



FACULTÉ DE MÉDECINE ET D'ODONTOSTOMATOLOGIE

Année universitaire 2012-2013

Thèse N° ____/M

TITRE

**LES ASPECTS SOCIO-ÉTHIQUES RELIÉS AU
VIH ET AU SIDA À DJIBOUTI-VILLE**

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le 05/06/2013

Devant la faculté de médecine et d'odontostomatologie

Par

Mr Hassan ALI ELMI

Pour obtenir le grade de Docteur en médecine (Diplôme d'État)

JURY

Président du Jury : Pr Soukalo DAO

Co-directeurs : Dr Bouh ABDI KHAIREH

Mme THERA Awa KEÏTA

Membres du jury : Dr Drissa GOÏTA

Directeur de thèse : Pr Samba DIOP

DÉDICACES

À MON CHER PÈRE, ALI ELMI

Père, ce travail est le tien. Tu as cru en moi, tu as su m'inculquer le sens de la responsabilité, de l'optimisme et de la confiance face aux difficultés de la vie. Tes conseils ont toujours guidés mes pas vers la réussite. Ta patience sans fin, ta compréhension et ton encouragement sont pour moi le soutien indispensable que tu as toujours su m'apporter.

Je te dois ce que je suis aujourd'hui, ce que je serai demain et je ferai toujours de mon mieux pour rester ta fierté sans jamais te décevoir.

En ce jour mémorable, pour moi ainsi que pour toi, reçoit ce travail en signe de ma vive reconnaissance et de ma profonde estime.

Qu'ALLAH LE TOUT PUISSANT, t'accorde santé, bonheur, quiétude de l'esprit et te protège de tout mal. Je t'aime énormément PÈRE !

À MA TENDRE MÈRE, HABIBA HASSAN

Autant de phrases aussi expressives soient-elles ne sauraient montrer le degré d'amour et de respect que j'éprouve pour toi.

Tu m'as comblé avec ta tendresse et ton affection depuis tout petit.

Tu n'as cessé de me soutenir et de m'encourager durant toutes les années d'études, tu as toujours été présente à mes côtés pour me donner le courage quand il le fallait.

Puisse ALLAH LE TOUT PUISSANT te donner la santé, le bonheur et longue vie afin que je puisse te combler à mon tour. Je t'aime énormément MÈRE !

À tous mes frères et sœurs :

Amina, Hawa, Houssein « Général », Samatar «Sam Pi », Amin, Elmi « Oscar », Ayanleh « le terrible » et Nasradine dit « Rash ».

Aussi différents que vous soyez, vous êtes de loin le meilleur cadeau que les parents m'aient donné. Je mesure le profond respect et l'amour que vous me portez tous, je vous aime !

À ma tante, Hawa Omar : Ton amour ne m'a jamais fait défaut. Tu m'as toujours soutenu et guidé sur le droit chemin. Merci pour l'amour et les douces affections. Trouve en ce travail, l'expression de ma profonde gratitude.

À ma cousine Fatouma Youssouf, merci pour ton soutien inconditionnel.

À mon oncle Omar Elmi et à toute sa famille, merci.

À Feu mon défunt oncle Abdillahi Elmi et à toute sa famille, merci.

À mon oncle Mohamed Hassan et à toute sa famille, merci.

À Feu mes défunts oncles Youssouf et Abdi, ainsi qu'à leurs familles, merci.

À la mémoire de mes grands-parents :

Je vous dédis aujourd'hui ma réussite, que DIEU Le Tout Miséricordieux, vous accueille dans son éternel paradis.

À toutes les victimes du VIH.

REMERCIEMENTS

Djibouti.

Pays de mes ancêtres, ma chère patrie que je t'aime tant. J'espère être digne de toi.

Au Mali.

Ô cher Mali, ma patrie d'adoption. Terre d'accueil et d'hospitalité. Grâce à toi et à ton formidable peuple, j'ai appris la plus belle leçon de vie. Mon séjour ici restera à jamais gravé en moi.

À ma famille agrandie

Je ne citerai point de nom au risque d'en oublier certains, votre soutien et vos bénédictions ont portés leurs fruits. Soyez rassurés de mon amour profond.

À tous mes maîtres de la FMOS.

Pour la qualité l'enseignement que vous nous prodiguez et surtout pour l'humilité dont vous faites preuve au quotidien, merci.

