fille bien-aimée et de ses frères et sœurs à venir.

A ma fille chérie AWA BOUARE

Ta venue nous a beaucoup émerveillés et tu continues de remplir nos cœurs de joie et du bonheur. Que Dieu le Tout-Puissant te donne longue vie, bonheur et santé.

REMERCIEMENTS

Cette thèse m'offre l'heureuse opportunité d'adresser mes remerciements à toutes les mains visibles et invisibles qui ont contribué à sa réalisation.

Mes sincères remerciements vont à :

A ma grande sœur sabou, Uni par les liens du sang, j'ai toujours bénéficié de ton aide moral et surtout ta compréhension. Ton soutien et assistance tout au long de ce difficile parcours, m'a été d'un réconfort inoubliable. Puisse Dieu renforcer nos liens et maintenir notre famille unie. Ce travail est le tien.

A mes jeunes frères et sœurs madou, filifin, woura, kalifa, mamaï, djélika, ami,

Votre soutien a beaucoup contribué à ma réussite. Vous avez été toujours à mes côtés au moment opportun. Je n'oublierai jamais ces temps durs de mon existence.

Je vous souhaite une très bonne carrière. Merci pour tout.

A ma tante mbabougari kamissoko

Je remercie Dieu pour l'occasion qui se présente à moi aujourd'hui et qui me permet de témoigner toute ma reconnaissance. Mille mercis, car les mots me manquent. Je vous demande pardon pour les torts causés. Par ce travail, recevez l'expression de ma gratitude et de toute mon affection.

A mon cousin Dr Kamissoko Makandian,

Tu es non seulement mon cousin, mais aussi un ami et un conseiller. Ton soutien moral et matériel durant toutes ces années a été pour moi d'une valeur inestimable. Tu m'as toujours encouragé à aller de l'avant. Merci pour le bonheur et le plaisir que nous avons vécus ensemble ces années durant. Ce travail est aussi le tien.

A mes amis de la faculté :

Dr Dembélé Sokona, Dr Coulibaly Tare, Dr Dembélé Wassa, Dr Daou Nana, Dr Bathily Sali, Dr Kanté Maïmouna, à tout mon groupe d'exercice de la médecine,

Nos chemins se sont croisés par le hasard de la vie. Quel heureux hasard ! C'est l'occasion pour moi de dire qu'avec vous, j'ai compris le véritable sens d'un travail d'équipe. Le chemin est encore

long et le combat ne fait que commencer. Avec courage et détermination, nous y arriverons. Bonne chance !

A mes Co-thésards,

Flagnouma Diallo, Awa Niélé Diarra, Tènè Diawara, Sira Soumaoro, Alimata Traoré,
merci pour la confiance et les échanges de connaissance. Courage et bonne chance.

A tout le personnel de la FMPOS, particulièrement au corps professoral.

A tout le personnel du CSREF de la CVI plus particulièrement au personnel de l'USAC

A tout le personnel de l'ASACONIA plus particulièrement à Dr Diassana, Dr Diawara, Dr Pacom,
Mme Camara Mariam et à toute l'équipe de garde du Dr Diawara Ibrahim

A mes tontons : Niarga Dembélé, Famakan Dembélé, Dantoumé Dembélé, Fadiala Dembélé,
Sounoumba Mady Dembélé, Founé Dembélé, Mady Dembélé,

Vos soutiens moraux et matériels durant toutes ces années ont été pour moi d'une valeur inestimable. Que l'éternel vous bénisse.

A mes tantes : Sountougoun Dansira, M'bafile Dansira, Kita Diala Dembélé Feue Ramata Dembélé, Niama Kamissoko, Sali Kamissoko, Sayon Kamissoko, Fanta Dembélé,

Vos soutiens moraux et matériels durant toutes ces années ont été pour moi d'une valeur inestimable.

A mon feu grand-père M'badiala Missa Dembélé.

A mes grands-mères : Sabou Traoré, Djéneba Doumbia, feu Doussouba Traoré, Djougouna Mady Kamissoko.

A mes cousins et cousines : Kiatou Dembélé, Kadiatou Marigarite Dembélé, Madou Dembélé ;
Haby Sy.

A la famille Bouaré : merci pour votre soutien durant toutes ces années.

A ma belle mère Magné Awa Coulibaly

Je remercie Dieu pour l'occasion qui se présente à moi aujourd'hui et qui me permet de témoigner toute ma reconnaissance, mille mercis belle mère, car les mots me manquent.

Vous avez été la première à m'accueillir et à m'ouvrir votre porte. Je vous demande pardon pour les torts causés. Par ce travail, recevez l'expression de ma gratitude et de toute mon affection.

A mon neveu Yacouba Tangara et sa famille,

Ton soutien moral, affectif et matériel ne m'a jamais fait défaut. Aujourd'hui, c'est l'occasion pour moi de te dire merci, merci pour la confiance que tu as placée en moi depuis le que nous nous connaissons, merci pour tout ce que tu as fait et pour tout ce que tu feras pour moi. Qu'Allah le tout puissant te bénisse qu'il te donne une longue vie et t'assiste dans tout ce que tu entreprendras.

Hommages aux Honorables Membres du Jury

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DU JURY

Professeur Soukalo DAO

- Professeur titulaire en maladies infectieuses,
- Chef de DER en médecine et en spécialité médicale
- Responsable de l'enseignement des maladies infectieuses à la FMOS
- Investigateur clinique au centre de recherche et de formation sur le VIH et la tuberculose: SEREFO/FMOS/NIAID
- Président de la SOMAPIT (Société Malienne de Pathologie infectieuse et Tropicale)
- Membre de la SAPIT (Société Africaine des Pathologie Infectieuses et tropicale) et SPILF (Société des Pathologie Infectieuse en Langue Française)

Cher Maître,

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de présider ce jury de thèse.

Votre franc parlé, votre démarche scientifique et votre grande expérience dans le domaine de la médecine ont forcé notre admiration.

Vos remarques et vos suggestions ont contribué à l'amélioration de ce travail.

Puisse ALLAH le tout puissant vous garde aussi longtemps que possible auprès de nous. Amen !

MAITRE ET DIRECTRICE DE THESE

Professeur Joanne OTIS

-La professeure Joanne OTIS, Ph .D en santé publique (promotion de la santé), est titulaire de la chaire de recherche du Canada en éducation à la santé depuis janvier 2005. Elle est aussi professeure au département de sexologie de l'UQAM depuis 1991 et membre de plusieurs équipes ou réseaux de recherche (FRSQ, RSP, ISS, IRSC, SVR, etc.)

-Elle s'intéresse particulièrement à la promotion de la santé sexuelle et à l'éducation sexuelle préventive. Ses travaux de recherche portent sur l'analyse des facteurs psychosociaux et socioculturels associés aux comportements à risque ou de santé. Ils portent aussi sur l'évaluation des interventions de prévention de ces problèmes et de promotion de la santé sexuelle.

-Elle travaille auprès de diverses populations : adolescents en milieu scolaire (programme chii kayeh), jeunes en difficultés jeunes de la rue (projet PIJE), femmes en difficulté et travailleuses du sexe, hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (cohorte Oméga, projets phénix et SPOT) et personnes vivant avec le VIH (projet MAYA et Pouvoir Partager/Pouvoirs Partagés).

-Elle se distingue par ses travaux en partenariat avec les organismes communautaires VIH/sida au Québec, au Canada et à l'international.

Chère maitre,

Nous vous remercions de la confiance que vous nous avez fait en nous acceptant dans ce projet, En témoignage de notre reconnaissance, nous vous prions chère maitre de trouver en cet instant solennel l'expression de notre sincère gratitude et notre profond attachement

A NOTRE MAITRE ET MEMBRE DU JURY

Docteur Kadidja Kassogué

-Médecin consultant au CESAC de Bamako

-Personne ressource dans le programme pouvoir partager/pouvoirs partagés

Chère maître,

Vous nous faites honneur en acceptant malgré vos multiples occupations de siéger parmi ce jury.

Votre qualité humaine et de même que votre disponibilité malgré vos multiples occupations ont permis la réalisation de ce travail.

Veillez trouver ici, l'assurance de notre profonde gratitude et de nos meilleurs sentiments de reconnaissance et de respect.

A NOTRE MAITRE ET CO-DIRECTRICE DE THESE,

Dr Camara Adam Yatassaye

-chargé de programme et de projet au niveau d'ARCAD/sida Mali

-chargé d'adaptation culturelle du modèle Québécois sur le renforcement des femmes autour de la question du partage du statut sérologique

Cher Maître,

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de siéger dans ce jury. Votre apport a été inestimable dans la réalisation de ce travail. Votre sympathie, votre disponibilité et votre simplicité font de vous une personne exemplaire.

Que ce travail puisse être l'occasion pour moi de vous exprimer ma profonde reconnaissance.

A NOTRE MAITRE ET CO-DIRECTRICE DE THESE,

DR Dembélé Bintou Kéita,

- membre fondatrice et directrice d'ARCAD-SIDA
- DEA en MST/SIDA
- DEA en anthropologie de la santé de l'université AIX Marseille
- Trophée Femme et Sida décerné par le Programme alimentaire mondial à l'occasion du 8 mars à Rome
- Ruban d'or du Haut Conseil National de Lutte contre le Sida
- Le prix Sidaction pour le meilleur acteur de la prise en charge communautaire
- Chevalière de l'ordre national du Mali

- Médaille de l'ordre de la pléiade

Cher maître,

C'est un grand honneur pour nous de vous avoir dans ce jury de thèse.

Votre rigueur scientifique, votre franc parlé, votre qualité humaine et de même que votre disponibilité malgré vos multiples occupations ont permis la réalisation de ce travail.

Cher maître veuillez accepter ici nos meilleurs sentiments de reconnaissance et de respect.

A NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR DE THESE

Professeur Samba DIOP

-Maître de conférences en Anthropologie médicale

-Enseignant-chercheur en Ecologie humaine, Anthropologie et Ethique en santé au DER de Santé publique

-Responsable de l'unité de recherche formative en sciences humaines, sociales et éthique de SEREFO /VIH/SIDA

-responsable du cours <<Anthropologie de la lutte contre la cécité : Aspects sociaux et éthiques >> Centre Hospitalier Universitaire de l'Institut d'Ophtalmologie Tropicale d'Afrique.

-Responsable du cours <<Sciences et éthique>> du DEA d'anthropologie, Institut supérieur pour la formation à la recherche appliquée (ISFRA), Université de Bamako

-Responsable du cours << Culture et éthique>> du centre d'enseignement virtuel en Afrique, Ecole nationale des ingénieurs (ENI), Université de Bamako.

Cher Maître,

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de diriger ce modeste travail.

Nous avons eu le plaisir de vous connaître et, ainsi, nous avons pu apprécier l'homme que vous êtes. Rigoureux, simple, aimable et travailleur.

Vos qualités intellectuelles, vos capacités pédagogiques, votre don d'écoute et votre amour pour le travail bien fait font de vous un exemple.

Veillez trouver, ici cher maître, l'expression de notre sincère gratitude et de notre profond attachement.

SIGLES ET ABREVIATIONS

Sigles et abréviations

VIH : Virus de l'immunodéficience humaine

SIDA : Syndrome d'immunodéficience acquise

USAC : Unité de soins d'accompagnement et de conseils

CESAC : Centre d'écoute de soins, d'animation et de conseils

ARCAD : Association de recherche, de communication et d'accompagnement à domicile

PV/VIH : Personne vivant avec le VIH

DNAFLA : Ex-direction nationale de formation en langue

ARV : Antirétroviraux

PP/PP : Pouvoir partager/Pouvoirs partagés

CSREF COMVI : Centre de santé de référence de la commune VI

FMOS : Faculté de médecine de pharmacie et d'odontostomatologie

ONUSIDA : Organisation des Nations unies contre le sida

ASFGMASSI : Association des femmes de Guinée pour la lutte contre les maladies sexuellement transmissibles et le sida

ONG : Organisation non gouvernementale

PTME : Prise en charge de la transmission mère enfant

Liste des figures et tableaux

Figure1 : les objets symboliques.....	41
Figure2 : la couleur bleu.....	43
Figure3 : la couleur rouge.....	44
Figure4 : la couleur verte.....	45
Figure5 : comment garder secret.....	54

TABLE DES MATIERES

I-INTRODUCTION.....	17
II-CADRE THEORIQUE.....	19
2-1-contexte et justification.....	19
2-2-hypothèse.....	19
III-OBJECTIFS.....	20
3-1-objectif général.....	20
3-2-objectifs spécifiques.....	20
IV-METHODOLOGIE.....	21
4-1-cadre d'étude.....	21
4-2-type d'étude.....	21
4-3-période d'étude.....	21
4-4-population d'étude.....	21
4-4-1-critères d'inclusion.....	21
4-4-2-critères de non-inclusion.....	21
4-5-échantillonnage.....	21
4-6- déroulement pratique de l'étude.....	22
4-6-2-recherche documentaire.....	23
4-6-3-entretien avec les informateurs clés (participantes).....	36
4-6-4-analyse des données.....	36
4-7-collecte et gestion des données.....	36
4-8-produits attendus.....	36
4-9-considérations éthiques.....	37

V-RESULTATS.....	39
VI-COMMENTAIRE.....	67
VII-CONCLUSION.....	69
VIII-RECOMMANDATIONS.....	70
IX-REFERENCE BIBLIOGRAPHIQUES.....	72
X-ANNEXES.....	79

I-INTRODUCTION

La pandémie par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) frappe actuellement tous les pays du globe, mais revêt une gravité particulière dans les pays en voie de développement, ébranlant des structures sanitaires fragiles, et s'ajoutant encore aux problèmes de santé endémique dans ces pays.

[1] Près de la moitié des adultes contaminés aujourd'hui sont des femmes. [2]

Les femmes sont les plus touchées par cette pandémie, avec un taux global de 2% contre 1,3% chez les hommes.

Les données disponibles montrent que l'épidémie à VIH a touché au fil du temps proportionnellement de plus en plus de femmes, y compris celles enceintes malgré les stratégies de sensibilisation. On estimait, en 2006, que 17,5 millions de femmes vivaient avec le VIH soit 1 million de plus qu'en 2003 [3].

Les femmes en âge de procréer représentent quasiment la moitié des 32 millions d'adultes vivant actuellement dans le monde avec le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) [4].

Le sida ou syndrome d'immunodépression acquise, révélé en 1981, est la conséquence grave de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH), responsable d'une diminution de l'immunité cellulaire qui est source d'infections opportunistes. L'amélioration des fonctions immunitaires sous multi thérapie antirétrovirale a permis de réduire de façon importante la prévalence de ces infections. [5]

Pouvoir partager/Pouvoirs partagés

[6] est une série d'ateliers en petits groupes qui a été élaborée et évaluée dans le cadre d'un projet de recherche communautaire menée par l'Université du Québec à Montréal (UQÀM). Inspiré par les femmes vivant avec le VIH, pouvoir partager/Pouvoirs partagés a été conçu pour aider ces femmes à mieux comprendre l'impact du dévoilement et du non-dévoilement de leur séropositivité dans différents contextes et pour les aider à créer un réseau de soutien durable.

Ce programme, qui n'appuie pas explicitement le dévoilement ou le non-dévoilement de la séropositivité, comprend une série de sept ateliers co-animés par des femmes dans la même situation encourageant l'introspection par le biais de discussions et d'activités interactives. Ce programme ne se veut pas un groupe de soutien ni une thérapie de groupe, mais donne plutôt aux

participantes une occasion de partager, d'apprendre et de réfléchir à la question du dévoilement ou du non-dévoilement de leur séropositivité. [6] Malgré les efforts déployés par le Mali pour améliorer la prise en charge des malades du sida, évoquer sa séropositivité y reste extrêmement difficile, tout particulièrement pour les femmes. Leur dépendance économique, la peur d'être discriminée ou rejetée est autant d'obstacles à partager leur statut sérologique avec leurs conjoints. Ce secret, pesant pour les malades, est aussi un facteur de contamination important et un frein à l'implication des hommes dans la considération de la maladie. Alors que la question du partage est cruciale, elle reste jusqu'à présent peu prise en charge. Leur dépendance économique, la peur d'être discriminée ou d'être rejetée est autant d'obstacles n'incitant pas les femmes maliennes à partager leur statut sérologique avec leurs conjoints. [7]

La séropositivité des femmes est vécue de façon plus difficile, dans une plus grande solitude, parfois dans le secret et la honte, surtout lorsque la contamination a été sexuelle. Il y a un « regard des autres » encore plus stigmatisant pour la femme séropositive et son mode de vie en lien avec la contamination. Ce peut être une difficulté supplémentaire pour vivre la séropositivité. [8]

Au mali, il n'y a pas eu d'étude spécifique sur le dévoilement de la séropositivité au VIH. Ainsi nous avons initié ce travail pour appuyer la prise de décision des femmes vivant avec le VIH à l'USAC de la COMVI dans le district de Bamako.

II-CADRE THEORIQUE

2-1-Contexte et justification

L'épidémie du VIH est une crise mondiale et l'un des plus grands défis jamais lancés au développement et au progrès social. [9]

Les multi thérapies permettent aujourd'hui à la plupart des patients de retrouver une immunité quasi normale pendant une période indéterminée. Si le traitement antirétroviral a un bénéfice indéniable sur l'état immunitaire, il ne permet pas pour autant de résoudre toutes les difficultés auxquelles sont confrontées les personnes infectées par le VIH : problèmes de revenus, d'emploi, de logement, de relation avec les autres, de difficulté de révélation du statut sérologique ou de vie affective et sexuelle. La prise en charge doit donc aujourd'hui dépasser les seuls aspects biomédicaux pour prendre en compte l'individu dans sa globalité. [10]

Notre étude est née à la suite d'une évaluation des besoins des femmes vivant avec le VIH, menée au Québec par L'UQAM et pour la première fois expérimentée au Mali

Cette évaluation des besoins a révélé entre autres que le dévoilement de la séropositivité au VIH était un défi important qui transcendait toutes les sphères de la vie des femmes vivant avec le VIH.

Certes, les femmes sont plus vulnérables au VIH et sont socialement fragiles. Elles sont victimes de rejet de discrimination et de stigmatisation liées à leur statut sérologique au VIH, d'où l'intérêt de notre étude.

2-2-Hypothèses de recherche

*la prise de décision éclairée par rapport au choix du partage du statut sérologique au VIH joue un grand rôle dans l'amélioration de la qualité de vie des femmes vivant avec le VIH

*Le VIH est une maladie stigmatisant et dégradante dans notre société, d'où la difficulté voire l'impossibilité d'informer d'autres personnes.

III- OBJECTIFS

3-1-Objectif général

Accompagner les femmes vivant avec le VIH dans leur prise de décision relativement au dévoilement ou au non-dévoilement de leur statut sérologique du VIH au niveau du site de prise en charge du VIH de la commune COMVI dans le district de Bamako.

3-2-Objectifs spécifiques

- Reconnaître les multiples facettes, contextes et enjeux entourant la question du partage chez les femmes vivant avec le VIH.
- Permettre aux femmes vivant avec le VIH d'évaluer le poids du secret par rapport à leur statut sérologique au VIH dans son quotidien.
- Identifier les personnes auprès desquelles le désir de partager ou de garder le statut sérologique au VIH est souhaité, permettre aux femmes vivant avec le VIH d'explorer et d'analyser des stratégies et des actions concrètes mises en place par le passé :
 - dans un contexte de partage réussi et dans un contexte de partage difficile.
 - pour faire face aux réactions négatives de la personne avec qui le partage a eu lieu.

IV- METHODOLOGIE

4-1-Cadre et lieu d'étude

Présentation de l'USAC de la COMVI : notre étude s'est déroulée à l'USAC du CSREF de la commune VI, qui a été mise en place le 9 mars 2010 grâce à un partenariat entre la direction régionale de la santé et l'ONG ARCAD/SIDA avec l'appui financier du fonds mondial. Il est situé entre le logement du gardien à l'Ouest et la maternité à l'Est et un personnel constitué par un Médecin, un Pharmacien et deux conseillers psychosociaux.

Son objectif principal est de contribuer à la prise en charge et psychosociale des PV/VIH et les malades atteints de SIDA à la commune CVI du district de Bamako ; avec comme population cible toutes personnes volontaires dépistées, les tuberculeux séropositifs, les donneurs de sang séropositif et les femmes enceintes séropositives et leurs enfants aux décours de l'accouchement.

Les principales activités menées par l'USAC de la COMVI sont entre autres :

- conseil et dépistage
- consultation médicale
- dispensation des ARV et des médicaments oraux
- l'enquête sociale
- activités culinaires
- groupe de parole des femmes enceintes
- club d'éducation thérapeutique
- visites hospitalières
- visites à domicile
- soutien nutritionnel aux enfants
- en partenariat avec d'autres ONG dans l'AGIR

-contribue à la PTME avec la maternité

4-2-Type d'étude : nous avons réalisé une étude qualitative, prospective, transversale par entretien en face à face.

4-3-Période d'étude : notre étude s'est étendue sur une période de 6 mois allant du mois de juin au mois novembre 2011.

4-4-Population soumise à l'étude

4-4-1-Critère d'inclusion : étaient incluses dans notre étude toutes femmes en période d'activité génitale vivant avec le VIH suivi à l'USAC du centre de santé de référence de la commune VI et ayant accepté les conditions de l'étude.

4-4-2-Critère de non-inclusion : n'étaient pas incluses dans notre :

-toutes femmes vivant avec le VIH non suivi à l'USAC de la CVI.

-toutes les femmes vivantes avec le VIH et dont l'âge n'a pas atteint la période d'activité génitale.

-et celles qui n'ont pas accepté les conditions de l'étude.

4-5-Echantillonnage : l'étude concernait 16 femmes réparties en 2 groupes de 8 choisies sur un mode aléatoire.

4-6- Déroulement pratique de l'étude

4-6-1-recherche documentaire

Criminalisation du non-dévoilement du statut sérologique au VIH :

La stigmatisation et la discrimination sont souvent à la base de la criminalisation continue de comportements à risque pour le VIH, comme les rapports sexuels entre hommes, le travail sexuel et l'usage de drogue. Les personnes vivant avec le VIH qui ont de tels comportements (souvent stigmatisés socialement) subissent un double stigmate, en raison de leur séropositivité au VIH et de leur comportement. Des efforts efficaces en prévention positive nécessitent de lutter contre la criminalisation du non-dévoilement de la séropositivité au VIH et de la transmission du VIH. [13]

L'ONUSIDA et des militants de la société civile considèrent que l'utilisation de telles lois (la criminalisation du non-dévoilement de la séropositivité au VIH et de la transmission du VIH) et les poursuites en vertu de lois existantes font plus de tort que de bien, en nuisant à la santé publique et en ignorant les conventions

internationales sur les droits de la personne. Elles peuvent aussi exacerber la stigmatisation et marginalisation des personnes vivant avec le VIH en exagérant les risques, en créant un faux sentiment de sécurité à l'effet que le VIH est le problème des autres, en dissuadant des gens de passer le test pour connaître leur état sérologique au VIH et en décourageant des personnes vivant avec le VIH de demander des ressources de prévention du VIH. [13].

Promotion des droits humains [13].

La prévention positive implique de promouvoir les droits de l'homme des personnes vivant avec le VIH, y compris leur santé et leurs droits sexuels et génésiques. Cela inclut : la confidentialité de la séropositivité au VIH; des conditions favorables à un dévoilement sûr, volontaire et bénéfique; le respect de l'autonomie individuelle; et le choix de se faire tester, de dévoiler sa séropositivité et/ou d'amorcer un traitement antirétroviral, et du moment pour le faire. La criminalisation du non-dévoilement de la séropositivité au VIH nuit aux efforts de prévention du VIH et elle contribue à la stigmatisation associée au VIH. (Prévention positive : éléments programmatiques)

Au Canada, en vertu de l'arrêt de la Cour suprême dans R c. Cuerrier, 1 les PV/VIH/sida ont l'obligation légale de dévoiler leur séropositivité au VIH à leurs partenaires sexuels savants d'avoir une activité sexuelle qui comporte un « risque important » de transmission du VIH. Voici quelques constats sur les affaires criminelles en matière de non-dévoilement de la séropositivité au Canada :

De 1989 à 2009, il y a eu 104 affaires au Canada dans lesquelles 98 individus ont fait l'objet d'accusations pour des infractions liées au non-dévoilement de leur séropositivité au VIH ;

Pendant cette même période, il y a eu 49 affaires et 47 individus accusés en Ontario 89 % des accusés ontariens sont des hommes;

50 % des hommes hétérosexuels accusés en Ontario depuis 2004 sont noirs ;

68 % des affaires criminelles en Ontario se sont conclues par une déclaration de culpabilité ;

68 % des déclarations de culpabilité en Ontario ont donné lieu à des peines d'incarcération.

Stigmatisation et discrimination dues 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 [14].

Dans une déclaration classique, le sociologue Erving Goffman [15] a défini un Stigmate comme un attribut qui discrédite de manière importante une personne ayant une différence non souhaitée. La stigmatisation est un moyen puissant de contrôle social qui consiste à marginaliser, à exclure et à exercer un certain pouvoir sur des individus qui possèdent certaines caractéristiques. Alors que le rejet par la société de certains groupes (homosexuels, consommateurs de drogues injectables, professionnelles du sexe) peut être antérieur au VIH/sida, dans de nombreux cas cette maladie a renforcé l'attitude de stigmatisation. 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 [16].

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 [13].

Gilmore et Somerville [17] ont décrit ce qu'ils considèrent comme les quatre principales caractéristiques de toute réaction stigmatisant : le problème qui en est la cause ; l'identification du groupe ou de l'individu à cibler ; l'attribution d'un stigmate à cet individu ou groupe ; et la mise en œuvre de la réaction stigmatisant. Le stigmate lié au VIH/sida est complexe. Il puise dans les perceptions et attitudes à l'égard d'une infection incurable, de la maladie et de la mort; de l'activité sexuelle et des infections transmissibles sexuellement; de l'homosexualité, du travail sexuel, de l'usage de drogue, et de l'ethnicité.

Parler du VIH/sida revient à aborder autant les phénomènes sociaux que les préoccupations biologiques et médicales. Les droits de la personne sont universels. Autrement dit, tous les individus ont des droits puisqu'ils sont des personnes humaines. Ces droits découlent de la dignité et de la valeur inhérente à chaque être humain. Ils ne peuvent être suspendus ni retirés. Depuis l'entrée en vigueur de la charte des Nations Unies et de la Déclaration universelle des droits de l'homme en 1948, la plupart des États du monde ont ratifié des conventions qui ont force de loi et qui protègent les droits de la personne [18]. Les droits humains protégés par ces conventions incluent le droit à la nourriture, au logement, à un revenu adéquat, à l'emploi, à l'éducation, à la vie privée, à la jouissance des progrès scientifiques et des bienfaits qui en résultent, au meilleur état possible de santé physique et mentale, à la liberté d'association et de réunion, à la liberté de

déplacement, à la protection contre tout traitement cruel, inhumain ou dégradant et à la protection contre la discrimination.

Causes de la stigmatisation, de la discrimination et du rejet associés au VIH/sida [19]

Une perspective historique et socioculturelle peut aider à comprendre les réactions négatives déclenchées par le VIH/sida. Auparavant, pendant une épidémie, la contagiosité réelle ou supposée de la maladie aboutissait à l'isolement et à l'exclusion des personnes contaminées. Outre la croyance largement répandue que le VIH/sida est une maladie honteuse [16], ces stéréotypes permettent également à certains de ne pas accepter les possibilités d'être personnellement contaminés ou concernés par le virus. Dans de nombreuses sociétés, les personnes touchées par le VIH/sida sont considérées comme vivant dans l'ignominie.

Le VIH/sida peut être considéré comme la conséquence d'une « perversion » et comme un châtiment. Dans les sociétés individualistes, le VIH/sida peut être considéré comme le résultat d'une irresponsabilité personnelle. En d'autres circonstances encore, le VIH/sida est ressenti comme amenant la honte sur la famille et la communauté. La manière dont les gens réagissent en présence du VIH/sida varie par conséquent en fonction des idées et des ressources que la société met à leur disposition. Alors que des réactions négatives vis-à-vis du VIH/sida ne sont nullement inévitables, elles se nourrissent fréquemment de la conception du bien et du mal de l'idéologie dominante en ce qui concerne le sexe et la maladie, ainsi que les comportements corrects et incorrects.

De Bruyn [20] a récemment identifié cinq facteurs qui contribuent à la stigmatisation liée au VIH/sida:

- Le VIH/sida est une maladie mortelle
- Les gens ont peur d'être contaminés par ce virus
- Cette maladie est associée à des comportements (comme les relations sexuelles entre hommes et la consommation de drogues injectables) faisant déjà l'objet d'une stigmatisation dans de nombreuses sociétés
- Les gens vivant avec le VIH/sida sont souvent considérés comme étant responsables d'avoir contracté cette maladie

- Certaines croyances religieuses ou morales amènent à conclure qu'avoir le VIH/sida est dû à une faute morale (avoir des mœurs légères ou des activités sexuelles « déviantes ») qui mérite un châtement.

Conséquences de la stigmatisation, de la discrimination et du rejet associés au VIH/sida

La stigmatisation et la discrimination limitent l'efficacité de la prévention positive et de la riposte générale au VIH. Les personnes vivant avec le VIH ou vulnérables à l'infection sont moins susceptibles de faire les premiers pas, ce qui limite leur accès à l'information, au test, à la prévention, au traitement, aux soins et au soutien pour le VIH. Par conséquent, la stigmatisation et la discrimination ralentissent considérablement la riposte au VIH et accroissent la vulnérabilité au VIH et/ou à d'autres maladies. [13]

A cause de la stigmatisation associée au VIH/sida, certaines ressources essentielles à la prévention de l'infection doivent être détournées de leur objectif. Certaines personnes sont traitées de façon injuste ou tenues pour responsables de ce qui leur arrive. Les fractures sociales sont renforcées et se perpétuent, et de nouvelles infections continuent à se produire tant que les gens ne comprennent pas exactement la nature de l'épidémie et ses causes.

Les différentes conditions ou aspects de stigmatisation, de discrimination et de rejets associés au VIH/sida

La discrimination, la stigmatisation et le rejet associés au VIH/sida peuvent être ressentis et vécus à plusieurs niveaux: à celui notamment de la société et de la communauté, et à celui de l'expérience propre de l'individu. La Société, la communauté, les lois, les règlements, les politiques et les procédures peuvent aboutir à la stigmatisation des personnes vivant avec le VIH/SIDA. Dans nombre de pays, certaines pratiques discriminatoires comme le dépistage obligatoire de certaines populations ou de certains « groupes à risque » causent à la fois une stigmatisation supplémentaire de ces groupes et un faux sentiment de sécurité chez ceux qui ne se considèrent pas comme appartenant à ces catégories de population. Un examen récent a toutefois souligné que les politiques nationales plus libérales étaient loin de se traduire par des mesures concrètes [21].

➤ L'aspect familial et communautaire

Dans la majorité des pays en développement, ce sont principalement les familles qui s'occupent des personnes malades et jouent un rôle important dans le soutien et les soins à dispenser à ceux qui vivent avec le VIH/sida [22].

Toutefois, la réaction de la famille n'est pas toujours positive. Les membres de la famille qui sont malades ou directement concernés peuvent être stigmatisés ou faire l'objet de manifestations de discrimination au sein même du foyer. Les efforts de la famille pour faire face à la stigmatisation exercée par la communauté ont également des conséquences sur la qualité des soins. Les familles peuvent protéger leurs membres affectés de la communauté en les gardant à la maison ou en les protégeant de toute interrogation. Le succès de ces stratégies pourra dépendre des ressources du ménage concerné et de sa capacité à fournir des soins sans faire appel à l'aide des membres de la communauté. La peur d'être rejetées et stigmatisées par leur famille et la communauté où elles vivent peut empêcher les personnes vivant avec le VIH/sida de révéler leur statut sérologique aux membres de leur famille [16]. Les familles peuvent aussi rejeter les membres séropositifs en raison non seulement du caractère honteux associé au VIH/sida, mais également des connotations d'homosexualité, de toxicomanie et de mœurs légères répréhensibles qu'évoque le VIH/sida.

➤ **L'aspect juridique, pénal et VIH**

Les personnes vivant avec le VIH rencontrent de multiples défis de la vie, qui vont au-delà d'obtenir des soins de santé et de composer avec des préoccupations vitales. Les urgences économiques, le racisme, l'homophobie, les questions de garde d'enfant, les menaces de violence, l'abus de drogue et/ou d'alcool sont quelques-uns des facteurs qui compliquent la vie avec le VIH. Le défaut de répondre aux besoins élémentaires des personnes vivant avec le VIH entraîne des problèmes de réduction du risque, d'observance au traitement et de prévention.

En réalité, nombreux sont les États qui ont adopté des législations nationales calquées sur la loi type. Or, si celle-ci comporte des dispositions positives en matière de lutte contre les discriminations à l'encontre des PV/VIH ou encore de dépistage, elle comporte également des dispositions préoccupante[23] prévoyant, notamment, la pénalisation de la « transmission volontaire du VIH » [24] et l'obligation de divulguer sa séropositivité à son partenaire dans un délai de six semaines. [25]

Les lois nationales adoptées à la suite de cet atelier entendent elles aussi répondre à un double objectif : protéger les droits des PV/VIH et des personnes exposées à l'infection. Ces lois nationales sont généralement fondées sur le principe selon lequel les PV/VIH ont des droits, mais aussi des devoirs, incluant celui de ne pas transmettre le VIH à ses partenaires. [26]

La pénalisation de la transmission du VIH s'inscrit dans cette logique. Certaines associations de PV/VIH ont soutenu cette approche. [27]

La pénalisation de l'exposition au VIH ou de sa transmission en Afrique occidentale et centrale s'inscrit dans un contexte particulier dont il convient de tenir compte si l'on souhaite en comprendre les fondements. Tout d'abord, elle s'inscrit dans un contexte d'épidémie grave du VIH [28] où les effets de la prévention sont encore limités par manque de ressources, de volonté politique et par des obstacles culturels. D'autre part, l'accès aux traitements est encore insuffisant malgré les progrès observés depuis quelques années. [29] Le sida peut donc encore raisonner comme une « condamnation à mort » pour de nombreuses personnes infectées.

Enfin, ces législations se développent dans un contexte de crise de violences contre les femmes les rendant particulièrement vulnérables au VIH. La pénalisation est perçue comme un moyen d'y remédier et c'est pourquoi de nombreuses organisations de femmes en Afrique continuent de soutenir la pénalisation de la transmission du VIH. [30] Pénaliser l'exposition au VIH ou sa transmission est aussi un moyen pour les États de donner l'impression d'agir contre le VIH quand il est considérablement plus difficile de lutter efficacement contre les discriminations dont souffrent les groupes les plus vulnérables (incluant les femmes, les hommes ayant de rapports sexuels avec des hommes, les travailleuses du sexe) et de garantir l'accès pour tous à la prévention, aux traitements et aux soins. [27]

La majorité des lois nationales condamnent à la fois la transmission du VIH (i.e. : contamination) et la simple exposition au virus. 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 ». [31]

Cependant, le plus souvent, la pénalisation de l'exposition se déduit, soit de l'interdiction pour les PVVIH d'avoir des rapports non protégés ou à risque, comme au Togo [32] et au Bénin [33] (en cas de non-divulgaration au partenaire), soit par le fait de sanctionner l'inoculation de substances infectées « quelle qu'en aient été les suites », comme en Guinée [34] et au Mali. [35] Cette dernière formulation a été reprise de la loi type. [27]

Aucune donnée ne nous permet aujourd'hui de démontrer l'impact de ces législations sur l'épidémie de VIH en Afrique de l'Ouest et Centrale francophone. Nous ne sommes donc pas en mesure de dire si ces législations ont permis de réduire les comportements à risque, ou d'empêcher de nouvelles infections. Selon les témoignages recueillis auprès de plusieurs associations de soutien aux PVVIH en Afrique francophone, l'impact direct de ces législations ne pourrait être que limité

puisque leurs dispositions sont encore très mal connues des populations. Il est donc peu probable qu'elles influencent leurs comportements. [36]

À notre connaissance, pratiquement aucune poursuite n'a été enregistrée en Afrique de l'Est et Centrale francophone contre des PV/VIH pour avoir transmis ou simplement exposé autrui au VIH, bien que la portée des dispositions législatives soit souvent très large.

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. [37]

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

Comme déjà mentionnées, 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. [38] Selon Brigitte Palenfo de l'association REV+ au Burkina Faso, l'absence de poursuites judiciaires s'expliquerait aussi par le fait que la majorité des personnes séropositives ne souhaite pas révéler publiquement leur maladie. Plusieurs associations ont aussi souligné que les PVVIH faisaient encore l'objet d'importantes discriminations de la part de la police, les décourageant de porter plainte. Selon Bintou Bamba, de l'association des femmes de Guinée pour la lutte contre les maladies sexuellement transmissibles et le sida (ASFEGMASSI) les femmes seraient particulièrement discriminées et risqueraient d'être plus tard abandonnées par leur famille et leur conjoint pour avoir porté plainte à la police. Par ailleurs, les associations de soutien aux PVVIH semblent elles même réticentes à l'idée d'accompagner une « victime » à porter plainte, car cela reviendrait à « attaquer les siens ». [39] L'ensemble de ces éléments explique en partie pourquoi une personne nouvellement infectée est peu susceptible de s'adresser à la justice.

Une association togolaise a également souligné l'absence de volonté politique d'appliquer les dispositions pénales relatives à l'exposition au VIH ou sa transmission. Ces lois auraient été rédigées pour donner l'impression que des mesures concrètes avaient été prises pour lutter contre l'épidémie, mais sans réelle intention de les appliquer. D'ailleurs, certaines lois nationales sur le VIH/sida, comme au Togo, tardent à être mises en œuvre à défaut de l'adoption rapide de décrets d'application. [40] Reste que les dispositions pénales existent et sont posées. Elles peuvent donc, à tout moment, être appliquées ou utilisées comme moyen de pression sur les PVVIH. Beaucoup

d'associations considèrent également que ces législations sont en décalage avec les réalités locales en matière de santé et de justice, ce qui les rend bien souvent inapplicables.