À tous mes aînés de Bamako

Je vous remercie pour vos conseils et pour votre soutien indéfectible.

À tous mes frères et sœurs de ma communauté

Je vous souhaite beaucoup de courage.

À toute la famille Moussa Ouologuem, ma vraie famille au Mali. Vous m'avez accueilli comme votre propre fils, j'ai trouvé chez vous les conditions idéales pour étudier en toute quiétude. Je vous suis éternellement reconnaissant pour tout. MERCI.

À tous mes amis et frères au Mali: Ayoub, Hassan « Voltaire », Abdillahi « Jim Jones », Mohamed, Sid Ahmed « Ka Za », Eli Cheikh « Ghilla », Koné, David « Moscovic », Badra, Moussa, Makan.

Mes « vrais amis » et mon capital social du Mali. Je vous souhaite le meilleur dans vos vies. On se reverra un jour, sûrement !

À ma bande du lycée : Abdelkader « Baky », Mohamed « FNP », Abdelkader «Bigard» et Gilles. Vous êtes la preuve que l'amitié est la plus solide des relations et je suis fier de vous compter parmi ce cercle très fermé. Merci.

À mes chères voisines : Fadima, Anta, Malado, Fatim et Tiguem merci pour les liens aussi forts.

À Mahamadou Fofana et sa femme, à Assetou, Kia et Fatimatou merci pour tout.

À Habibatou et sa fille Bintou

Merci pour tout ce que vous avez fait pour moi.

Aux communautés sœurs, l'AEESCM, AEESBM, AEESMM, AEEIM, ET AEESNM.

Exercice difficile que de faire des remerciements sans oublier certaines personnes. Je remercie tous ceux qui m'ont soutenu durant ces années.

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

À notre Maître et Président du Jury.

Professeur Soukalo Dao

- ❖ Professeur titulaire des maladies infectieuses et tropicales,
- ❖ Chef du Service de Maladies Infectieuses et Tropicales au CHU du Point G,
- ❖ Responsable de l'enseignement des Maladies Infectieuses et tropicales à la FMOS,
- ❖ Chercheur au niveau du Centre de Recherche et de Formation sur le VIH et la tuberculose SEREFO/TB FMOS/ NIAID-USTTB,
- ❖ Membre de la Société Africaine de Pathologie Infectieuses (SAPI)
- ❖ Membre de la Société de Pathologie Infectieuses de la Langue Française (SPILF)
- ❖ Président fondateur de la Société Malienne de Pathologies Infectieuses et Tropicales (SOMAPIT)
- ❖ Coordinateur du DES de maladies Infectieuses et Tropicales.

Honorable maître,

Merci pour le bon accueil que nous avons toujours eu auprès de vous.

Nous sommes honorés de compter parmi vos élèves. Hommages respectueux

À notre cher maître et co-directeur, Dr Bouh ABDI KHAIREH

- ❖ Docteur en Médecine (Bamako)
- ❖ Docteur en Microbiologie (Marseille - la Timone)
- ❖ DEA Maladies Transmissibles et Pathologies Tropicales (Marseille - la Timone)
- ❖ Maître de conférences responsable de l'enseignement de Microbiologie à l'Ecole de Médecine de Djibouti (Djibouti)
- ❖ Médecin Chef du service de Recherche Clinique en Maladies Infectieuses et Emergentes au sein du Service de Santé des Armées (Djibouti)

Cher maître,

Vous avez de bon cœur accepté de participer à l'amélioration de ce travail loin d'être parfait.

Nous ne saurions trouver les mots exacts pour vous exprimer toute notre gratitude et nos sincères remerciements. Hommage respectueux.

À notre Maître et codirectrice de thèse, Mme THERA Awa KEITA

- ❖ Juriste éthicienne
- ❖ Master en éthique de la recherche à l'université de Pretoria et à l'université du Kwazulu-Natal (Afrique du Sud)
- ❖ Auxiliaire d'enseignement et de recherche en éthique et en responsabilité médicale au sein de l'unité d'enseignement et de recherche en Ecologie humaine, anthropologie et éthique/bioéthique du DER de santé publique spécialité, à la FMOS.

Chère maître,

Nous avons été très honorés que vous acceptiez de codiriger cette thèse. Vous avez été une source de savoir tout au long de ce travail. Veuillez trouver ici, l'expression de nos plus vifs remerciements.