L'accès limité à la loi et à la justice a déjà été mentionné. Les associations ont également souligné qu'il était contradictoire de pénaliser l'exposition au VIH ou sa transmission lorsque l'accès au dépistage, aux traitements ainsi qu'aux moyens de prévention n'est pas garanti.[41] à titre d'exemple, bien que le Burkina Faso s'est efforcé de rendre les contraceptifs plus disponibles, et notamment les préservatifs féminins, leur coût reste encore très dissuasif et beaucoup, en particulier les femmes sans revenus propres, n'y ont pas accès. [42] Le dépistage du VIH serait aussi souvent limité aux seuls examens prénataux. [43]

Les hommes seraient donc peu susceptibles de se faire dépister.

À ces obstacles pratiques s'ajoutent des obstacles culturels. Selon un rapport d'Amnistie internationale au Burkina Faso, l'opposition à la contraception, incluant l'usage de préservatifs, est encore très présente, car elle est souvent ancrée dans le rôle traditionnel assigné à la femme et dans le fait que les enfants sont généralement considérés comme source de richesse. [44]

D'autres facteurs rendent ces législations difficiles à appliquer. Il s'agit, entre autres, de la portée large et vague de leur champ d'application. Leur mauvaise rédaction ne permet pas toujours d'identifier clairement les comportements qui justifieraient que la police et le système judiciaire investissent leurs moyens et ressources dans des poursuites criminelles.

Les législations prévoyant la pénalisation de l'exposition au VIH ou de sa transmission semblent avoir été rédigées sans tenir compte de ces réalités.

Enfin, il paraît peu probable que les États disposeront de moyens suffisants et satisfaisants pour juger les affaires de « transmission du VIH ». Il est en effet particulièrement difficile, voire impossible, de prouver avec certitude qu'une personne est à l'origine de l'infection de son partenaire (notamment en cas de pluralité de partenaires).[45]Le fait que les dispositions législatives prévoyant la pénalisation de la transmission ou de l'exposition du VIH semblent difficilement applicables, et peu appliquées, ne signifie pas qu'elles sont sans conséquence sur les droits des PVVIH et les efforts de prévention. [46] Elles risquent par exemple de décourager d'avantage les personnes à se faire dépister, en particulier lorsque les traitements sont peu accessibles.

Selon Jean-Marie Talom, de l'association REDS au Cameroun, « la séropositivité devient une épée de Damoclès pour ceux qui veulent connaître leur statut [47]» ces dispositions risquent également de dissuader des personnes séropositives de divulguer leur état à leur partenaire, d'autant plus si le fait de révéler sa séropositivité est sans incidence sur les risques de poursuites criminelles. Elles sont aussi susceptibles de porter atteinte à la relation de confiance établie entre le médecin et son

patient, ce dernier pouvant craindre que les informations révélées à son médecin soient plus tard utilisées contre lui.

Enfin, certaines dispositions du fait de leur large portée et de leur mauvaise rédaction contredisent directement les messages de santé publique en sanctionnant des comportements considérés comme responsables. Ainsi au Mali, une PVVIH peut être pénalement poursuivie alors même qu'elle a pris soin de réduire les risques de transmission en utilisant un préservatif pendant ses rapports sexuels. Concernant les droits de PVVIH, il est à craindre que des dispositions pénales spécifiques au VIH renforcent la stigmatisation et les discriminations à l'encontre des PVVIH, car elles alimentent les idées reçues selon lesquelles les PVVIH seraient immorales et les désignent comme des criminels potentiels.

➤ **L'aspect législatif et réglementaire [48]**

Les droits de l'homme constituent une garantie juridique universelle de la protection des individus et des groupes contre les actions portant atteinte aux libertés fondamentales et à la dignité humaine. Les droits de la personne sont cruciaux à toute réponse adéquate au VIH/sida. Cela est reconnu depuis la première stratégie mondiale pour la lutte contre le sida, développée en 1987. Les lois de la personne et la santé publique ont en commun le but de promouvoir et de protéger le bien-être de tous les individus. La promotion et la protection des droits humains sont nécessaires pour habiliter les individus et les communautés à réagir au VIH/sida, à réduire la vulnérabilité devant l'infection à VIH et à atténuer les répercussions néfastes du VIH/sida sur les personnes affectées.

L'impact du droit pénal sur les femmes séropositives

Par ailleurs, le droit pénal risque d'avoir un impact disproportionné sur les femmes et renforcer leur vulnérabilité. L'ensemble des associations interrogées a exprimé de vives inquiétudes à ce sujet. En effet, la femme est généralement la première dans un couple, si ce n'est la seule, à découvrir sa séropositivité puisque les examens prénataux impliquent aussi souvent que possible un dépistage du VIH. Les femmes sont donc plus facilement exposées au risque de poursuites criminelles. [27]

Par ailleurs, les femmes n'ont souvent pas les moyens de se protéger et de protéger leurs partenaires.

Comme nous l'avons déjà souligné, certaines femmes sont encore soumises à d'importantes pressions d'ordre culturel qui les poussent à avoir beaucoup d'enfants, et ce particulièrement en zone rurale. [49]

Ces pressions rendent difficile la négociation des rapports sexuels avec leurs partenaires ainsi que l'utilisation de moyens contraceptifs, tels que le préservatif. Certaines femmes séropositives risquent également d'être victimes de violences, d'abus ou d'abandon, si elles révèlent leur statut à leur partenaire. Dans ces conditions, il leur est impossible de leur demander de porter un préservatif. [27]

La religion et l'infection à VIH /SIDA au MALI

Dans un pays 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,

SIDA et punition divine de la faute. Un tel discours renforce les réactions négatives vis-à-vis des PVVIH dans toute la société.

La mort liée au SIDA est perçue comme volontaire parce qu'associée aux conduites imprudentes, à la volonté des individus eux-mêmes.

Ici, encore une fois, le lien établi entre la pratique du « vagabondage sexuel » et le SIDA présente la personne atteinte, à la fois, comme auteur de sa propre mort et intermédiaire potentiel par lequel la mort peut s'introduire dans l'environnement social.

VULNERABILITE DES FEMMES ET INFECTION A VIH [8]

La prise en compte des spécificités de l'infection VIH/Sida chez les femmes tant au plan social que médical, a longtemps été peu étudiée. Au niveau mondial, il y a à peu près autant de femmes que d'hommes qui souffrent du VIH, les chiffres globaux cachent pourtant des différences considérables quant à ce que l'épidémie implique pour les hommes et les femmes. Certaines de ces différences sont dues à des particularités biologiques, mais dans la plupart des cas elles résultent de normes définies par la société. Des facteurs de contamination plus élevés : Le pourcentage de femmes contaminées lors d'un rapport hétérosexuel (sur l'ensemble des cas de sida chez les femmes) est 3 à 8 fois plus important que chez les hommes (sur l'ensemble des cas de sida chez les hommes).

Les femmes sont probablement plus susceptibles d'être infectées par le VIH au cours de n'importe quel genre de rapports sexuels que les hommes **en raison de facteurs biologiques** : 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 transférés par la femme, des micros déchirures des tissus du vagin (ou du rectum) peuvent être causées par la pénétration sexuelle. **Les normes de genre** peuvent aussi avoir un impact sur la transmission du VIH.

Dans bien des régions du monde, par exemple, les normes de genre permettent aux hommes d'avoir plus de partenaires sexuels que les femmes. A cause des facteurs biologiques (mentionnés plus haut), cela signifie que dans bien des régions où les rapports hétérosexuels sont le principal mode de transmission du VIH, les taux d'infection sont beaucoup plus élevés parmi les jeunes femmes que parmi les jeunes hommes.

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.

- **Vulnérabilité politique:** du fait du manque de représentation politique, la politique de la santé est souvent prévue sans représentations ou considérations féminines. Les besoins des femmes pour une bonne santé ne sont guère reconnus ; fort écart entre les responsabilités familiales et sociales des femmes et le pouvoir politique exercé ; la discrimination dans le domaine du travail ; les violences qu'elles subissent

- **Vulnérabilité économique:** Non indemnisées et non reconnues pour leur travail au foyer et avec leurs enfants ; moins payées que les hommes ; les femmes ne sont pas les bienvenues dans certains corps de métiers et sont les premières à être licenciées pendant les temps de crises, ce qui rend la majorité d'entre elles dépendantes ; elles ont moins de possibilités / capacité à mettre fin à des rapports non sains, dangereux, violents ; cas de prostitution pour vivre...

- **Vulnérabilité informationnelle / éducationnelle:** Manque d'éducation sexuelle, d'encouragement d'une femme à connaître son corps et à rechercher le plaisir, à prendre soin de soi, à se soigner... Absence d'incitation des filles à faire du sport, à acquérir confiance et fierté en leur corps ; manque de bonnes personnes ressources pour les jeunes (personnes qui ne soient pas elles-mêmes gênées par ces sujets)...

• **Vulnérabilité culturelle / sociale:** Rôles sociaux de sexe ; dépendance inculquée pour les décisions ; il paraît dans les normes que la femme ne devrait pas prendre l'initiative, qu'elle doit se soumettre, qu'elle doit plaire aux hommes, qu'elle n'a pas de valeur propre (non mariée ou sans enfants...).

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 insuffisante, voire inexistante. 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.

Les femmes et l'infection à VIH

L'épidémie de sida a un impact disproportionné sur les femmes [50]

La définition sociale de leur rôle de soignantes, d'épouses, de mères et de grands-mères fait que les femmes assument le plus grand part du fardeau du sida. Quand la maladie ou la mort entraîne l'appauvrissement de la famille, les femmes et les filles, inférieures sur les plans économique et social, sont les plus gravement atteintes.

En dispensant des soins aux membres de leur famille ou à d'autres personnes atteintes de maladies liées au VIH/sida, les femmes et les filles perdent ainsi des occasions d'améliorer leur sort, car elles n'ont plus le temps de mener des activités génératrices de revenus, d'améliorer leur éducation ou de transmettre un savoir-faire.

Le sida contribue donc à la féminisation de la pauvreté et à la marginalisation des femmes, notamment dans les régions qu'il touche le plus durement [51].

Les femmes sont tributaires des hommes sur les plans économique et financier [50]

Le pouvoir économique qui permettrait aux femmes de négocier la fidélité ou l'usage du préservatif leur fait défaut et elles sont exposées, dans le domaine de la sexualité, au pouvoir prédominant des hommes, voire à leur violence.

Dans les pays en voie de développement, au cours de la dernière décennie, le fossé a continué de s'accroître entre les femmes et les hommes. C'est ce qu'on a appelé la « féminisation de la pauvreté. »

Les femmes pauvres ont souvent recours à la prostitution [50]

L'impact disproportionné de la pauvreté sur les femmes et les jeunes filles les pousse au commerce sexuel comme mode de survie. Ces rapports sexuels transactionnels sont le reflet d'une part de la situation économique supérieure des hommes et d'autre part des difficultés des femmes à satisfaire

leurs besoins fondamentaux. Vient s'ajouter la valeur culturelle que les hommes attribuent à la possession de partenaires sexuelles multiples.

Les femmes font souvent l'objet de lois discriminatoires [50]

Partout dans le monde, les filles et les femmes courent d'avantage le risque d'être pauvre et démunies, moins instruites, d'avoir un accès plus limité à la terre, au crédit ou à des liquidités, ainsi qu'aux services sociaux.

Dans bon nombre de pays, le droit de la femme au divorce, à la propriété et à l'héritage n'est pas reconnu ; dans d'autres pays, il est mal appliqué. Souvent, les femmes acquièrent le droit de posséder des terres et des biens en se mariant. Lorsqu'elles sont victimes de répudiation ou de divorce, les droits qu'elles avaient acquis sur ces biens deviennent caducs.

Dans tout le Kenya, des femmes perdent leurs maisons, leurs terres et d'autres biens à cause de lois et coutumes discriminatoires, a déclaré Human Rights Watch dans un nouveau rapport.

L'association affirme que les atteintes au droit à la propriété en Afrique subsaharienne entretiennent les inégalités dont sont victimes les femmes, condamnent à l'échec les efforts de développement et entravent la lutte contre le VIH/sida [52]. Ces facteurs font que les femmes n'ont pas les moyens de survivre de manière indépendante sur le plan économique quand tout est normal et qu'elles sombrent dans la débâcle économique dès que les circonstances empirent. Human Rights Watch dénonce en Egypte un système juridique qui reste discriminatoire envers les femmes. En effet, une Egyptienne qui demande le divorce se trouve face à un dilemme. Soit, elle demande le divorce pour faute et elle doit vivre des années dans l'incertitude juridique. Soit, elle opte pour un divorce sans faute, qui est plus rapide, et elle doit renoncer à tous ses droits financiers. Les hommes quant à eux jouissent d'un droit unilatéral et inconditionnel au divorce. Ils n'ont jamais à se présenter devant un tribunal pour mettre un terme à leur mariage. [53]

Mœurs sexuelles et vulnérabilité des femmes [54]

De nombreuses études ont démontré que d'une manière générale, la femme est plus exposée que l'homme face aux risques de contamination par le virus du SIDA en cas de rapport sexuel non protégé ; pour la simple raison que le sperme infecté par le virus reste plus ou moins longtemps dans le conduit vaginal. Ces mêmes études soulignent que les jeunes filles et femmes sont plus exposées que leurs aînées aux infections dans la mesure où les cellules protectrices sont moins nombreuses dans le vagin et que le col de l'utérus est plus fragile. Dans ces conditions, certaines pratiques traditionnelles telles que le mariage précoce, les rapports sexuels extraconjugaux, le legs des femmes, et plusieurs rituels sexuels sont susceptibles d'accroître la vulnérabilité de la femme notamment en ce qui concerne sa santé reproductive.

Les pratiques relatives aux formes de sexualité rituelle et thérapeutique reposent sur une double idéologie. Celles de la production et de la reproduction.

4-6-2-entretien avec des informations clés (Participant)

Femmes vivant avec le VIH de 18 ans et plus qui ont reçu leur diagnostic il y a au moins six mois et qui sont suivies à l'USAC de la COMVI.

L'âge moyen des participantes est comprises entre 24 et 45 ans, elles étaient toutes ménagères avec un ou plusieurs enfants, veuves, mariées ou fiancées et mènent comme activité principale le petit commerce pour subvenir à leur besoin. Elles habitent toutes en commune VI dans des quartiers différents. A la fin du programme elles étaient toutes soulagées, certaines ont pu faire des partages réussis et d'autres ont trouvé des stratégies pour maintenir le secret auprès des personnes ciblées.

4-6-3-Analyse des données

Les logiciels suivants ont servi à la saisie du rapport et à l'exploitation des données

Microsoft Word 2007 : traitement de texte pour la saisie

Atlas ti version 6.2 : l'analyse des données par codification et élaboration de vue de réseau.

4-7- Collecte et gestion des données

Les données ont été récoltées par observation directe et prise de note lors des différentes rencontres sur des fiches préétablies et des registres pour la transcription.

4-8- produits attendus

Le programme P/P vise à amener les femmes vivant avec le VIH à mieux comprendre leur maladie, à statuer par rapport à la question du dévoilement ou du non-dévoilement tout en évaluant les avantages et les inconvénients liés à chaque contexte.

En s'intéressant à la nature des besoins des FVVIV dans notre société plutôt qu'à l'aspect biomédical, notre travail tente d'apporter de nouveaux éléments sur les dimensions sociales du VIH/SIDA qui alimenteront le débat. Cela est rendu possible par l'intérêt que ces femmes ont porté à notre étude, les niveaux d'explication et les contextes ciblés.

Au plan social, l'identification de la nature des besoins, leurs significations et les explications de leur maintien pourront alimenter la réflexion au niveau de l'élaboration d'un programme approprié d'amélioration des conditions de vie des FVVIH en particulier et des PVVIH en général au MALI.

Notre recherche fait appel aux explications de participantes vivant avec le VIH intervenant sur les mêmes questions et dans différents contextes. Elle s'inscrit dans une dynamique de dépassement des constats et des affirmations générales pour répondre aux besoins des femmes séropositives au VIH au MALI.

Il ne saurait avoir de prise en charge de phénomènes dont la nature est imprécise ou inconnue.

L'apport d'une nouvelle connaissance, nécessaire à la réflexion et à l'action pour permettre aux FVVIH de vivre normalement avec la maladie, confère, à notre recherche du moins nous l'espérons, toute son originalité et sa pertinence.

4-9-considération éthique

Comme tout étudiant thésard en anthropologie médicale, nous avons été admises au test d'éthique de la recherche pour l'obtention d'un certificat.

En plus de cela, nous avons obtenu une attestation d'initiation à la lecture, à la transcription et à la méthodologie de l'enseignement de la langue nationale Bamanan au DNAFLA.

L'étude a été approuvée par le comité d'éthique de la FMPOS et les questionnaires d'inclusion ont été testés et corrigés avant d'être adressés aux femmes.

Les entretiens se déroulaient à l'intérieur des bureaux des médecins coordinateurs et un surnom (aucun nom n'est donc retenu) a été attribué à chaque participante afin d'assurer la confidentialité de l'étude et l'anonymat. Le consentement éclairé verbal des femmes était requis avant leur inclusion dans l'étude.

Chronogramme des activités

Dates	Jun- Novembre 2011	Janvier 2012	Janvier- Février 2012	Mars - avril 2012	Mai - Décembre 2012	Janvier 2013	Février- Mars 2013	Avril 2013
Activités								
Enquête et	✓							

Etude qualitative de la prise de décision des femmes vivant avec le VIH au sujet du dévoilement ou non de leur séropositivité à l'USAC de la commune VI dans le district de Bamako

collecte des données								
Formation en Atlas ti		✓						
Analyse des données			✓					
Elaboration du protocole				✓				
Recherche documentaire					✓			
Rédaction thèse						✓		
Corrections							✓	
Soutenance								✓

V-RESULTATS

Diffusion des résultats

Le vécu historique des participantes (récit de vie):

RESUME: au cours du récit de vie, elles font un parcours historique de leur maladie, qui résume entre autres la symptomatologie, l'annonce de leur statut sérologique, le traitement ARV et les différents partages.

OBSERVATIONS: Pour la plupart d'entre elles, la découverte a été faite à la suite des maladies, car elles ont fait des traitements médicaux et traditionnels sans succès, après elles ont été orienté vers un centre de dépistage et pour d'autre, car le VIH a été découvert chez un membre de la famille (enfants, mari, etc.) ou bien elles se présentent volontairement pour se faire dépister.

Participantes :

Dépistage et annonce sous la pression de son mari.

- c'est à la demande incessante de mon mari qui vit en France que j'ai fait ma sérologie qui est revenue positive. Jusqu'à présent, je n'ai pas puis l'annoncer le résultat, il me demande chaque fois si j'avais fait le test et je réponds que non. J'ai une fille et je ne sais pas quoi faire. [Pleurs sous émotion]

Symptomatologie (circonstance de découverte) et peurs des réactions post annonce

-c'est à la suite d'une dermatose que j'ai été au CNAM pour la consultation, on m'a alors demandé de faire la sérologie HIV, j'ai accepté et c'est revenue positif. Je suis mariée et j'ai une coépouse, j'ai peur de la réaction de mon mari, puisqu'il n'est pas discret, il va sûrement m'accuser d'être la responsable de leur contamination.

Symptomatologie (circonstance de découverte) et peurs des réactions post annonce

-j'étais tout le temps malade et j'ai fait plusieurs traitements sans succès, c'est à la suite de cela que j'ai fait mon test. J'ai une fille, mais jusqu'à présent je n'ai pu informer personne, j'ai peur de la réaction de ma famille et de mon entourage, puisque à chaque fois qu'on me voit, on me demande si toute fois les médecins on pu diagnostiquer ma maladie. [Pleurs].

Mari contaminé et décédé par la suite : circonstance de découverte

-c'est à la suite d'une maladie que mon mari a découvert son statut, il a informé en plus de moi son fils et son neveu qui fait une école de santé. Il m'a demandé de faire également ma sérologie, mais je n'ai pas voulu le faire sur le champ. Il n'a pas pu l'accepter, il pleurait nuit et jour et il est décédé 20 jours plus tard. Après j'ai fait ma sérologie qui est revenue positive, pour le moment je ne veux le partager avec personne.

Dépistage, annonce et traitement ARV ceux-ci après échec des traitements traditionnels.

Reprise de la symptomatologie par inobservance et information des tierces personnes

-à la suite des maladies j'ai fait le tour chez plusieurs guérisseurs traditionnels sans succès et ma grande sœur m'a amené dans un centre de santé à Ségou, c'est là-bas que j'ai découvert mon statut, j'ai commencé le traitement ARV, quand je me suis sentie mieux j'ai arrêté le traitement, c'est alors que tout a recommencé et c'est pour cela que finalement j'ai informé mon fils et sa femme qui ont bien pris la situation, j'ai recommencé le traitement, mais je n'ai pas informé mon mari, puis qu'il a une autre femme et il ne me touche plus depuis 2 ans.

Dépistage et annonce à la suite des maladies

-chaque fois traitée pour paludisme et je dépérissais de jour en jour alors j'ai pris l'initiative de faire le test. Arrivée au centre le personnel m'a demandé si toute fois j'étais prête à accepter tout résultat attendu, j'étais d'accord. J'ai pu concevoir mon statut, mais j'ai gardé le secret, puisque bien avant cela ma grande sœur était très inquiète par rapport à la question du VIH. Je suis fiancée et j'ai une petite fille.

Dépistage, annonce à la demande de son médecin et partage réussi avec son mari

-c'est à la suite de mes nombreuses maladies que mon médecin traitant m'a demandé de faire des analyses et parmi ceux-ci celui du VIH. Pour un début je n'ai pas voulu, mais finalement j'ai accepté de le faire et c'est revenu positive. Après mon annonce, j'ai beaucoup pleuré, car ça m'a fait mal et j'étais inquiète par rapport à beaucoup de choses, surtout le côté de mon mari. Mais il a accepté mon statut et m'a soutenu jusqu'à maintenant. A part lui personne n'est au courant, j'ai peur au cas s'il m'arrivait quelque chose, je ne sais pas à qui me confier.

Dépistage à la suite de la PTME

-c'était mon enfant qui était très malade, alors son docteur m'a proposé de faire sa sérologie et c'est comme ça que j'ai fait pour moi aussi qui est revenue positive. Pour un premier temps mon mari n'a pas voulu accepter l'idée d'être atteint par le VIH, mais lorsqu'il est tombé très malade lui aussi, je lui ai amené à l'hôpital et l'on a fait sa sérologie. Maintenant, nous sommes tous les trois suivis à l'USAC de la COMVI.

Dépistage et annonce à la suite des maladies

-c'est à la suite des maladies avec des traitements médicaux et traditionnels sans succès que j'ai accepté de faire ma sérologie qui est revenue positive. Mon mari n'a posé aucun problème, mais il n'a pas voulu faire sa sérologie jusqu'à nos jours. Il y a mon frère et ma sœur qui sont au courant sans problèmes, mais jusqu'à présent mes enfants ne sont pas au courant et cela m'inquiète beaucoup.

Dépistage et annonce à la suite des maladies

- Je faisais toujours des douleurs abdominales et mon père m'a proposé de faire la sérologie HIV. Après mon annonce, je n'ai pas eu beaucoup de problèmes, car je participais à des causeries sur le VIH donc j'étais en quelque sorte préparée à l'avance, car je m'étais déjà fait une idée sur le VIH. Je n'ai pas informé mon mari, mais je lui sensibilisais chaque fois pour que nous fassions le dépistage ensemble et il n'a jamais voulu. J'ai deux enfants non atteints et je n'ai pas de problèmes.

Dépistage et annonce à la suite des maladies

-j'étais vendeuse de brochettes devant un cite de dépistage volontaire du VIH, comme j'étais toujours malade donc un agent m'a proposé de faire le dépistage. Après l'annonce j'ai eu très mal à l'accepter et aujourd'hui à part mon premier et

deuxième mari personne d'autre n'est au courant, car j'ai cherché à me marier avec quelqu'un comme moi donc un séropositif.

Dépistage et annonce sous les conseils de sa voisine

-comme je faisais toujours des infections uro-génitales, ma voisine m'a contacté et m'a dit qu'elle pense qu'on (elle et moi) souffre de la même chose, donc elle m'a proposé de faire le test qui est revenu positif. A part mon mari je ne veux que personne soit au courant.

Dépistage et annonce à la suite des maladies. Soulagement par le traitement ARV

-je tombais toujours malade et l'on me passait des perfusions, c'est alors que mon soignant m'a proposé de faire le test et j'ai accepté. Depuis que j'ai commencé le traitement, je ne tombe plus malade et je n'ai plus de problèmes.

Dépistage et annonce à la suite des maladies

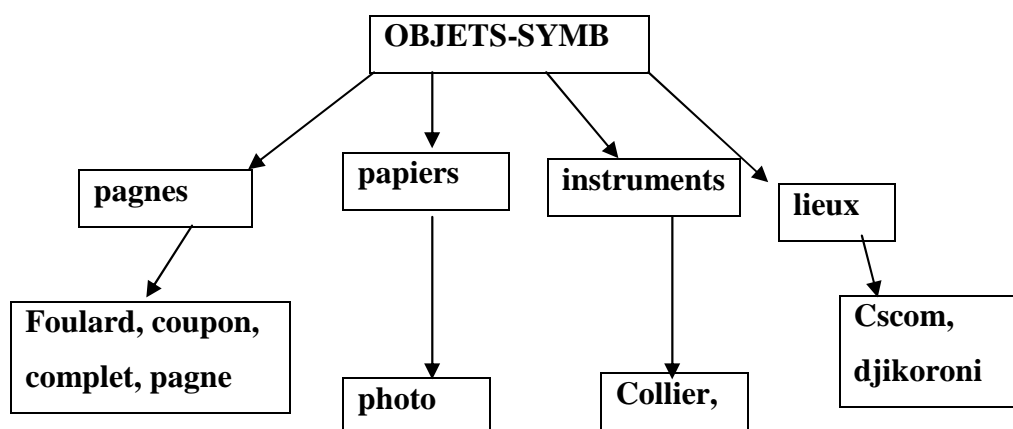
-c'est à la veille de la fête de Ramadan que j'ai appris mon statut. Je suis contente, car j'étais toujours malade et prévenir vaut mieux que guérir. Jusqu'à présent, je n'ai informé personne et je suis à l'aise.

Dépistage et annonce à la suite des maladies

-c'est à la suite des nombreuses maladies que mon médecin traitant m'a demandé de faire des analyses et parmi ceux-ci celui du VIH. Pour un début je n'ai pas voulu, mais finalement j'ai accepté de le faire et c'est revenu positive. Après l'annonce, j'ai beaucoup pleuré, car cela m'a fait très mal et j'étais inquiète par rapport à beaucoup de choses, surtout le côté de mon mari. Mais il a accepté mon statut et m'a soutenu jusqu'à maintenant. A part lui personne n'est au courant, j'ai peur au cas où il m'arriverait quelque chose, je ne sais pas à qui me confier.

Objets symboliques (significatifs): C'est des objets qui sont tous en relation avec leur maladie.

Fig1



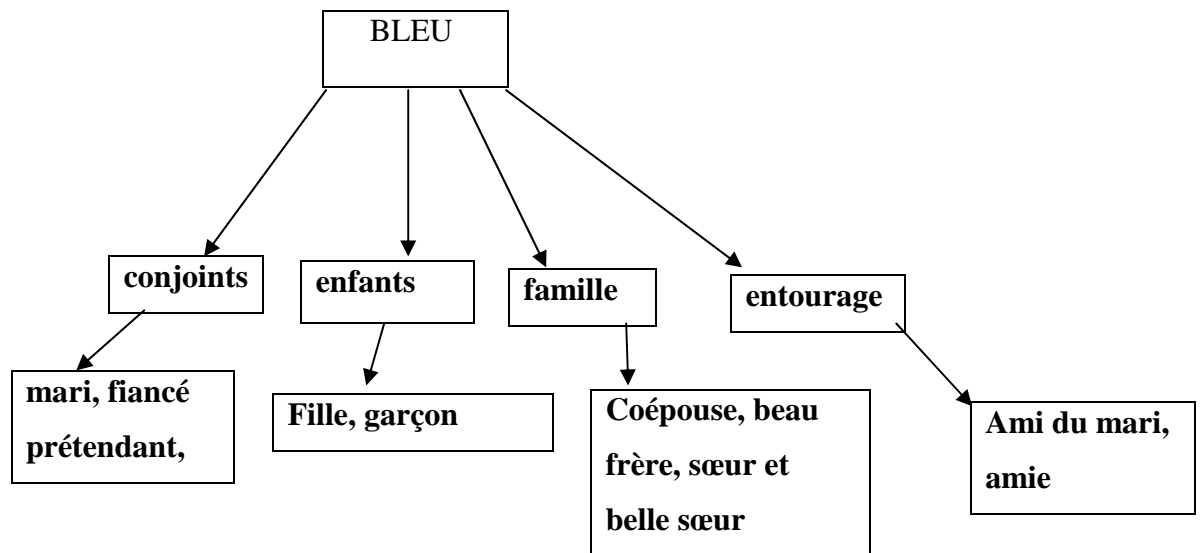
RESUME: les différents objets sont entre autres, le pagne, le foulard, la photo, le collier, le portefeuille et le centre de santé. Il s'agit des objets qui sont en relation avec la maladie et qui les

rappellent soit le début de la maladie ou le jour de l'annonce du statut sérologique.

- **portefeuille** : il me **rappelle** le jour de ma première **annonce** et le jour de la **confirmation** puisque je l'avais **sur moi** tout ces deux jours, elle n'a pas de lien avec mon problème de partage.
- **le foulard**: elle me rappelle le jour de mon **annonce**, car je pleurais et **j'essuyais** mes **larmes** avec ce **foulard**. Elle n'a aucun lien.
- une **photo**, car elle me rappelle les **moments** où je n'étais **pas malade**. Il n'a pas de lien avec mon problème.
- le **pagne** du complet que je portais et le nom du quartier **djicoroni**, car c'est là-bas qu'on a fait mon **annonce**. Pas de lien.
- Le **coupon** d'un de mes complets qui me rappelle le jour de mon **annonce**, mais maintenant je ne peux plus le porter, car j'ai grossi et il n'a aucun lien avec mon problème de partage.
- une **photo**, puisque je l'avais (le complet qui est sur moi sur la photo) toujours sur moi lors de mes **analyses** et au moment où l'on m'a **annoncé** mon statut. Elle n'a pas de lien avec mon problème de partage.
- un **collier**, je le portais tout le temps au moment de mon **annonce** et il me rappelle ce moment. Il n'a pas de lien avec mon problème.
- le **foulard** de la robe que je portais le jour de mon **annonce**, c'est avec ce foulard que je m'essuyais les larmes puisque je pleurais beaucoup avant que Tanti me soulage avec ses mots, depuis ce jour, si je ce foulard cela me rappelle ces moments-là et il n'a pas de lien avec mon problème de partage.
- **un foulard**, je portais toujours le complet de ce foulard au moment quand j'étais **malade**, donc il me rappelle ces moments-là. Il n'a pas de lien avec le partage.
- un **complet**, je portais ce complet le jour du **dépistage** ainsi que le jour de mon **annonce**, à chaque fois que je le vois il me rappelle ces jours-là. Il n'a pas de lien avec le partage.
- **une photo**, elle me rappelle les moments où je n'étais pas malade. Elle n'a pas de lien avec le partage.
- un **complet**, on m'a annoncé trois fois ma sérologie et trois fois je portais le même complet, il me rappelle ma **maladie**. Il n'a pas de lien avec le partage.
- il n'ya aucun objet qui me rappelle ma maladie.
- le **CSCOM** de missabougou me rappelle ma maladie, car c'est là-bas que j'ai **découvert** ma sérologie. Il n'a pas de lien avec le partage.
- Le **centre de santé** de Senou et la **dame** qui a fait mon annonce me rappellent ma maladie, même en partant au marché si je perçois le centre cela me donne des sensations désagréables. Il n'a pas de lien avec le partage.
- une **photo**, à chaque fois que je vois mes anciennes photos, ça me rappelle les moments où je me **portais bien**. Il n'a pas de lien avec le partage.

BLEU : représente toutes personnes avec lesquelles le partage est souhaité.

Fig2



RESUME: elles veulent partager avec des personnes ciblées, mais elles ne savent pas comment.

En résumé nous pouvons dire ici, que le partage est souhaité pour la plupart des cas avec le conjoint, les enfants et avec des personnes qui les soutiennent.

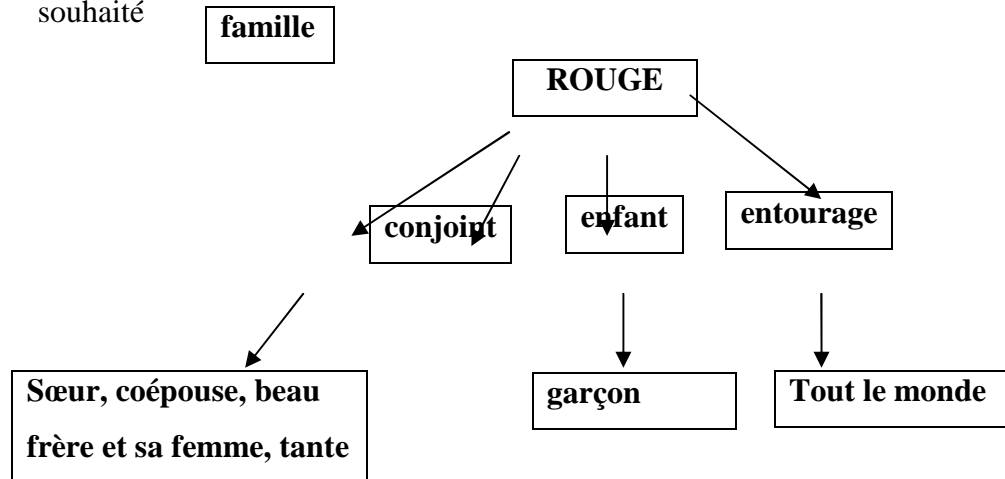
OBSERVATION: la plupart d'entre elles sentent le besoin d'informer le conjoint, mais elles ne savent pas comment les informer, ou elles ont peur de ceux qui peuvent s'ensuivre et c'est pour cela elles préfèrent attendre encore. Nous pouvons dire également que le soutien et lien de parenté de la personne ciblée reste des éléments très importants dans le choix du partage.

Participants

- je veux informer ma fille de 18 ans et mon frère qui s'est **occupé** de moi lors de mes prises en charge.
- C'est mon mari que je veux informer pour qu'on puisse faire le **traitement** ensemble au cas où il serait atteint,
- je veux informer mon beau frère qui insiste pour m'**épouser** et également ma fille de 16ans même si ce n'est pas maintenant.
- Je voudrais qu'à l'avenir, ma coépouse et ma sœur soient au courant puisque deux de mes enfants sont atteints et je veux que quelqu'un **s'occupe** d'eux un jour si je ne suis pas là.
- comme mon mari est décédé, je voudrais seulement informer celui qui voudrait **se marier** avec moi.
- je veux que toute ma famille soit au courant ainsi que mon fiancé
- je veux informer mes enfants, mais plus tard quand ils seront grands.
- Je veux informer ma jeune sœur et mon amie, mais je ne sais pas comment.
- Je veux informer ma fille (13ans), l'ami de mon mari, car c'est lui qui a arrangé notre mariage et qui me **soutient beaucoup**, ma belle sœur qui vit en France et une amie du quartier.
- je ne veux plus informer personnes à part mon mari, mais après notre **mariage civil**.
- je veux informer seulement mes enfants, mais pas pour le moment.

ROUGE :
souhaité

représente les personnes avec lesquelles le partage n'est pas



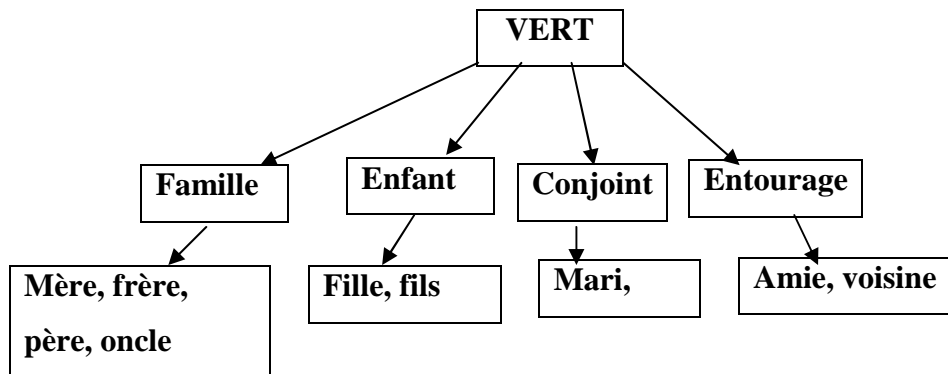
RESUME: ici, nous constatons que la plupart des participantes souhaitent ne plus partager avec au moins une personne (car elles ont déjà partagé avec une ou des personnes ciblées ou par ce qu'elles ont peur de ce qui peut arrivé après le partage) et d'autres soit avec une sœur (qui a une mauvaise vision des choses sur la maladie), avec une coépouse, un fils aîné, un beau frère et sa femme (pour éviter ainsi la discrimination et la stigmatisation avec la communauté avec laquelle elles vivent).

Participantes

- personne n'est au courant et je veux maintenir mon secret auprès **de tout le monde.**
- Je ne pas veux que **personne** ne soit courant à cause du mépris de la maladie.
- je ne veux informer **personne** à part ceux qui sont déjà au courant.
- sauf ma grande sœur qui a une mauvaise image de la maladie.
- Je veux garder le secret auprès de ma **coépouse** et ma **tante** qui adopte mon dernier enfant ainsi que mon **premier garçon** de 26ans.
- A pars ceux qui sont au courant, je ne veux informer **personne.**
- je ne veux plus informer **personne.**
- à part elle, je ne veux pas **que personne** ne soit au courant.
- Je ne veux pas que mon **beau frère et sa femme** soient au courant sinon je serais répudié de la famille.

Le **vert** ou les personnes avec lesquelles le partage a été réussi.