À notre cher maître et juge, Dr Drissa GOITA,

- ❖ Assistant de recherche au Centre de Recherche et de Formation sur le VIH et la tuberculose, SEREFO/FMOS-NIAID-USTTB,
- ❖ D.E.S. des Maladies Infectieuses et tropicales.

Cher maître,

Nous avons été impressionnés par votre humanisme, votre rigueur scientifique, votre loyauté et votre souci à bien former.

Recevez ici cher maître, l'expression de nos sincères remerciements.

À notre Maître et directeur de thèse, Professeur Samba DIOP

- ❖ Maître de conférences en anthropologie médicale
- ❖ Enseignant chercheur en écologie humaine, anthropologie et éthique en santé du DER de santé publique de la Faculté de médecine et d'odontostomatologie
- ❖ Responsable de l'unité de recherche formative en sciences humaines, sociale et éthique de SEREFO/VIH/SIDA/FMOS

Cher maître,

Vous nous avez fait l'honneur de guider nos pas pour ce thème de recherche. Dès notre première entrevue, vos propos ont été encourageants, stimulants, et il nous appartenait de ne pas vous décevoir. Votre dévouement est hors du commun, il n'a d'égal que votre humilité et nous sommes fiers d'avoir pu avancer dans votre sillage.

SIGLES ET ABRÉVIATIONS

3TC : lamivudine

Av J-C : avant Jésus-Christ

ABC : abacavir

ADN : acide désoxyribonucléique

AMM : association médicale mondiale

ARN : acide ribonucléique

APS : accompagnateur psycho-social

ARV : antirétrovirale

AT : accompagnateur thérapeutique

AZT : zidovudine

CHU : centre hospitalo-universitaire

CIOMS : conseil des organisations internationales des sciences médicales

CDC : center of disease control

CD4 : cluster de différenciation 4

CV : charge virale

CP : comprimé

D4T : stavudine

DDI: didanosine

Dr : docteur

EFV : efavirenz

EPS/sem. : Entretiens psychosociologiques par semaine

ES : effets secondaires

FMOS : faculté de médecine et d'odonto-stomatologie

GEL : gélule

IO : infections opportunistes

IST : infection sexuellement transmissible

INTI : inhibiteurs nucléotidiques de la transcriptase inverse

INNTI : inhibiteurs non nucléotidiques de la transcriptase inverse

IP : inhibiteurs de protéase

IMAARV : initiative malienne d'accès aux antirétroviraux

LPV/r : lopinavir/ritonavir

MST : maladies sexuellement transmissibles

NVP : névirapine

NFS : numération formule sanguine

OMS : organisation mondiale de la santé

ONG : organisation non gouvernementale

PEC : prise en charge

PLS : programme de lutte contre le sida

PMA : procréation médicalement assistée

Pr : professeur

PTME : prévention de la transmission mère-enfant

PVVIH : Personne vivant avec le virus de l'immunodéficience humaine

RDV : rendez-vous

SIDA : syndrome de l'immunodéficience acquise

SMIT : service des maladies infectieuses et tropicales

SNC : système nerveux central

SQV : saquinavir

TB : tuberculose

TARV : traitement antirétroviral

UAIC : unité d'appui aux interventions communautaires

VIH : virus de l'immunodéficience humaine

Table des matières

1. Introduction.....	18
2. Énoncé du problème	19
3. Cadre théorique.....	19
3.1 Description de la recherche	19
3.1.1 Le VIH et le sida	19
3.1.2 L'éthique.....	46
3.2 Hypothèses.....	59
3.3 Objectifs.....	60
3.3.1 Objectif général	60
3.3.2 Objectifs spécifiques.....	60
3.4 Justification.....	61
4. Démarche méthodologique	62
4.1 Type et période d'étude	62
4.2 Lieu d'étude.....	62
4.2.1 Cadre de l'étude	62
4.2.2 Présentation sommaire de la république de Djibouti	62
4.2.3 Le climat de Djibouti.....	64
4.2.4 L'administration de Djibouti.....	65
4.2.5 Organisation de la Politique à Djibouti.....	65
4.2.6 La situation économique de Djibouti	65
4.2.7 Culture et religion.....	66
4.2.8 Le système sanitaire de Djibouti	66
4.3 Population d'étude de l'échantillon	68
4.3.1 Critères d'inclusion	68
4.3.2 Critères de non-inclusion	68
5. Produits attendus	69
5.1 Analyse des données	69
5.2 Considérations éthiques.....	69
5.3 Diagramme de GANTT	70
6. Résultats	71
6.1 Données sur les agents.....	71
6.2 Données sur les PVVIH	81

7. Commentaires et discussion	90
7.1 Limites et difficultés rencontrées.....	90
7.2 Données sur les agents.....	90
7.3 Données sur les malades.....	93
8. Conclusion	96
9. Propositions.....	97
9.1 Aux autorités sanitaires.....	97
9.2 Aux agents de santé	97
9.3 Aux patients.....	97
9.4 À la population	97
10. Références.....	98
11. Annexes	100
11.1 FICHE D'ENQUÊTE.....	100
11.2 FICHE SIGNALÉTIQUE.....	101
11.3 RÉSUMÉ.....	101
11.3.1 Résumé en français	101
11.3.2 English summary	102
11.4 SERMENT D'HIPPOCRATE	103

Liste des tableaux

Tableau I : Protocole ARV des adultes adoptés en décembre 2008 à Djibouti.....	30
Tableau II : Répartition des agents en fonction des centres de suivi de VIH.	56
Tableau III : Répartition des agents en fonction du sexe	57
Tableau IV : Répartition des agents selon leurs fonctions.	57
Tableau V : Répartition des catégories professionnelles en fonction du sexe.....	58
Tableau VI : Répartition des agents en fonction des EPS.....	58
Tableau VII : Répartition des agents selon la considération de la vulnérabilité de leurs malades.....	59
Tableau VIII : Représentation des catégories professionnelles en fonction du respect de l’anonymat et des malades.....	59
Tableau IX : Répartition des agents selon le respect du consentement des malades.....	60
Tableau X : Répartition des agents en fonction des principes d’éthique.....	61
Tableau XI : Répartition des agents selon leurs fonctions et leurs visions de la PEC.....	61
Tableau XII : Répartition des agents selon leur formation d’éthique médicale.....	62
Tableau XIII : Répartition des agents selon leurs visions du suivi des malades	63
Tableau XIV : Répartition des malades selon les centres de suivi de VIH.	64
Tableau XV : Répartition des malades en fonction de la régularité et de la bonne observance des ARV.....	65
Tableau XVI : Répartition malades en fonction des stades.....	65
Tableau XVII : Répartition des malades en fonction des catégories.	66
Tableau XVIII : Représentation des malades en fonction des EPS	66
Tableau XIX : Représentation des malades perdus en fonction des EPS	67
Tableau XX : Représentation des malades réguliers en fonction des EPS	68

Liste des figures

Figure 1 : Séroprévalence du VIH-1 dans la corne de l’Afrique.....	8
Figure 2 : Cas de VIH/sida notifiés à Djibouti entre 2000 et 2006	9
Figure 3 : Schéma général de la mise sous ARV à Djibouti.....	25
Figure 4 : Circuit général de mise en route du TARV à Djibouti.....	26
Figure 5 : Chronologie des entretiens de préparation au TARV.....	28
Figure 6 : Localisation de Djibouti sur la carte de l’Afrique	47
Figure 7 : Carte de la République de Djibouti	48
Figure 8 : Drapeau de la république de Djibouti	48
Figure 9 : Armoiries nationales de Djibouti.....	48
Figure 10 : Image de la vue aérienne de Djibouti-ville.....	52
Figure 11 : Photo d’une des principales mosquées de Djibouti-ville	52
Figure 12 : Graphique représentant l’évolution des malades perdus en fonction des catégories d’EPS.....	67
Figure 13 : Graphique représentant l’évolution des malades suivis en fonction des différentes catégories d’EPS	68
Figure 14 : Histogramme représentant la régularité en fonction des EPS.....	69
Figure 15 : Histogramme représentant les malades en fonction des stades.....	70
Figure 16 : Organigramme répartissant les malades en fonction du suivi.....	71
Figure 17 : Histogramme représentant la régularité des malades en fonction des stades	7Erreur ! Signet non défini.