Fig4



RESUME: ce sont entre autres mari, mère, frères et sœurs, oncle, amies et voisines. (Il s'agit pour chacune d'elles des personnes proches et confiantes)

Participant

- et ma **fil**le de 22 ans,
- Ma **mère** et ma petite **sœur** sont au courant sans problème,
- ma **mère**, mon grand **frère**, une de mes **amies** et mon **fil**s aîné de 25ans sont au courant sans problèmes,
- seule ma **mère** est au courant
- Mon premier et mon deuxième **mari** sont au courant et ça se passe bien
- c'est mon **mari** seulement qui est au courant et ça se passe bien.
- Mons **père et oncle** sont au courant sans problème
- j'ai informé ma **voisine**, ça se passe bien
- ma **voisine** est au courant et ça se passe bien,
- mon **mari** est au courant ainsi que deux **docteurs** avec lesquels je me suis confiée et ça se passe bien.
- mon **mari**, ma **mère** et mon **frère** sont au courant et cela se passe bien,

Petit caillou ou le degré minimal du poids du secret sérologique du VIH.

RESUME: le petit caillou permet de déterminer (pondérer) le poids du secret (degré minimal du poids du secret), ici il s'agit du traitement ARV, les bonnes informations sur la maladie, le soutien et le partage réussit avec une personne.

OBSERVATIONS: il est évident que le soutien et le partage réussit avec une personne apaise beaucoup leurs problèmes, car il s'agit de ce qu'elles ont le plus besoin dans leur situation et le traitement ARV joue un rôle très important dans le soulagement des malades tant sur le plan

physique, mental et surtout financier, car avant la découverte du statut sérologique on trouve que la plupart d'entre elles ont déjà tout dépensé (les biens qu'elles possèdent) dans le traitement chez les tradithérapeutes et même chez les voyants (car elles pensent qu'il ne s'agit plus d'une maladie ordinaire donc causée par une personne mal intentionnée).

Participantes

- lorsqu'on m'a annoncé ma sérologie, cela m'a fait très mal, maintenant que j'ai commencé le **traitement** je me sens bien et je suis **très à l'aise**.
- Depuis mon annonce, mon mari **me soutient** beaucoup et cela me met à **l'aise**.
- Aujourd'hui, je me suis remariée et ça se **passé bien**.
- après mon annonce je me suis informée sur le VIH et j'ai eu beaucoup de **bonnes informations** sur la maladie, cela m'a **vraiment libéré**. Jusqu'à présent si ce n'est pas ma voisine personne n'est au courant, car je lui ai fait mon témoignage pour qu'elle fasse son dépistage.
- Mon petit garçon était très malade et je pensais qu'il allait mourir, mais **grâce** au Bon Dieu et **aux ARV**, mon **enfant vie** aujourd'hui et se **porte bien**.
- Depuis que j'ai commencé le **traitement ARV**, je me sens bien et je suis **à l'aise**.
- Mon mari est au courant et cela **se passe bien**, je suis **à l'aise**.
- mon père est au courant, il me **soutien** beaucoup et je n'ai **pas de problèmes**.

Moyen caillou : le degré moyen du poids du secret

RESUME: le poids du secret est moyen, pour certaines car elles ont des problèmes au fait de garder le secret auprès d'une personne, soit elles n'ont pas encore fait le dépistage de l'un de leurs enfants, soit le partage a été réussi auprès d'une personne et pour d'autres, car elles se sentent apaiser avec le traitement, les causeries et les informations sur le VIH.

Participantes

- aujourd'hui, je choisis le moyen, car après la séance passée j'ai **pu** informer mon **mari** qui m'a **accepté** pour le moment, seulement il veut que je refasse mon test.
- maintenant, c'est moyen, car **mon problème reste** le **côté** de mon **mari**.
- Quand j'ai commencé le **traitement** c'est devenu moyen, mon problème est mon beau frère qui doit me prendre en mariage et je **ne veux** pas le **contaminer**, car il ne connaît pas mon statut
- dès ma première **causerie** avec docteur Diarra de la pharmacie j'ai été **très libéré**, aujourd'hui mon problème reste ma famille surtout ma **coépouse** qui me considère comme sa propre sœur et partage tout avec moi et c'est très difficile.
- maintenant, c'est moyen puis que j'ai **compris** beaucoup de choses par rapport à la **maladie**. Mon problème est que je **ne veux** pas le **partager** avec quelqu'un et **j'ai peur**
- maintenant, c'est moyen, mais il y a ma **famille** qui n'est pas informée et ce n'est pas facile.
- Je suis très **libérée** par rapport de la maladie, je choisis le moyen, car mon **mari** n'est pas au **courant** et je **ne veux** pas **l'informer**.
- J'ai une **fillette** d'environ un an, je ne sais pas si elle est **atteinte** ou pas et cela **m'inquiète** beaucoup.
- Mon dernier **garçon** d'environ 4ans est en adoption chez son homonyme, je ne **connais pas** son **statut sérologique** et cela **m'inquiète** beaucoup.

Le gros caillou : le degré maximal du poids du secret

RESUME: elles ont choisi le gros caillou, soit parce qu'elles n'ont pas encore partagé avec certaines personnes, car elles ne savent pas comment ou parce qu'elles ont peur de ceux qui peuvent s'ensuivre, soit au début ça été très difficile pour elles, ou soient elles sont obligées de mentir pour maintenir le secret garder.

OBSERVATION: nous constatons ici que toutes ces femmes ont des problèmes par rapport à leur statut sérologique, que ça soit le fait de pas pu informer une personne ciblée, ou soit de vouloir garder son secret sérologique pour toujours. Quelque en soit la personne doit constamment chercher des solutions ou des stratégies pour maintenir garder son secret.

Participantes

- je choisis le gros, car lorsque j'ai appris mon statut, cela m'a fait très **mal** et parce que je n'ai **pu le partager** avec quelqu'un,
- il y a ma fille qui me **demande** à chaque fois si je sais quelques choses à propos de ma maladie et je réponds que **c'est la typhoïde**.
- au début**, c'était lourd,
- je remercie le Bon Dieu, car **c'était lourd**,
- au **début**, c'était très lourd, je **pleurais** nuit et jour,
- au **début** c'était lourd,
- salue tout le monde je choisis le gros puisque au **début** c'était lourd et je ne **connais** pas toutes les **réalités** de la maladie,
- mon mari n'est pas **au courant**, je ne veux pas l'informer et maintenant je **ne sais** pas que **faire**.
- Au début c'était très lourd et cela n'a pas été du tout facile.
- Au début mon mari ne voulait rien savoir, il nous a abandonnés, je me suis occupée de mon enfant toute seule et cela a été très **dur** pour moi.
- Je ne sais pas **comment** informer mon mari, car on n'est pas encore marié civilement et je ne sais pas **comment** il va **réagir**.
- mes enfants ne sont pas **au courant** et j'ai **peur** pour eux.

Les avantages du partage :

RESUME: les avantages pour partager le secret du VIH avec une personne ciblée.

Il résume ici la discrétion, le soutien et la santé (pour que la personne se protège ou se soigne pour assurer sa santé) de la personne ciblée.

OBSERVATION: les avantages sont basés sur la confiance et le lien avec lequel elles forment avec les personnes ciblées se sont toujours des personnes très proches qui ne (peuvent) ou doivent en aucun cas les porter préjudice.

Participantes

- Mari: il est **discret** et il peut garder mon secret.
- Fiancé: il me **soutien** et il prend soin de moi, même si je tombe malade c'est lui **s'occupe** de moi.
- Amie: elle me **soutient** beaucoup dans tous mes problèmes.
- Frère: il me **soutient** et il peut garder mon secret.

- Sœur: elle peut **s'occuper** de mes enfants si je ne suis pas là un jour.
- Fille: pour qu'elle se **protège**, contre cette maladie.
- Fils: pour qu'il comprenne les raisons pour lesquelles je ne me suis pas mariée avec son père et pour qu'il **s'occupe** de moi lorsqu'il sera grand.
- Amie: elle pourrait **s'occuper** de moi au cas s'il m'arrivait quelque chose, on ne le souhaite pas, mais dans la vie tout peut arriver.
- Mari: on doit toujours tout partager avec son conjoint et dans notre contexte c'est pour **assurer notre santé et la santé de nos enfants**.
- Ami de son mari: il est prêt à m'aider à tout moment, il me **soutient beaucoup**.

Les inconvénients du partage :

RESUME: en résumé les atouts interpersonnels sont entre autres, mentir (pour venir à l'hôpital ou sur son état de santé), cacher (médicaments, ordonnances et pour venir aux rendez-vous), distance (le fait de ne pas vivre avec la personne ciblée), ou de vouloir protéger la personne ciblée (à cause de sa vieillesse ou de sa fragilité). Certaines d'entre elles ne possèdent pas d'atout interpersonnel pour garder le secret.

Participant

- je **mens** pour venir à l'hôpital et je me **cache** à la maison pour prendre mes produits, j'ai beaucoup de difficulté et j'ai très peur qu'il ne soit au courant un jour.
- Je lui **cache** mes produits et je lui **mens** souvent pour venir à l'hôpital.
- Je lui **cache** mes produits et mes ordonnances et je ne lui raconte pas mes problèmes.
- on ne **vit pas ensemble**.
- Je **cache** mes produits et je ne cause jamais avec quelqu'un sur mon état de santé.
- si elle soupçonne quelque chose je vais lui dire que je souffre de la fièvre **typhoïde**
- je vais lui **cache** mes produits et mes ordonnances, et s'il me demande je vais lui dire que je souffre de la fièvre typhoïde.
- Elle est **fragile** et elle ne pourra pas le supporter.
- je n'ai **pas** d'atout interpersonnel.
- pas** d'atout interpersonnel.

- pas** d'atout interpersonnel.

- il n'y a n'a **pas**.

- Elle est très **âgée** et je veux la **protéger**.
- pas** d'atout interpersonnel.
- pas** d'atout interpersonnel.

Les inconvénients du secret :

RESUME: les inconvénients pour garder le secret sont entre autres pour certaines femmes mentir (pour venir à leurs rendez-vous à l'hôpital), cacher (toutes les affaires concernant la maladie, ordonnances, médicaments, etc.) ou donner des explications en cas de questions ou en cas de sevrage brusque du nouveau-né ou du nourrisson et la plupart d'entre elles ne possède pas d'inconvénients au fait de garder le secret de leur statut sérologique.

OBSERVATIONS: ces femmes sont confrontées à une situation très délicate, car il n'est pas facile de partager son statut sérologique avec n'importe qui et il n'est pas souvent facile non plus de le garder pour soit même c'est pour cela qu'elles doivent toujours mentir ou se cacher pour maintenir le secret et il y en a qui pensent n'avoir ne pas posséder des inconvénients, car elles pensent que la situation est encore mieux comme cela que de le partager avec la personne ciblée (encore mieux que la raison qui les pousse de ne pas vouloir le partager).

Participant

- garder ce secret n'a **aucun inconvénient** pour moi.
- Il y'a beaucoup d'inconvénients, car à chaque fois que je dois venir à l'hôpital pour prendre mes produits ou pour mes soins je **mens** et je dois également **caler** mes ordonnances à la maison.
- Il n'y a **pas** d'inconvénient pour moi.
- Il n'y a **pas** d'inconvénient.
- Inconvénients : je **mens** toujours par rapport à mes activités concernant le VIH (pour venir prendre mes produits et même pour mes ateliers de vendredi) et le sevrage de mes enfants, car il faut **explique** pourquoi les enfants ne doivent plus téter.
- Ça n'a **pas** d'inconvénient.
- L'inconvénient est que je dois **mentir** parfois pour venir à l'hôpital.
- Elle me pose toujours des **questions** et à chaque fois je dois **mentir** pour m'en sortir, cela me fatigue beaucoup.
- ça n'a **pas** d'inconvénient

- je fais des **petits mensonges** quand je viens à l'hôpital pour mes soins.

- Elle et moi, on ne se considère pas donc ça ne me pose **aucun** problème.

- il n'y a n'a **pas**.
- pas** d'inconvénient.

- pas** d'inconvénient.

- il n'ya **pas** d'inconvénient.

Pique p : l'ensemble des obstacles du partage

RESUME: il s'agit de l'ensemble des obstacles qui empêche ou qui peut arriver en cas de partage donc les inconvénients du partage. Il s'agit entre autres la peur du dévoilement, le rejet, le manque de décision ou le jeune âge de la personne ciblée.

Participant

- j'ai **peur** qu'il me **divorce** à cause de mon statut.
- Il a **caché mon résultat**, c'est ce qui a fait que je ne lui aie pas informé jusqu'à présent.
- je ne sais pas **comment** aborder le sujet.
- je n'ai pas encore pris la **décision** pour quand je vais l'informer.
- je voudrais qu'**on se mari d'abord**.
- elle sera **décue** de l'apprendre.
- il est très **jeune**.
- je ne connais pas sa **réaction** face au VIH.

- j' ai **peur** du **dévoilement** de mon secret et de la **stigmatisation**.
- il va me **divorcer**.

Obstacles du secret

RESUME: les obstacles pour garder le secret sont pour certaines femmes le manque de soutien et l'état de santé fragile de la personne ciblée, les explications (ou justifications) en cas de questions et pour d'autres il n'existe pas d'obstacles.

Participant

- je ne suis **pas heureuse** dans mon foyer, puisque je **vis** très **difficilement** avec mon mari.
- Je n'ai **pas d'obstacle**.
- Je n'ai **aucun obstacle** pour le garder.
- à chaque fois qu'on se voit, **elle me dit** que j'aie **maigri** et que je dois prendre des produits pour me faire grossir.
- Je n'ai **pas d'obstacle**.
- Il n'y a **pas d'obstacle**.
- Je n'ai **pas d'obstacle**.
- je n'ai **aucune difficulté** à garder le secret.
- pas d'obstacles**.
- pas d'obstacle**.
- Elle me pose toujours des **questions** par rapport à mes **sorties** et à mes **prises de médicament**, cela me **dérange** beaucoup.
- pas d'obstacle**.
- pas d'obstacle**.
- pas d'obstacle**.
- mon état de **santé** est très **fragile** et elle se **plain** toujours pour les **préparations** du repas qu'elle fait à ma place.

Trèfle p : les atouts personnels du partage

RESUME: il s'agit des atouts personnels qui peuvent les aider pour informer une personne ciblée, donc se sont pour elles, être en bonne santé et travailler, donner des explications à travers des expériences et des connaissances sur la maladie et en fin pouvoir conseiller la personne ciblée (en se basant sur les enfants ou sur le lien parental qui les unit avec la personne ciblée).

Participant

- je peux l'informer à travers mes propres **expériences** et **connaissances sur la maladie**.
- je peux me **baser** sur le côté des **enfants** pour l'expliquer.
- je peux très bien l'**expliquer** de façon à ce qu'elle comprenne **à travers** mes **connaissances**.
- Quand j'irai mieux** et que je **recommence mes activités**, je peux l'informer.
- je peux la **conseiller** et la ramener à la raison.
- car c'est mon **fil** et je saurais le convaincre.
- Je **travaille** et je suis en **bonne santé**.
- je peux lui **conseiller**, car je sais lui faire plaisir.

Trèfle-s : les atouts personnels du secret

RESUME: il s'agit de tous les atouts personnels sur lesquels elles comptent toujours pour

maintenir le secret, il s'agit entre autres des petits mensonges, la bonne observance afin de rester en bonne santé, la distance (le fait de ne pas vivre avec la personne ciblée), le manque soutien de la personne ciblée et certaines n'ont pas d'atouts personnels pour garder le secret.

OBSERVATIONS: elles ont besoin de rester en bonne santé, car en tombant toujours malade l'entourage va se poser des questions ou même chercher à savoir de quoi elles souffrent réellement, donc elles sont obligées de bien prendre les médicaments et de mentir toujours quand on leur pose des questions sur tout ce qui concerne la maladie.

Participant

- je fais de **petits mensonges** pour qu'il ne soit pas au courant.
- Mes atouts personnels : **je prends soin de moi** pour ne pas toujours tomber malade.
- Je n'aie **pas d'atout** personnel et je n'en aie pas tellement besoin puisque mon mari ne me **demande jamais** la où je vais ou ce que je fais, il ne me **considère pas**
- lorsque nous nous sommes vues en Côte d'Ivoire tout récemment je lui aie dit que j'étais **gravement malade** que c'est pour cela que j'ai maigri, elle a beaucoup pleuré pour cela.
- je lui dis toujours que je souffre soit du **paludisme** soit de la **fièvre typhoïde**.
- je prends mes produits normalement pour ne **pas tomber malade**.
- on ne **vit pas ensemble**, puisqu'elle est jusqu'au **village**.
- On ne **vie pas ensemble**, donc je n'aie pas de force personnelle.
- Je suis toujours en **bonne santé** et je fais tout pour le rester.
- je reste en **bonne santé** pour éviter les soupçons.
- je **prends bien mes médicaments** pour rester en bonne santé.

- je **prends les médicaments** pour ne pas toujours tomber malade.

- c'est de toujours **conserver ma santé**.
- je reste en **bonne santé**, en prenant bien mes produits.
- je **prends bien mes produits** pour rester en bonne santé.
- Je suis **discrète** et je **prends bien les médicaments** pour assurer ma santé.

Cœur -p : les atouts interpersonnels du partage

RESUME: leurs atouts interpersonnels sont entre autres la générosité, le soutien, le lien parental ainsi que la confidentialité de la personne ciblée.

Participant

- il est très **généreux** et il prend soin de moi.
- Elle vit chez moi et je **partage** tous mes **secrets** avec elle.
- C'est ma **confidente** et elle me **soutient** beaucoup.
- Il me **soutient** et il est très **gentil** avec moi.
- Elle **m'aime** et elle me **soutient** beaucoup.
- son **amour maternel**.
- Elle me **soutient** beaucoup et l'on est très **proche**.
- Je ne possède pas d'atout interpersonnel.

Cœur -s : les atouts interpersonnels du secret

RESUME: en résumé, leurs atouts interpersonnels sont entre autres, mentir (pour venir à l'hôpital

ou sur son état de santé), se cacher (médicaments, ordonnances et pour venir aux rendez-vous), distance (le fait de ne pas vivre avec la personne ciblée), vouloir protéger la personne ciblée (à cause de sa vieillesse ou de sa fragilité). Certaines d'entre elles ne possèdent pas d'atout interpersonnel pour garder le secret.

Participants

- je **mens** pour venir à l'hôpital et je me **cache** à la maison pour prendre mes produits, j'ai beaucoup de difficulté et j'ai très peur qu'il ne soit au courant un jour.
- Je lui **cache** mes produits et je lui **mens** souvent pour venir à l'hôpital.
- Je lui **cache** mes produits et mes ordonnances et je ne lui raconte pas mes problèmes.
- on ne **vit** pas **ensemble**.
- Je **cache** mes produits et je ne cause jamais avec quelqu'un sur mon état de santé.
- si elle soupçonne quelque chose je vais lui dire que je souffre de la fièvre **typhoïde**
- je vais lui **cacher** mes produits et mes ordonnances, et s'il me demande je vais lui dire que je souffre de la fièvre typhoïde.
- Elle est **fragile** et elle ne pourra pas le supporter.
- je n'ai **pas** d'atout interpersonnel.
- pas** d'atout interpersonnel.

- pas** d'atout interpersonnel.

- il n'y a n'a **pas**.

- Elle est très **âgée** et je veux la **protéger**.
- pas** d'atout interpersonnel.
- pas** d'atout interpersonnel.

Carreau p: les atouts environnementaux du partage

RESUME: c'est la personne sur laquelle elles peuvent compter au cas si le partage est difficile: carreau

En résumé, on peut dire qu'elles possèdent toutes comme ressources d'environnement une personne, ou un groupe de personne qui partage le secret de leur statut sérologique.

Participants

- je compte sur le soutien de mon groupe de pouvoir partager.
- Ma mère qui a très bien compris cette maladie elle me soutient beaucoup, donc peut m'aider.
- mon groupe de partage.
- je compte sur l'aide de mon groupe de partage.
- je compte sur mon groupe du pouvoir partager.
- son père.
- mon groupe du pouvoir partager.
- je compte sur l'USAC COMVI.

Carreau-s: les atouts environnementaux du secret

RESUME: en cas d'obstacle pour garder le secret, ces femmes comptent toutes soit sur la bonne observance afin de rester en bonne santé et de pouvoir continuer à exercer leurs activités quotidiennes, soit sur la distance, car elles ne vivent pas avec les personnes ciblées, soit sur des

personnes qui sont au courant de leur secret et qui sont prêtes à les soutenir (mari, père, oncle, groupe du programme pour pouvoir partager qui souhaite continuer à se fréquenter et à se soutenir à l'avenir après le programme).

Participant

-**je prends mes produits normalement** pour que je ne tombe pas malade et je me **bats** pour gagner ma vie.

-c'est ma santé, que tout le monde puisse me voir en bonne santé.

-**je fais toutes mes activités tranquillement** sans que quelqu'un soupçonne quoi que ce soit, puisque je prends mes produits **normalement**.

-Puisqu'elle ne **vit** pas ici, donc je n'ai pas tellement besoin des autres atouts.

-c'est de rester en **bonne santé** et ne pas dépendre de quelqu'un.

-Je prends soin de moi et je fais toutes mes **activités** sans problème.

-je vais **bien** prendre mes produits et maintenir ma santé.

-nous ne **vivons pas ensemble**, mon père et mon oncle qui sont au courant et qui m'aide beaucoup pour garder mon secret.

-je compte sur mon **groupe** de pouvoir partager.

-je compte sur le soutien de mon **mari**.

-**ma voisine**, celle dont je me suis confiée m'aide beaucoup

-nous ne **vivons** pas ensemble.

-je compte sur mon **mari** et sur le **groupe** du pouvoir partager.

-c'est mon **mari** qui me conseille toujours pour que je fasse attention.

Comment p : comment le partage a été fait.

RESUME: pour annoncer leur statut, certaines de ces dames ont été hospitalisées et comme ça certains membres de leur famille ont été mis au courant (car elles n'avaient pas accepté de suivre le traitement ARV), certaines ont profité lors d'une causerie pour informer la personne ciblée, certaines ont du informer la personne qui les avait conseillés pour le dépistage et d'autres ont du laisser la tâche aux médecins, car ne savaient pas comment informer la personne ciblée.

Participant

-pour mon frère et ma sœur c'est lorsque je suis **tombée gravement malade**, car je n'avais **pas**

voulu prendre les **ARV** m'ont accompagné à l'hôpital et pour une deuxième fois on m'a annoncé mon statut. Je les aie informés et j'aie beaucoup pleuré, depuis ce jour jusqu'aujourd'hui ils n'ont fait que m'aider et me conseiller à chaque fois que j'ai des problèmes.

-C'était lors d'une de mes **visites** chez nous à **wéléssébougou** que j'ai tout raconté à ma maman **pendant la nuit** lorsqu'on était couché dans sa chambre et l'on a passé toute la nuit à parler, elle avait dis que cela ne l'avait pas surpris, car que la rumeur coulait par tout que c'était cette maladie qui avait tué mon premier mari, mais ce qui l'avait plus rassurer était ma compréhension par rapport à la maladie.

-C'était un jour lors que je suis allée **causer** chez elle un matin, elle m'a demandé sur mon état de santé et c'est alors que je lui ai tout dit et que actuellement je sous ARV ce qui a fait que je me porte bien maintenant.

J'ai fait 5ans sous ARV et lorsque je suis allée mieux j'ai **arrêté**, alors je suis tombée gravement malade. Mon fils et sa femme m'ont accompagné à l'hôpital, c'est comme ça qu'ils ont appris

-comme je ne savais pas comment l'informer, j'aie demandé au **médecin** de le faire pour moi.

-comme il m'accompagnait j'aie **accepté** qu'on fasse **l'annonce** à tous les deux et il la su par **le médecin**.

-je suis venue à la maison, je **lui aie di** que moi et mon enfant sommes atteints par le VIH et qu'il est le seul responsable.

-je lui aie dit que dépistage au centre

-je lui aie dit que qu'elle souffre du VIH **l'USAC COM VI**.

-**je lui ai dit** que le résultat est sorti et que c'est positif.

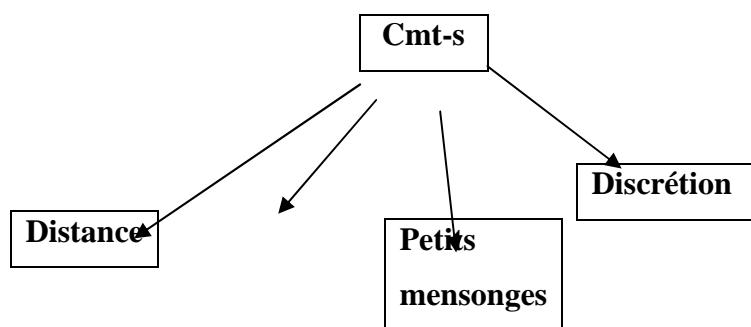
-il m'a **demandé** pour le résultat et je lui aie dit que c'était positif.

Bonne observance

comme il y avait un groupe de **campagne** de donc j'aie **profité** et s'est revenu positif. j'aimerais qu'elle fasse le dépistage, car je pense et que moi-même je suis actuellement **suivi à**

Cmt-s : comment maintenir le secret

Fif5



RESUME: en résumé, pour maintenir le secret auprès de la personne ciblée, soit elles cachent (produits et ordonnances), soit elles mentent (sur leur état de santé et pour venir à leur rendez-vous à l'hôpital), soit elles comptent sur la distance qui les sépare de la personne ciblée.

Participant

-**on ne vit** pas ensemble et je lui **cache** également mes ordonnances et mes produits.

-Je lui aie di que je **souffre de l'ulcère gastrique** et je lui **cache** mes produits et mes ordonnances.

-je lui **cache** toutes mes affaires concernant ma maladie.

- Je n'aie pas de compte à rendre à quelqu'un et je les **cache** mes produits et mes ordonnances
- je lui aie dit que je **souffre du paludisme grave**.
- Je lui **cache** mes produits et je lui **mens** souvent pour venir à l'hôpital.
- On ne vit pas ensemble** donc ça ne me pose pas de problème.
- je fais de **petits mensonges** pour me rendre à l'hôpital.

- je **prends bien** mes produits pour maintenir ma santé.

- en lui **cachant** tout ce qui concerne ma maladie.

- je lui **cache** tout concernant mes produits et mes ordonnances.

- On **ne vit pas ensemble** et **je prends soin de moi** pour ne pas bomber tout le temps malade.

- je **prends bien mes produits** pour ne pas tout le temps tomber malade chaque fois et avoir foie en Dieu.

- Je n'ai pas de problème, car **on ne vit pas ensemble**, elle habite au village.
- je suis discrète**.

Pourquoi-p : pourquoi le partage est-il souhaité

RESUME: elles veulent partager avec ces personnes, car il s'agit pour elles des soutiens, des confidents ou des parents avec lesquels elles trouvent nécessaire de les informer (maris, enfants et parents).

Participant

- je veux qu'il soit au courant, car la **vie est longue** et **tout peut arriver**

- je veux qu'il soit au courant puisque c'est **mon frère** et il me **soutient** beaucoup.
- Je lui fais **confiance** et elle me **soutient** beaucoup.
- elle peut **s'occuper** de mes enfants, car **la vie est longue**.
- pour qu'elle se **protège** et évite les **objets** que j'utilise, qui peut la **contaminer**.
- pour qu'il **sache** que cette **maladie existe** et qu'il **reste fidèle**.
- pour qu'il **s'occupe** de mes **enfants** un jour si je ne suis pas là.

- pour qu'il **prenne soin** de moi à l'avenir, car je ne suis pas mariée avec son père

- car elle est ma **confidente** et je la fais **confiance**.

Pourq-gard-S : pourquoi garder le secret

RESUME: les causes qui les poussent à garder le secret avec la personne ciblée sont entre autres l'indiscrétion, le manque de soutien, le rejet et la fragilité de la personne ciblée.

Participant

- parce qu'il n'est **pas discret**.
- par ce qu'on ne **s'entend pas** et il ne me **considère pas** dans la famille.
- parce qu'il n'est pas discret.
- par ce qu'ils **peuvent** me **discriminer**.
- Par ce qu'elle n'est **pas discrète** et elle ne le **supportera pas**.

- elle n'a pas de bonnes informations sur la maladie et j'ai **peur** qu'elle me **rejette**.
- par ce qu'elle va beaucoup **souffrir** si elle l'apprend.
- je veux que personne ne soit au courant, pour que je sois **protégé**.
- on ne doit **pas tout partager** avec les voisins et ainsi je peux **éviter la stigmatisation**.

- Pour qu'elle ne **dévoile** pas mon secret et que je ne sois pas **rejeté** par tout le monde

- car elle n'est **pas discrète**.

- car elle est vieille et très **fragile**.
- car de leur part on peut s'attendre à tout, eux ils **ne protègent jamais**.
- car elle est très **fragile** et très **vieille**.
- car cette maladie n'est pas acceptée pas la communauté et pour qu'elle ne me **rejette** pas.

Obstacles-P (partage)

RESUME: les obstacles qui les empêchent de partager le secret avec la personne ciblée sont entre autres la peur d'être divorcé (peur du rejet), peur du dévoilement et de la stigmatisation, le manque d'occasion, le jeune âge de la personne ciblé et l'envie de se protéger.

OBSERVATIONS: certes, toutes ces femmes trouvent nécessaire de partager ou souhaitent partager avec au moins une personne, mais toujours elles ont peur de ceux qui peuvent arriver après, c'est ce qui rend très difficile le partage du statut sérologique avec une personne.

Participant

- mon problème est que je n'ai **pas de plan** pour l'informer, il veut prendre une deuxième femme, du coup je ne suis plus rien pour lui et j'ai peur qu'il me **divorce**.
- Seulement je ne suis **pas prête** sinon je lui fais confiance et je ne vois **aucune difficulté**.
- Je sais qu'elle va me **soutenir** jusqu'au bout, mais je veux me **protéger** pour le moment.
- l'**occasion** ne s'est pas **présentée** sinon je suis prête.
- Elle est encore **jeune** et ça peut la **troubler**.
- Comme obstacle, j'ai **peur** qu'il me **divorce**.
- j'ai **peur** du **dévoilement** et de la **stigmatisation**.

- il n'est pas encore **mûr**.

Obstacles-s secrets)

RESUME: pour la plupart d'entre elles, il n'y a pas d'obstacles pour garder le secret et pour d'autres il s'agit de la peur du dévoilement, les petits mensonges et le fait de se cacher pour se rendre aux rendez-vous à l'USAC.

Participant

- je n'ai **pas d'obstacle** pour garder le secret.
- je ne suis **pas tranquille** et tous les jours j'ai **peur** que quelqu'un **découvre** mes **mensonges**.
- ça n'a **pas d'obstacle** pour moi.
- Ça n'a **pas d'obstacle**.

- j' ai **peur** qu'elle le **découvre** par ce que c'est elle qui m'accompagne à l'hôpital pour mes accouchements et pour le **sevrage** de mon enfant.
- je n'ai **pas d'obstacle**.
- je n'ai **pas d'obstacle** pour maintenir mon secret.
- je me **cache** pour venir à l'hôpital et pour prendre mes produits à la maison.
- je n'aie **pas d'obstacle**, car elle ne me considère pas et elle ne me pose pas de question sur quoi que ce soit

- pas d'obstacle**, car on **ne vit pas ensemble**.
- je me **cache** pour venir à mes rendez-vous à l'hôpital.
- pas d'obstacle**.
- Souvent je me mets en **colère** et perds tous mes moyens, en ce moment je ne saurais que faire ou quoi dire.

Stratégies-p

RESUME: les stratégies en cas de partage difficile sont entre autres pour certaines les conseils, des explications sur la maladie, le soutien (les personnes avec lesquelles elles ont fait le partage), l'âge avancé de la personne ciblé et pour d'autre soit il n'y aura de difficulté ou soient elles n'ont pas de stratégies pour le surmonter.

Participant

- en cas de difficulté, je n'aie **pas d'atout**, car mon mari est très difficile à convaincre, mais je peux toujours **compter sur vos soutiens**.
- pour moi, il n'y aura **aucun problème** avec lui.
- En cas de réaction négative, je vais la **conseiller** et la donner des bonnes **explications sur la maladie**, mais je sais qu'il n'y aura **pas de réaction négative**.
- en cas de difficulté, je vais la **conseiller**.
- je pense le faire quand elle sera **plus grande (mure)**.
- je compte sur mon **mariage civil** et l'aide du docteur.
- je peux le **conseiller**.

- Son **soutien** et sa **pitié** pour moi.

- je vais attendre **qu'il grandisse d'abord**.

- en cas de difficulté, je n'ai **pas de stratégie** pour le surmonter.

Stratégies-s

RESUME: les stratégies pour maintenir toujours le secret sont pour elles les petits mensonges, la distance (le fait de ne pas vivre avec la personne ciblée) ou de se confier à une personne infectée ou à un docteur.

Participant

- toujours pour surmonter à ces obstacles je **mens**.
- je vais continuer à **mentir**.

- comme stratégie, je **mens** toujours concernant mes activités liées au VIH.
- pas de stratégie.**
- la **distance.**
- je **mens** si l'on me pose des questions sur mes déplacements.
- je me **confie** à quelqu'un comme moi (PVVIH) ou à un docteur.

Pourq-gard-S

RESUME: les causes qui les poussent à garder le secret avec la personne ciblée sont entre autres l'indiscrétion, le manque de soutien, le rejet et la fragilité de la personne ciblée.

Participant

- parce qu'il n'est **pas discret.**
- par ce qu'on ne **s'entend pas** et il ne me **considère pas** dans la famille.
- parce qu'il n'est pas discret.
- par ce qu'ils **peuvent** me **discriminer.**
- Par ce qu'elle n'est **pas discrète** et elle ne le **supportera pas.**
- elle n'a pas de bonnes informations sur la maladie et j'ai **peur** qu'elle me **rejette.**
- par ce qu'elle va beaucoup **souffrir** si elle l'apprend.
- je veux que personne ne soit au courant, pour que je sois **protégé.**
- On ne doit **pas tout partager** avec les voisins et ainsi je peux **éviter la stigmatisation.**

- Pour qu'elle ne **dévoile** pas mon secret et que je ne sois pas **rejeté** par tout le monde

- car elle n'est **pas discrète.**

- car elle est vieille et très **fragile.**
- car de leur part on peut s'attendre à tout, eux ils **ne protègent jamais.**
- car elle est très **fragile** et très **vieille.**
- car cette maladie n'est pas acceptée pas la communauté et pour qu'elle ne me **rejette** pas.

Stratégies-si-p-diff

RESUME: les stratégies en cas de partage difficile sont entre autres pour certaines les conseils, les explications sur la maladie, le soutien (des personnes avec lesquelles elles ont fait le partage), l'âge avancé de la personne ciblée et pour d'autre soit il n'y aura de difficulté ou soient elles n'ont pas de stratégies pour le surmonter.

Participant

- en cas de difficulté, je n'ai **pas d'atout**, car mon mari est très difficile à convaincre, mais je peux toujours **compter** sur **vos soutiens.**
- pour moi, il n'y aura **aucun problème** avec lui.
- En cas de réaction négative, je vais la **conseiller** et la donner des bonnes **explications sur la maladie**, mais je sais qu'il n'y aura **pas de réaction négative.**
- en cas de difficulté, je vais la **conseiller.**
- je pense le faire quand elle sera **plus grande (mure).**
- je compte sur mon **mariage civil** et l'aide du docteur.
- je peux le **conseiller.**

- Son **soutien** et sa **pitié** pour moi.

- je vais attendre **qu'il grandisse d'abord.**

-en cas de difficulté, je n'ai **pas de stratégie** pour le surmonter.

Stratégies si-dévoilmt

RESUME: en cas de dévoilement certaines d'entre elles veulent tout nier (car elles ne sauraient pas quoi faire) et d'autres pensent donner des explications (afin de les sensibiliser et de les ramener à la raison en cas de problèmes).

Participant

-je ne vais **pas nier**, mais que c'est par ce qu'il n'est pas discret, c'est pour cela que je ne lui aie pas informée.

-Je **vais lui dire** que si je ne t'ai pas informé c'est par ce que tu ne me considères pas, tu ne m'écoutes pas, tu ne me demandes rien, même si tu me parles c'est pour me faire des histoires et j'avais peur également que tu ne dévoiles mon secret partout.

-je lui **dirais** que, si je ne t'ai rien dit c'est par ce que j'avais peur que tu ne le dises aux autres puis que tu n'es pas discret.

-je vais **tout nier** sinon je ne sais pas que faire.

-je vais **tout nier**.

-je lui **dirais** que c'est vrai, mais que j'avais peur qu'elle ne le comprenne pas et qu'elle me rejette.

-Si elle l'apprend, je ne vais pas nier et je vais l'**expliquer** que cette maladie ne pose plus de problème, car maintenant qu'ils ont un remède pour stopper son évolution et tant que tu es sous traitement tu n'auras pas de problème, en plus je ne voulais pas l'inquiéter.

-si quelqu'un apprend mon secret, je vais **tout nier**, sinon je saurais que faire.

- si quelqu'un l'apprend, je vais tout l'**expliquer** afin qu'elle me comprenne et me protège.

-si c'est découvert, je vais l'**expliqué** que c'est vrai, je suis atteinte par cette maladie, mais j'avais peur du rejet et c'est pour cela que je l'avais caché.

- si elle le découvre, je vais tout l'**expliquer** pour qu'elle me protège afin que mon secret ne soit pas dévoilé.

-si elle l'apprend, je vais la **sensibiliser** et la faire comprendre que cette maladie ne tue plus tant que tu es sous traitement.

-si on découvre mon secret, je vais tout **expliquer** pour qu'ils ne me rejettent pas et que je continue à vivre tranquillement dans le quartier.

-au cas si elle l'apprend, je vais la **faire comprendre** que cette maladie ne tue plus et la conseillé pour qu'elle ne souffre pas.

-si elle l'apprend, je vais tout l'**expliquer** en lui rassurant ma fidélité.

Qu-Reten-PP

RESUME: le programme PP/PP a permis à ces femmes d'être soulagé (elles sont libérées), d'avoir des informations sur la maladie (VHI), de collaborer avec les autres femmes vivantes avec le VIH et comprendre beaucoup de choses sur la vie, la maladie et sur le choix du partage.

OBSERVATIONS : Pendant le programme les rencontres étaient non seulement pour elles un lieu d'échange, mais aussi un lieu de partager les secrets ainsi que les problèmes et elles essayaient toujours de chercher des solutions aux problèmes qui se posaient, ce qui a permis à beaucoup

d'entre elles d'être soulagées et confiantes par rapport à la maladie et à la communauté.