« Nous ne sommes nous-mêmes qu'aux yeux des autres, et c'est à partir du regard des autres que nous nous assumons comme nous-mêmes. L'enfer, c'est le regard des autres. » **Jean-Paul SARTRE**

1. Introduction

Depuis l'identification du virus de l'immunodéficience humaine (VIH), le sida a fait plus de 30 millions de victimes et continue ses ravages au rythme de 3 millions de nouvelles contaminations par an. On assiste à un développement de la pandémie de l'infection à VIH qui s'affirme de plus en plus comme une catastrophe mondiale d'ampleur historique. Selon le dernier rapport de l'Organisation des Nations Unies de lutte contre le Syndrome de l'Immunodéficience Acquis (ONUSIDA), on estime à plus de 34 millions le nombre de personnes infectées par le VIH dans le monde. Pour l'année 2009, le nombre de nouveaux cas d'infection à VIH dans le monde était de 2,6 millions avec 1,8 millions de décès. Aucun continent n'est épargné, mais l'Afrique est intéressée au premier chef par la pandémie. Ce continent qui n'abrite que 9 % de la population mondiale concentre près de 68 % des PVVIH. Ainsi en 2009, 1,3 million de personnes sont décédées du sida en Afrique, faisant du VIH/sida la première cause de décès en Afrique subsaharienne. ^[1]

À Djibouti, les études de séroprévalence ont montré un taux de 2,5 %. Ainsi selon un rapport de l'ONUSIDA de 2009, le nombre de personnes vivants avec le VIH à Djibouti était estimé à environ 14 000 dont 1 148 personnes sous traitement antirétroviral. La prise en charge globale des PVVIH à Djibouti a été mise en place depuis 2004 avec l'appui de la Banque Mondiale et de la Coopération française au début, puis du Global Fonds. ^[2] Elle a été conçue pour être accessible à tous les PVVIH résidant à Djibouti quel que soit leur nationalité ou leur statut socio-économique. Ce travail s'inscrit dans le cadre d'une évaluation des connaissances des agents de santé en matière d'éthique médicale dans la PEC des patients atteints du VIH/sida.

2. Énoncé du problème

La plupart des études qui ont été réalisées sur le VIH/sida à Djibouti sont en majorité orientées sur l'épidémiologie, la clinique ou à la résistance des souches virales au traitement. Ces études ne tenaient guère compte de l'éthique, des rapports qui existent entre le soignant-soigné ; les moments de premiers contacts au cours desquels le malade vulnérable et affecté émotionnellement, doit être bien renseigné, écouté et surtout respecté en tant qu'être humain.

C'est pour cette raison qu'il nous semblait nécessaire d'investiguer dans ce sens et :

- de vérifier l'inclusion de mesures d'éthique dans la PEC des PVVIH à Djibouti ;
- si oui, à quel degré de conformité par rapport aux normes standards sont-elles appliquées ?
- et enfin, quel impact auraient-elles sur le suivi, l'observance du traitement et sur la qualité de vie des PVVIH ?

3. Cadre théorique

3.1 Description de la recherche

3.1.1 Le VIH et le sida

3.1.1.1 Définition et épidémiologie

Le syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA), est l'ensemble des manifestations cliniques, immunologiques, virologiques et psychosociales causées par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH), identifié en 1981 chez des homosexuels américains.^[1] La détermination du génome viral a permis de distinguer deux virus apparentés mais génétiquement distincts : le VIH-1 isolé pour la première fois, par BARRE-SINOUSSE et Coll. à l'Institut Pasteur en 1983 et par la suite aux Etats-Unis en 1984, responsable de la pandémie mondiale actuelle. Le VIH-2, identifié en 1985, puis isolé en 1986, est resté

endémique en Afrique de l'Ouest. Pandémie la plus meurtrière du XXI^{ème} siècle, et première cause de décès en Afrique subsaharienne, l'infection à VIH reste encore une préoccupation énorme pour tous les pays. L'Afrique reste de loin le continent le plus touché avec plus de 68 % du total mondial des PVVIH. ^[1] L'épidémiologie est marquée par l'ampleur de l'infection par le VIH. Les caractéristiques de l'infection varient selon les régions du monde d'une part, et dans les régions, selon les pays d'autre part.

Dans le monde ^[1], les estimations publiées en 2010 font état de plus de 34 millions, le nombre de personnes vivants avec le VIH dans le monde. On estimait à 2,6 millions le nombre de nouveaux cas d'infection et à 1,8 millions le nombre de décès imputables au sida. Ce qui porte le nombre de décès dus au VIH à plus de 30 millions depuis l'identification des premiers cas en 1981. L'Afrique, particulièrement sub-saharienne reste incontestablement, la zone la plus touchée, abritant 9 % de la population mondiale ; elle compte presque 68 % de toutes les personnes vivants avec le VIH soit 22,5 millions de personnes. Deux millions d'entre elles sont des enfants âgés de moins de 15 ans. Aucun pays n'est épargné, même si de fortes disparités géographiques sont notées.

- ✓ 2 % dans l'ouest africain avec 1,1 % au Mali ^[16] (en 2011),
- ✓ 10 % dans le centre avec 4,6 % en Centrafrique,
- ✓ 20 % et plus au sud du continent avec un pic de 26 % au Swaziland,
- ✓ Afrique de l'Est 6,5-7 % en Ouganda et de 6,2 % au Kenya.

En général, la prévalence parmi la tranche de la population adulte est de 5 % soit 1,8 millions le nombre de personnes récemment infectées et 1,3 millions le nombre de décès imputables au VIH/sida.

À Djibouti ^[7], l'étude de séroprévalence nationale conduite en mars 2002, auprès des adultes de 15 à 54 ans, a montré une prévalence de 2,9 % (IC95 % :

1,1 - 4,7 %) en moyenne pondérée dans l'ensemble du pays. Le nombre de patients vivants avec le VIH/sida (PVVIH) était estimé à 9 000 dont 180 patients étaient en attente de traitement. Le district de Djibouti-ville avait enregistré une prévalence de 3,4 % (IC95 % 1,1 % - 5,6 %) soit près de 8 300 personnes. Elle était la plus élevée dans le pays. Nous avons remarqué que chez les hommes, la tranche d'âge de 25-34 ans avait la plus haute séroprévalence (5,5 %) alors que chez les femmes la séroprévalence était de 3,3 % dans cette même tranche d'âge. Dans le reste du pays, elle était estimée à 1,1 % (IC95 % 0,3 % - 1,8 %) soit 700 PVVIH. Les tranches d'âge les plus touchées étaient celles de 30 à 34 ans avec une prévalence à 2 % et celle de 45 à 49 ans à 2,1 %. Chez les femmes, ce taux était estimé à 1,5 % dans les autres districts.

3.1.1.2 Analyse contextuelle du VIH/sida en République de Djibouti

3.1.1.2.1 Facteurs sociodémographiques

3.1.1.2.1.1 Le sexe

L'enquête de prévalence ^[9] de 2002 avait montré que le risque de séropositivité au VIH à Djibouti était légèrement supérieur chez les femmes (OR=1,66 IC95 % [0,67 - 4,07] comparée aux hommes (OR=1), même s'il n'y avait pas de différence significative entre les deux sexes (p=0,27). Le rôle et la place faits à la femme dans la société Djiboutienne, sa faible capacité de négociation au sein du couple et les mutilations génitales féminines auxquelles elle est soumise dès le jeune âge la rendent extrêmement vulnérable face au VIH/sida.

3.1.1.2.1.2 L'âge

Les adultes de 20-34 ans ont un risque d'être infecté par le VIH significativement plus important que les jeunes de moins de 20 ans ou les adultes de plus de 34 ans. Ce risque peut être multiplié par OR= 4,39 IC 95 % [1,45-13,29] pour les 30-34 ans (p=0,01). ^[9]

3.1.1.2.2 Facteurs environnementaux

3.1.1.2.2.1 Détérioration des conditions socio-économiques

Plus de 24 % de la population Djiboutienne est sous-alimentée.^[9] La pauvreté est généralisée. Elle touche toutes les zones géographiques et toutes les catégories sociales. Les personnes démunies peuvent adopter des comportements à risque pour répondre aux besoins de subsistance.

3.1.1.2.2.2 Migration des populations

La dynamique migration et sida et les problèmes liés aux mouvements de population devraient être particulièrement pris en considération pour agir efficacement sur l'épidémie du VIH/sida à Djibouti. La position géographique et la stabilité politique favorisent les flux migratoires. Des mouvements de population sont très fréquents à la frontière avec l'Éthiopie ou la Somalie, particulièrement avec les régions ayant des prévalences VIH élevée (figure ci-dessous). On estime le nombre de nomades à environ 150 000 (soit 25 % de la population). Le nombre de migrants économiques transitant par Djibouti est estimé à 70 000/an, et les camionneurs travaillant le long du corridor Éthiopie-Djibouti à 30 000/j.