Participant

- le programme pouvoir partager m'a beaucoup **libéré** et j'ai **pu informer** mon **mari**.
- Ça m'a **enseigné** et m'a donné des bonnes **informations** sur la **maladie**.
- Je suis **libérée**, j'ai pu faire le **partage** avec quelqu'un.
- Avant** le programme **j'étais inquiète** et je n'étais **pas libérée**, mais **maintenant je suis libre**, j'ai même **informé** mon **mari**.
- Avant** je ne **dormais pas**, les gens me **méprisaient** et cela me faisait beaucoup **mal**.
- avant** je n'avais **pas** beaucoup d'**information** sur le **VIH**, mais aujourd'hui Dieu merci j'ai beaucoup **appris** et cela m'a vraiment **libéré**.
- j'ai beaucoup **appris** sur la maladie et cela ma vraiment **libérée**.
- Ma **participation** au programme a beaucoup **allégé** mes **problèmes** et m'a beaucoup **libéré** par rapport à la maladie

- les **rencontres** m'ont beaucoup **libéré**, car ces moments-là on cause, on rit et l'on se **partage tout**, je pense que dans la **vie** rien ne **vaut cela**.

- J'ai beaucoup **appris** sur le **VIH**, j'ai **compris** que je ne suis pas la **seule** femme **infectée** et je suis **à l'aise**.

- ça m'a **permis** de **comprendre** beaucoup de **choses** dans la vie.

- ça m'a **permis** de **collaborer** avec d'autres **femmes vivantes** avec le **VIH** et j'ai beaucoup **appris** sur la **maladie**.

- moi aussi, j'ai **compris** beaucoup de **choses** sur la **maladie** et cela m'a vraiment **libéré**.

- à travers le programme, j'ai **compris** beaucoup de **choses** sur la **maladie** et dans la **vie** également.

- j'ai **compris** le **choix du partage** et beaucoup de choses sur le **VIH**.

Quel-mess-soeursVVIH

RESUME: à la fin du programme les messages qu'elles ont laissés pour les autres femmes vivantes avec le VIH qui n'ont pas participé au programme PP sont entre autres pouvoir les aider en faisant des témoignages pour qu'elles puissent mieux vivre avec leur statut sérologique, les conseiller à bien suivre le traitement ARV et de partager avec les conjoints pour maintenir la santé.

OBSERVATIONS: au cours du programme PP, les rencontres étaient pour les femmes un lieu d'échange, de témoignage et de conseils afin de résoudre ensemble des problèmes, donc à la fin du programme elles se sentent prêtes à travers des acquis de donner des conseils aux autres femmes VVIH d'affronter la vie telle qu'elle se présente pour vivre avec leur statut car pour elles après tout la vie continue.

Participant

Témoignages et conseils pour une bonne observance.

-Pour mes sœurs qui n'ont pas bénéficié le programme, je peux les aider en leur faisant mon propre **témoignage** et en les **conseillant** de **bien** suivre le **traitement** pour qu'elles **se portent bien**.

Conseils pour le partage avec le conjoint.

-Je **conseille** toutes les femmes vivantes avec le VIH à le **partager avec leur mari**.

Témoignages et partage des acquis du programme.

-Je peux **aider** mes sœurs infectées en leur faisant des **témoignages**, je les informe sur mon parcours et mes acquis du programme pour qu'elles puissent en bénéficier.

Conseils sur le VIH.

-Je peux **conseiller** mes sœurs infectées avec mes **propres expériences**.

Conseils pour une bonne observance.

-Je **conseille** mes sœurs à **bien** faire leur **traitement** pour qu'elles se **portent bien**.

Conseils pour une bonne observance.

-je **conseille** à mes autres sœurs vivantes avec le VIH de **bien prendre** les **ARV** afin de maintenir leur **santé**.

Partage du statut sérologique afin de limiter la propagation de l'infection.

-je **demande** à mes sœurs vivantes avec le VIH de ne **pas cacher** leur **statut** afin de **protéger** les autres **non infectés**.

Conseils pour une bonne observance et participation au programme dans l'avenir.

-je **demande** à sœurs porteuses du VIH à la **bonne observance**, car tant qu'on prend bien nos produits notre santé sera bien maintenue et je leur **souhaite** de **participer au programme** afin de profiter à ce que nous nous venons de profiter.

Conseils sur la foi en Dieu.

-je **conseille** aux autres d'avoir la foi en Dieu et tout ira pour le mieux.

Conseils pour une bonne observance.

-je **demande** à mes sœurs infectées de **prendre soin d'elles** seulement, car elles ne sont pas les seules.

Conseils.

-je leur **demande** de ne pas **trop s'en faire**, car après tout la **vie continue**.

Conseils pour une bonne observance et sur la foi en Dieu.

-aux autres femmes vivantes avec le VIH, je les appelle à la **bonne observance** et garder foi en Dieu.

Prières

-je les **remercie toutes**, je pris le Bon Dieu pour qu'il nous donne la paix, la santé et qu'il nous donne la **chance** de pouvoir continuer à **nous fréquenter**.

Mess-Com

RESUME: en résumé, elles conseillent à la communauté de lutter contre la discrimination et la stigmatisation des personnes vivantes avec le VIH/SIDA, à se faire dépister, à se protéger et à se donner la main afin de stopper la propagation de la maladie.

Participantes

Lutte contre la discrimination.

-J'invite la communauté à la **non-discrimination** vis-à-vis des personnes vivantes avec le VIH/SIDA.

Orientation pour le dépistage.

-Si je soupçonne quelqu'un pour cette maladie, je vais les **orienter** vers un **centre** de dépistage.

Orientation pour le dépistage.

-Je peux **orienter** mes connaissances à se faire **dépister**.

Orientation pour le dépistage.

-Dans la communauté, je peux **conseiller** les gens à venir se faire **dépister**.

Orientation pour le dépistage.

-Maintenant dans la communauté je peux **orienter** toutes personnes suspectes à se faire **dépister**.

Conseil pour le dépistage du VIH.

-Je demande à tout le monde de venir faire le **dépistage du VIH**.

Lutter contre la discrimination.

-à la communauté, je demande au **non discrimination** des personnes vivantes avec le VIH pour qu'ils puissent se **sentir bien** et vivre longtemps dans la communauté.

Lutter contre la discrimination et conseil pour le dépistage du VIH.

-je conseille à la communauté à se faire **dépister** et à lutter contre la **discrimination** des personnes vivantes avec le VIH.

Limiter la propagation de la maladie.

-à la communauté de se **protéger** afin d'éviter la **propagation** de cette maladie.

Lutter contre la discrimination, la stigmatisation et conseils pour le dépistage du VIH.

-Je demande à la communauté de faire le **dépistage** volontaire du sida et de lutter contre la **discrimination** et la stigmatisation des personnes vivantes avec le VIH.

Lutter contre la discrimination.

-j'appelle à la non-discrimination des personnes vivantes avec le VIH ;

Sensibilisations.

-je peux les **sensibiliser** face à cette maladie.

Lutter contre la discrimination et la stigmatisation des Pvvih

-à la communauté, je dis **stop** à la **discrimination** et à la **stigmatisation** des personnes vivantes avec le VIH.

Lutter contre l'expansion du VIH.

-je demande aux autres femmes vivantes avec le VIH de nous **donner la main** afin de **stopper l'expansion** de cette maladie.

Ac-Crt-Moy-L-term

RESUME: pour elles les acquis trouvés au cours du programme sont entre autres le soulagement par rapport à la maladie, des stratégies par rapport au choix du partage, la collaboration avec les autres participantes et des informations sur la maladie à travers lesquelles elles peuvent (ou pensent) elles même conseiller d'autres femmes VVIH et orienter des connaissances pour se faire dépister.

Participantes

-maintenant j'ai des **informations sur la maladie**, je peux **orienter** mes connaissances pour qu'ils se fassent dépister.

-A travers mes acquis du programme, je peux **conseiller** mes sœurs infectées à ne pas se décourager et à bien suivre le traitement puisqu'après tout la vie continue.

-Aujourd'hui je suis **libérée**, je reste chez moi et je prends bien mes produits et je suis à l'aise.

-A la fin du programme, on peut **continuer** à se rendre **visite** et à se **communiquer**, car maintenant ça nous a créé un **lien**, nous sommes devenues des sœurs.

-A cause du programme, nous nous sommes **connus** et nous allons **continuer à nous soutenir** dans le bonheur comme dans le malheur.

-comme acquis j'ai eu de **bonnes idées**, des **stratégies** au fait de garder ou de partager mon secret, maintenant je suis très à l'aise.

-j'ai eu beaucoup d'**informations sur la maladie** et des stratégies pour garder ou partager mon secret.

-Je suis très **soulagée** et maintenant je peux trouver des **stratégies** pour garder ou partager mon secret.

-je suis **soulagée** par rapport au choix de partage.

-je peux orienter toute personne malade pour le dépistage et j'ai pu faire un **choix** concernant mon secret.

-maintenant, je peux faire face à beaucoup situation par rapport à la maladie, comme le **choix du partage** par exemple.

-je peux trouver de **bonnes stratégies** par rapport au choix du partage.

-Je suis **soulagée** et tranquillisée par rapport à la maladie et au traitement.

N-Prie

RESUME: la natte de prière avait pour objectif de rassembler tous les dessins faits par ces femmes, donc il s'agit d'une œuvre collective. Elles ont dessiné entre autres les ARV (car c'est grâce aux

ARV qu'elles se sentent mieux aujourd'hui), la maison (car elles se sentent protégées à l'intérieur des maisons et peuvent également cacher leurs médicaments), la fleure, le poisson (car au début de la maladie elles prenaient la soupe du poisson), un enfant et un couvre bébé (car elles ont soit eu un enfant non infecté ou soit elles désirent avoir des enfants non infectés), un boubou (elle a cousu un boubou, car elle est couturière et il s'agit d'un passe-temps pour elle qui la permet de ne pas penser à ses problèmes pendant ces instants), les autres ont dessiné leurs images avec leurs produits de vente (bouillie, boucles d'oreilles, elles ont dû arrêter à cause de la maladie et ont pu recommencer, car avec le traitement elles se sentent mieux).

OBSERVATIONS: nous pouvons dire que tous ces dessins ont été inspirés par des choses qui sont en relation directe avec leur maladie et qui permettent un soulagement dans leur situation.

Participant

P1 a cousu un boubou: car je suis couturière, quand je **couds des habits**, ça me prend du temps et cela m'évite de trop penser à mes problèmes.



P2: elle a dessiné son image avec une assiette de boucle d'oreille sur la tête.

Je me **promenais** pour **vendre** des boucles d'oreille, mais avec ma **maladie** je me sentais fatigué et j'ai dû **arrêter**.

P3: l'image d'un bébé avec son biberon.

Lorsque j'ai appris mon statut j'étais très mal et je ne **pensais plus avoir un mari** un jour à plus forte raison des **enfants**, mais aujourd'hui Dieu merci je me suis mariée et j'ai un **enfant non**



infecté.

P4: son image avec une tasse de bouillie sur la tête.

J'étais **vendeuse de bouillie**, mais ma maladie avait freiné mes activités, maintenant comme je suis sous **traitement** j'ai pu les **reprandre** et à cause de ma grossesse je ne vends plus maintenant.

P5: une tasse de légumes que je vends et à côté mes produits dans le panier.

Je suis **vendeuse** de légumes au marché, je mets mes **produits** dans un **panier** toujours à côté de moi pour que je ne les oublie au moment des prises, car avec le traitement je me porte bien et je



fais toutes mes activités sans problème.

P6: son image avec un panier qui contient ses médicaments.

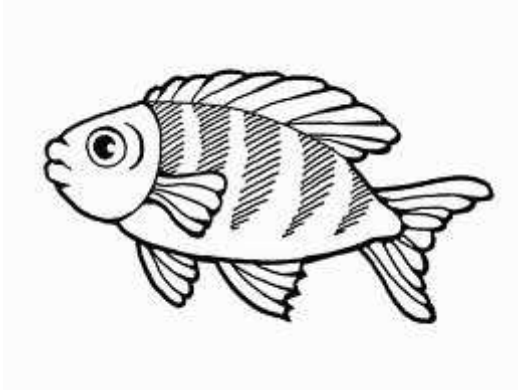
J'étais gravement malade, maintenant avec le traitement je vais beaucoup mieux c'est pour cela que prends soin de mes **produits**.



P7: j'ai dessiné cette boîte de médicament, car c'est **grâce aux ARV** que je me porte bien aujourd'hui. Je lance un appel aux autres femmes de venir se faire dépister pour connaître leur statut sérologique afin de se protéger ou de se faire soigner, car après tout la vie continue. Je vous remercie toutes et plus particulièrement les animatrices.



P8: j'ai dessiné un **poisson**, car lorsque j'étais malade c'était le seul aliment que je pouvais consommer sans problème, c'était facile à préparer et à digérer.



P9: j'ai dessiné la **maison**, car c'est à l'intérieur des maisons qu'on peut se **protéger** et se cacher pour prendre nos médicaments et comme ça notre secret reste **caché**. J'encourage les autres femmes porteuses du VIH de participer au programme, car donne des bonnes idées sur la maladie surtout le choix du partage et ça soulage vraiment.

P10: j'ai dessiné le poisson, car la **soupe de poisson** est un aliment très riche, bon et **recommandé chez les malades**.

Je salue tout le monde pour son soutien, plus particulièrement les animatrices.

P11: j'ai dessiné une **fleur**, car elle est jolie à voir, elle **rafraichit** le milieu et donne une **envie de vivre** surtout nous les malades.

Je remercie tout le monde et j'encourage les autres femmes à participer au programme PP.

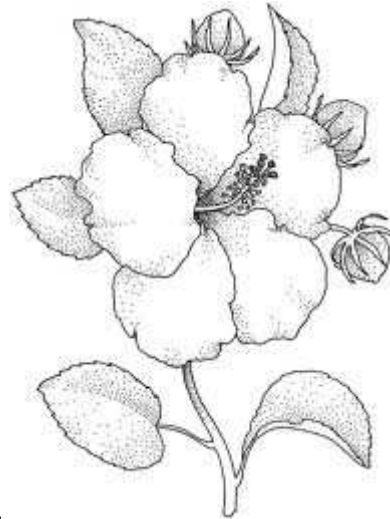
P12: une **maison**, car elle nous **protège** et nous permet de **caché** nos produits.



Je salue et remercie tout le monde pour le soutien et les conseils pendant ces moments que nous venons de partager ensemble.

P13: j'ai dessiné un **drap** et un **couvre bébé**, qui sert à porter et à couvrir les bébés. Je suis infectée et je **désire avoir** un jour un **enfant non porteur** du VIH. Je lance un appel à toutes porteuses du VIH de bien prendre soin d'elles afin de ne plus être la source d'infection de leurs enfants et de participer au programme PP afin de profiter à tout ce que nous venons de bénéficier.

P14 :j'ai dessiné une **fleur**, car j'ai un **enfant infecté** et à chaque fois qu'il **pleure** je lui



console avec une **fleure** que je garde à la maison.

Le programme PP m'a soutenu et m'a libéré dans beaucoup de mes problèmes. Je remercie les initiateurs et les animatrices de ce programme, je souhaite que toutes les femmes vivantes avec le VIH participent à ce programme pouvoir partager.

VI- COMMENTAIRE

Les participantes ont été contactées par téléphone par les coordinateurs des différents sites de prise en charge pour nous assurer de leur disponibilité. Nous leur avons expliqué notre projet de recherche et ses différentes composantes (le consentement verbal, des entretiens d'environ deux heures). Nous avons pris un premier rendez-vous avec les participantes pour convenir de la date, de l'heure et du lieu des rencontres pour les entretiens et pour remplir les questionnaires pré-test. La deuxième rencontre était consacrée au début des entretiens. La collecte a été effectuée entre juin et novembre 2011.

Nous avons eu recours à des entrevues semi-dirigées. Nous avons envisagé des entrevues d'une durée moyenne de 2 h à 2h30 min.

Avant le jour de la rencontre, chaque rencontre était préparée à l'avance d'un jour, on lisait le guide d'animation pour bien s'approprier du déroulement des activités et l'utilisation des divers outils.

Chaque rencontre commençait toujours par un rappel de notre nom, des normes de conduite établies dès la première rencontre pour assurer le bon déroulement de la rencontre, ensuite on lisait le thème du jour et les objectifs poursuivis.

Les rencontres se tenaient dans la salle de consultation du coordinateur de l'USAC qui était disponible chaque semaine et préservait le climat de secret souhaité par les participantes, car les rencontres se déroulaient dans l'après-midi vers 16 h après les consultations.

Les participantes ayant accepté de participer à l'étude ont été recrutées de façon aléatoire sur chaque site.

Tout au long de l'entretien, nous avons essayé de maintenir une atmosphère détendue. Nous laissons aux participantes la latitude de s'exprimer le plus librement et le plus longtemps possible. Les reformulations et les relances n'intervenant que lorsque la participante ne comprenait pas la question ou s'éloignait trop du thème. A la fin de chaque rencontre, nous remercions les participantes. Les rencontres n'étaient pas enregistrées.

La transcription des entretiens

Au fur et à mesure de la réalisation des entretiens, nous avons procédé à leur transcription et à leur traduction en français puisqu'elles se déroulaient en langue bambara. Ce travail consiste à écouter le discours de chaque participante et à le traduire intégralement et fidèlement pour les besoins d'analyses. Ce travail à l'avantage d'avoir la totalité du discours (verbatim) de chaque participante et de pouvoir y revenir constamment au cours des analyses.

Dans le traitement de la transcription, nous avons respecté l'anonymat.

Les difficultés rencontrées : sont liées à la nature de notre échantillon constitué essentiellement de ménagères, qui ont des travaux ménagers à accomplir avant de venir, ce qui a fréquemment occasionné des retards pour le début de certaines rencontres. Nous avons aussi enregistré quelques interruptions pour des situations administratives d'urgences qui ont entraîné le report de certaines rencontres.

Durant la collecte des données, nous avons maintenu le contact avec notre directeur de recherche, par rencontre régulière, ce qui a permis d'apporter certains ajustements à la grille en fonction de l'évolution de la collecte des données, les échanges ont aussi permis de lui rendre compte de l'évolution générale de la cueillette des données.

En dépit de ces quelques difficultés, la collecte des données s'est globalement déroulée dans de bonnes conditions

VII-CONCLUSION

Notre étude s'est déroulée dans les différents sites de prise en charge du VIH du district de Bamako. L'objectif principal est de permettre à chaque femme de faire le point sur sa propre situation quant à la question du partage de son statut sérologique avec les personnes de son entourage et d'entreprendre une démarche qui l'aidera à mieux porter le poids du secret et à gagner plus de contrôle sur sa vie de femme qui vit avec le VIH. Elles doivent prendre une décision éclairée et libre selon le contexte ciblé et assumer sa décision en mettant des stratégies et un plan d'action concret en place. Notre étude a été prospective transversale par rapport aux femmes VIH sur une période de 6 mois allant de juin à novembre 2011. Elle a porté sur 16 femmes réparties en deux groupes de huit choisies sur un mode aléatoire. La tranche d'âge la plus touchée se situe entre << >> tous résidants à Bamako. La majorité des patientes ont eu à partager avec leurs proches leurs séropositivités

Dans d'autres cas, la divulgation donne lieu à des échanges avec le partenaire amoureux où la communication à propos du VIH devient possible. Le partenaire amoureux fait montre d'ouverture par rapport à la réalité de sa partenaire infectée par le VIH et lui apporte le soutien nécessaire.

- La révélation de soi à travers la maladie a été identifiée comme une condition nécessaire au développement de l'intimité entre les partenaires qu'il s'agisse d'une relation existante ou d'une nouvelle relation.

Tandis que d'autres ont préféré garder le secret

Le poids de l'anticipation est palpable dans les témoignages des femmes. Il est constant à travers tout le processus de divulgation. Dans le contexte de leurs relations amoureuses, elles anticipent le rejet de l'être aimé, elles craignent de vivre une rupture. Elles vivent alors en secret avec le VIH.

- Plutôt que de devoir s'exposer au rejet potentiel, d'autres s'abstiennent de tout contact physique ou amoureux ou vont divulguer par mesure de protection, tout dire maintenant plutôt que d'avoir à souffrir plus tard.

- Pour plusieurs, les anticipations sont confirmées par des expériences concrètes où elles sont rejetées par un partenaire, ce qui alimente en retour l'anticipation.

.Certaines sont soutenues par leurs familles. La quasi-totalité des patientes a une qualité de vie améliorée sous ARV.

VIII-RECOMMANDATION

A la fin de notre étude, nous avons formulé quelques recommandations qui sont les suivantes :

Au haut Conseil national de lutte contre le VIH et SIDA

- Elaborer des programmes de formation de suivi dans le cadre de la lutte contre les VIH et SIDA.
- Maintenir toujours la gratuité du traitement antirétroviral et des examens complémentaires chez les personnes vivant avec le VIH/SIDA.
- Assurer une prise en charge nutritionnelle qui a pour avantage : de retarder le dysfonctionnement du système immunitaire, améliorer la qualité de vie, restaurer la perte de poids et prolonger significativement la durée de vie.
- Assurer la prise en charge psychosociale visant à : conseiller, informer et assister les PVVIH pour induire un changement de comportement. ; soutenir les PVVIH face aux perturbations psychologiques et sociales.

. Au ministère de la Santé :

- Renforcer la capacité des structures déjà préexistantes pour qu'il y ait plus d'information, d'éducation sur le VIH/ SIDA ;
- Créer dans la majorité des structures sanitaires, une unité de prise en charge antirétrovirale.
- Equiper les laboratoires publics de matériels nécessaires et de réactifs pour le suivi biologique des patients,
- Renforcer la gratuité des médicaments.

Aux agents de santé :

- Proposer de façon appropriée le test de dépistage du VIH et SIDA et systématique chez toutes les femmes enceintes
- Expliquer aux patientes, l'intérêt du suivi clinique et biologique

- Assurer une prise en charge précoce et un suivi régulier.

A l'USAC :

- Renforcer l'aide sociale pour les patientes séropositives démunies.

Aux patients :

- Etre observant par rapport a la prise des médicaments.
- Faire confiance à son médecin traitant en lui donnant toutes les informations
Concernant les effets secondaires constatés pour lui permettre d'assurer une prise en charge adéquate.

Aux Populations :

- Faire le dépistage volontaire et consulter rapidement un centre de prise en charge en cas de confirmation de l'infection à VIH.
- Soutenir les PVVIH
- Exclure la stigmatisation et la discrimination des PVVIH
- Encourager le dépistage pré-nuptial, pré-lévirat, pré-sororat et prénatal.

IX- BIBLIOGRAPHIE

REFERENCE BIBLIOGRAPHIQUE

(1)- GENTILLINI M.

Médecine Tropicale. 5^{ème} ed. Paris : Flammarion ; 1995. P.435

(2)-O'DONOVAN D. Aryoshik, Milligan P. et col.

Maternal plasma viral RNA levels determine marked differences in mother-to-child transmission rates of HIV-1 and HIV-2 in the Gambia.

AIDS ; 2000. P .448

(3)- ONUSIDA / OMS.

Programme commun des Nations Unies sur le VIH /SIDA.

Le point sur l'épidémie de SIDA. Rapport spécial sur la prévention du

VIH, décembre 2006.P 34

(4).OMS.

Surveillance mondiale du sida.

Rel Epidemiol Hebd ; 1999. 74 .409-14

(5)Association des professeurs de Pathologie infectieuse et tropicale : Infection à VIH et SIDA. Corpus Médical-Faculté de Médecine de Grenoble ; 2003.

(6) Université du Québec à Montréal (UQÀM).

Pouvoir partager/Pouvoirs partagés ; 2010.P 1

(7) Arcad / Sida.

Dialogue, échange, débat : les femmes maliennes font reculer ensemble le tabou de la séropositivité ; 2011.P 1

(8) CRIPS.

Femmes et infection à VIH : Ressources documentaires & pédagogiques

CRIPS - Pas-de-Calais ; 2008. P5 .Site visité le 11 Octobre 2012

http://www.aidsmap.com/v634436470425970000/file/1050707/hiv_women_FR.pdf

(9) ONU.

Déclaration d'engagement sur le VIH/SIDA, résolution A/RES/S-62/2 de l'Assemblée générale des Nations Unies ; 2001.P 1

(10) Condition de vie pour un succès thérapeutique. P. 358 .Site visité le 11 Octobre 2012

http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/19_Conditions_de_vie_pour_un_succes_therapeutique.pdf

(13) Prévention positive : Éléments programmatiques Contre la criminalisation. P.2 Site visité le 11 Octobre 2012

[http://www.cdnaids.ca/home.nsf/ad7c054e653c96438525721a0050fd60/2f0a13f75806397285257a2500090f9c/\\$FILE/%C3%891%C3%A9ments%20programmatiques.pdf](http://www.cdnaids.ca/home.nsf/ad7c054e653c96438525721a0050fd60/2f0a13f75806397285257a2500090f9c/$FILE/%C3%891%C3%A9ments%20programmatiques.pdf)

(14)-ONUSIDA.

Discrimination, stigmatisation et rejet liés au VIH/SIDA.

Genève; 2002. P. 53.

15- Goffman E.

Stigma: notes on the management of a spoiled identity.

New York, Simon and Schuster 1963.25p.

16-Mc Grath.

The biological impact of social responses to the AIDS,

Epidemic, Medical anthropology, 1992; 15: P (63-79).

17- Gilmore N, Someville M.

Stigmatization, scapegoating and discrimination in sexually transmitted diseases, overcoming “them” and “us”.

Social science and Medicine 1994; 39: 1339-58.

18-Rosinski M, Moebius T, Julien N et al.

L'illustration universelle des droits de l'homme, Paris: Amnesty international ; 2006: 89p.

19-ONUSIDA.

AIDS epidemic update. Genève;1998. P.123-29

20- Warwick I.

Household and community responses to AIDS in developing countries,

Critical public health; 1998, 8; 4(5): p (291-310).

21- Gruskin S, Hendricks A, Tomesevski K.

Human rights and responses to HIV/AIDS. In: AIDS in the world II.

New York, oxford university press; 1990. P 69

22-Vidal L.

L'annonce de la séropositivité : difficultés et initiatives en Afrique. Développement et santé ; 1996; 121: P. 22-5.

23- Réseau juridique canadien VIH/sida,

Une analyse de la loi type de N'Djamena sur le sida et des lois relatives au VIH du Bénin, de la Guinée, de la Guinée-Bissau, du Mali, du Niger, de la Sierra Leone et du Togo, septembre 2007. P 6

24- Article 36 de la loi type N'Djamena disponible sur :

<http://rds.refer.sn/sites/rds.refer.sn/IMG/pdf/LOITYPESIDANDJAMENA.pdf>. Site visité le 5 Novembre 2012]. P 5

25- L'article 26 de la loi type oblige toute PVVIH à révéler son état à son « conjoint ou partenaire » le plus tôt possible après le diagnostic et dans un délai de 6 semaines au plus. Aucune sanction n'est précisée en cas de non respect de cette disposition. Site visité le 30 Novembre 2012

<http://library.catie.ca/PDF/ATI-20000s/26305F.pdf>

26- Voir., notamment, art. 1 de l'avant projet de loi fixant les droits et obligations des personnes vivant avec le VIH/Sida du Cameroun rédigé en 2002. Site visité le 30 Novembre 2012

<http://library.catie.ca/PDF/ATI-20000s/26305F.pdf>

27-Réseau juridique Canada VIH/SIDA,

Droit et politiques : la pénalisation de l'exposition au VIH ou de sa transmission dans le contexte de l'Afrique de l'ouest et centrale francophone ; 2010.Vol.14, n° 3. P 1

28- Selon l'ONUSIDA, en 2008, l'Afrique subsaharienne représentait 67 % des infections à VIH du monde entier. C'est aussi dans cette région qu'on été enregistrés 72 % des décès mondiaux dus au sida. ONUSIDA. Le point sur l'épidémie de sida 2009.

29- **ONUSIDA**, Le point sur l'épidémie de sida 2009. La couverture des thérapies antirétrovirales en Afrique de l'Ouest est de 30% selon les données les plus récentes de l'ONUSIDA.

30- Sasman. C.

« Michaela Clayton on the criminalization. Debate and Other issues ».

A Digest of the Open Society Initiative for Southern Africa, 2 (5), octobre

2009; W. Brown et al., « Criminalising HIV transmission:

punishment without protection », *Reproductive Health Matters* 17(34), 2009, p.119-126.

31- 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 8

32- Article 13 et 53 Loi no. 2005-012 portant protection des personnes en matière de VIH/sida. Législation nationale togolaise. P(3,8)

33- 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

34- Articles 1 et 37 de l'Ordonnance n. 056/2009/PRG/SGG. Site visité le 30 Novembre 2012

<http://library.catie.ca/PDF/ATI-20000s/26305F.pdf>

35- Article 1 et 37 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. 34 Les données générales existant montrent au contraire que la pénalisation du VIH n'aurait pas d'influence sur les comportements. Voir Burris S., « Do Criminal Laws Effect HIV Risk Behaviour? An Empirical Trial ».

Ariz. St. L. J., 2007, 39. P.467-517.

36- Les données générales existant montrent au contraire que la pénalisation du VIH n'aurait pas d'influence sur les comportements. Voir Burris S., « Do Criminal Laws Effect HIV Risk Behaviour? An Empirical Trial ».

Ariz. St. L. J., 39, 2007, p.467-517.

37- 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.

38- Information recueillie auprès de K. Eugène NOVON de l'association AMC au Togo. Site visité le 17 Juillet 2012

<http://library.catie.ca/PDF/ATI-20000s/26305F.pdf>

39- Propos de Brigitte Palenfo de l'association REV+ au Burkina Faso. Site visité le 17 Juillet 2012

<http://library.catie.ca/PDF/ATI-20000s/26305F.pdf>

40-« Togo : Protéger les personnes vivant avec le VIH, une obligation légale », 5 septembre 2006.

osi.bouake.free.fr. Visité le 12 Novembre 2012

39 Information recueillie auprès de Bintou Bamba de l'association

ASFEGMASSI en Guinée. Site visité le 17 Juillet 2012

<http://library.catie.ca/PDF/ATI-20000s/26305F.pdf>

41- Amnistie internationale.

Donner la vie, risquer la mort : la mortalité maternelle au Burkina Faso, 2009, p. 32.

42- Information recueillie auprès de Bintou Bamba de l'association

ASFEGMASSI en Guinée. Site visité le 17 Juillet 2012

<http://library.catie.ca/PDF/ATI-20000s/26305F.pdf>

43- Amnesty international.

(supra), p.33.

44- Amnesty international.

(supra), P34

45- Bernard E. et al.

« The use of phylogentic analysis as evidence in criminal investigation of HIV transmission », 2007, www.aidsmap.com.

46- R. Jurgens et al., « Ten reasons to oppose the criminalization of HIV exposure or transmission »: Politique générale : criminalisation de la transmission du VIH, août 2008.

Reproductive Health Matters, 17(34), 2009, p.163-172

47-« Afrique : les séropositifs, des criminels potentiels ?

48- <http://www.droits et devoirs des patients séropositifs au VIH/sida>.

49- Amnesty International (supra).

50- Facteurs de risque de l'infection à VIH/sida chez la

Femme :

51 "Les femmes et le VIH/sida : sensibilisation, prévention et

Emancipation ; 2004.P 27. Site visité le 16 novembre 2012

<http://www.un.org/french/events/women/iwd/2004/backgrounderF.pdf>

52- Human Rights Watch (2005). "Women Stripped of Property in Kenya

AIDS, Evictions, and Poverty Linked to Property Rights Violations." P 44. Site visité le 16 novembre 2012

<http://www.hrw.org/press/2003/03/kenya030403.htm>

53. Human Rights Watch (2005). "Egypte: Garantir des droits égaux aux femmes en matière de divorce en dépit des réformes, le système juridique reste discriminatoire envers les femmes." P 38. Site visité le 16 novembre 2012

<http://hrw.org/french/docs/2004/11/29/egypt9729.htm>

54-**Antoine Socpa** : Socio-Culture et VIH-SIDA au Cameroun. Site visité le 6 juin 2012
<http://www.codesria.org/IMG/pdf/5-Socpa.pdf>

X-ANNEXES

La liste des codes retenus

Ac-Crt-Moy-L-term: les acquits en court, moyen et en long terme.

Avantages-p: les avantages du partage.

Bleu: représente les personnes avec lesquelles le partage est souhaité.

Carr-p: représente un atout soit toutes les forces et ressources présentes dans l'environnement en cas de partage.

Carr-s: représente un atout soit toutes les forces et ressources présentes dans l'environnement en cas de secret.

Cmt-p: comment le partage a eu lieu.

Cmt-s: comment garder le secret.

cmt-tem-s-maint-avnir: comment témoigner son soutien aux autres participantes à l'avenir.

Coeur-p : représente un atout soit toutes les forces et ressources interpersonnelles spécifiques à la relation de la participante avec cette personne, qui pourront l'aider à surmonter ces obstacles en cas de partage.

Coeur-s : comment témoigner son soutien aux autres participantes dans l'avenir.

Coeur-p : représente un atout soit toutes les forces et ressources interpersonnelles spécifiques à la relation de la participante avec cette personne, qui pourront l'aider à surmonter ces obstacles en cas de secret.

Gr caillou : représente le degré maximal du poids du secret.

Inconv-p : les inconvénients du partage.

Inconvt-S: les inconvénients du secret.

Mess-Com: le message adressé à la communauté.

Moy-caillou: le degré moyen du secret.

N-Prie : confection d'une œuvre collective par les participantes.

Obstacles-p : les obstacles du partage.

Obj-symb : objets symboliques.

Obstacles-s : les obstacles du secret.

Petit caillou : le degré minimal du poids du secret

Pic-p : ensemble des difficultés ou obstacles anticipés à partager avec la personne ciblée.

Pic-s : ensemble des difficultés ou obstacles anticipés à garder le secret auprès de la personne ciblée.

Pourq-P : pourquoi partager le secret.

Pourq-gard-S : pourquoi garder le secret.

Qu-Reten-PP : que reprenez-vous de votre participation au programme.

Quel-mess-soeursVVIH : quels messages laissés aux sœurs vivant avec le VIH.

Recit de vie : ou vécu historique des participantes.

Rouge : les personnes avec lesquelles le désir de garder le secret est souhaité.

Stratégies-p : les stratégies pour partager le secret.

Stratégies-s: les stratégies pour garder le secret.

Stratégies si-dévoilmnt : les stratégies si le secret est dévoilé.

Trèfle p : un atout ou toutes les forces et ressources personnelles de la participante, qui pourront l'aider à surmonter les obstacles.

Trèfle-s : un atout ou toutes les forces et ressources personnelles de la participante, qui pourront l'aider à garder le secret.

Vert : ou partages réussis.

Les outils utilisés

Cailloux : qui ont permis aux participantes de faire la pondération du poids du secret.

Cercle de l'interdépendance : qui montre aux participantes la confidentialité et l'obligation de participer à toutes les rencontres durant le programme.

Cercle concentrique : qui permet l'identification des différentes personnes ciblées.

Panier de la ménagère : qui permet aux participantes de garder les différents outils utilisés durant le programme.

Jeu de carte : qui permet l'identification des atouts et des obstacles de chaque contexte.

Les bâtonnets : qui permettent d'identifier les avantages et les inconvénients de chaque contexte.

9-3-FICHE SIGNALETIQUE

NOM : DEMBELE

PRENOM : SIRA

ADRESSE MAIL :

dembelesira48@yahoo.fr

TITRE : étude qualitative de la prise de décision des femmes vivant avec le VIH au sujet du dévoilement et du non-dévoilement de leur séropositivité.

ANNEE DE SOUTENANCE :

2013

VILLE DE SOUTENANCE :

Bamako

PAYS D'ORIGINE :

Mali

SECTEUR D'INTERET :

publique

Anthropologie médicale/ santé

LIEU DE DEPOT :

Bibliothèque de la FMPOS

RESUME

Il s'agit d'une étude qualitative portant sur la prise de décision des FVVIH au Cs réf CIV du district de Bamako de juin à novembre 2011.

Il s'agissait de 16 femmes séropositives au VIH sous ARV et toutes asymptomatiques sur le plan clinique.

Les raisons qui poussaient les femmes à dévoiler sont le besoin de soutien moral et d'aide et pour vivre tranquillement la maladie pour une bonne observance des traitements, et une bonne prise en charge normale.

Les raisons qui les poussaient à avoir des réticences à ne pas dévoiler leur situation sont la peur du rejet, de la stigmatisation et de la discrimination liées à leur maladie.

Au et à mesure que les rencontres avançaient la confiance s'établissait. Avec l'expérience partager en groupe, elles ont su comment les autres vivent, elles ont acquis des stratégies comment gérer le

secret, comment étouffer les questionnements sur les comportements bizarres (prise fréquente de médicaments, visites médicales fréquentes), comment faire partage réussi, et comment faire face aux réactions négatives en cas de partage difficile.

En bref elles ont appris à être sereines et à atténuer la souffrance et la solitude dans lesquels elles se trouvaient et elles ont retrouvé leur liberté.

Donc ça été une expérience qui libère. **Mot clés** : dévoilement, FVVIH, VIH, partage, secret, Bamako.

Summary

It's a qualitative study about decision making of FVVIH at Serf CI of Bamako from June to November 2011. They were 16 HIV positive women under ARV and are clinically asymptomatic. The reasons that urged them to reveal their status are: the need of moral support, assistance, to live the disease peacefully, a good observance of treatments, and a good normal support. The reasons that led them to be reluctant to disclose their situation are: the fear to be rejected, the stigmatization and the discrimination related to their disease. As the meeting progressed confidence was established group shared experience made them know how other participants live. They have gained strategies how to manage secret, how to stiff the questioning on strange behavior (taking medicine regularly, frequent medical examinations) how to make a successful share, how to deal with negative reaction in case of hard share.

In short they have learnt to be able to diminish pain and loneliness in which.

They were and have found liberty again. So it has been an experience that liberates.

Key words: discrimination, stigmatization, FVVIH, HIV, share, secret

Etude qualitative de la prise de décision des femmes vivant avec le VIH au sujet du dévoilement ou non de leur séropositivité à l'USAC de la commune VI dans le district de Bamako