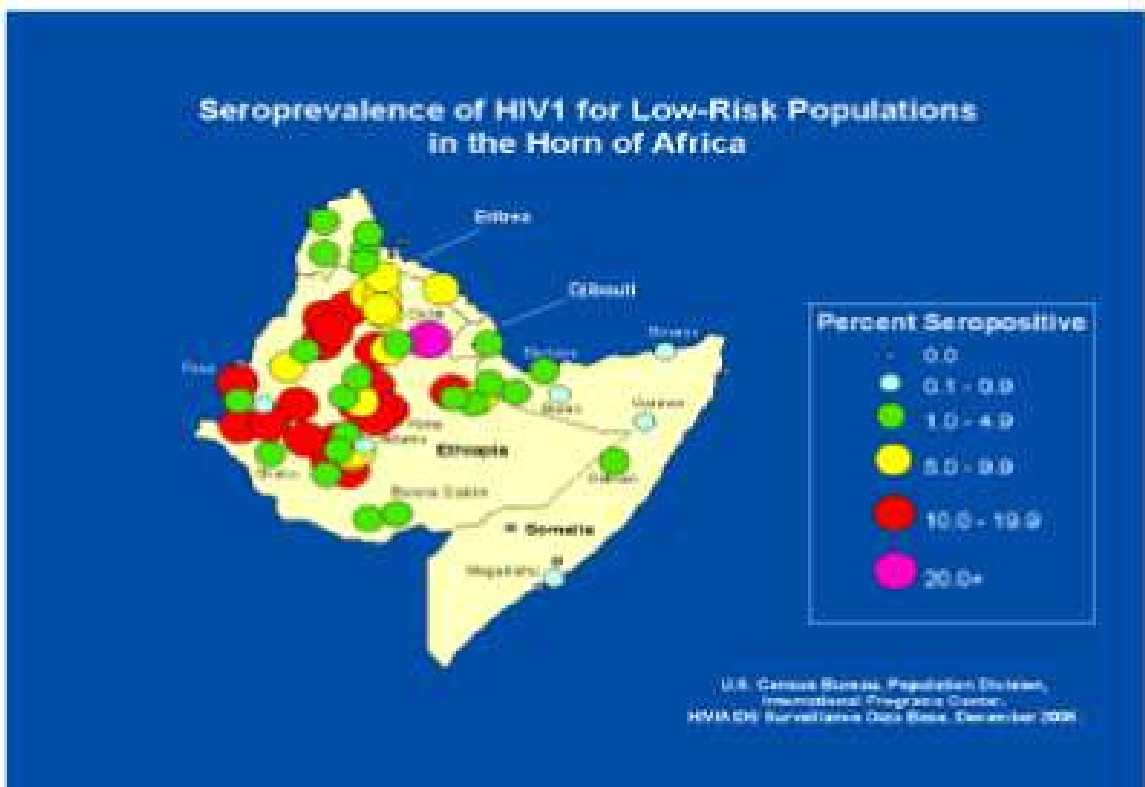


Figure 1 : Séroprévalence du VIH-1 dans la corne de l'Afrique.

L'émigration se présente souvent comme une nécessité vitale, en raison du contexte socioéconomique, des situations de conflits qui prévalent dans la région, ou des conditions climatiques difficiles pendant la saison chaude.

3.1.1.2.2.3 L'analphabétisme

Le taux élevé d'analphabétisme contribue à l'inaccessibilité et à la faible appropriation de l'information sur le VIH/sida : seuls 47,5 % de l'ensemble des femmes âgées de 15 à 24 ans sont alphabétisées à Djibouti. Le milieu de résidence a une forte incidence sur le niveau ce taux. En effet, seulement 14,2 % des femmes âgées de 15 à 24 ans vivant en milieu rural sont alphabétisées, alors qu'elles sont 48,4 % en milieu urbain.

3.1.1.2.2.4 Le poids des traditions et des croyances

Le contexte culturel, les traditions et les croyances religieuses engendrent des difficultés à aborder explicitement la sexualité ou l'utilisation du préservatif. L'enquête CAP 2007 révèle qu'environ 50 % des personnes interrogées pensent

que l'utilisation des préservatifs favorise le vagabondage sexuel des jeunes. Cette proportion est significativement plus élevée dans le district de Djibouti que dans les autres districts ($P < 0,001$).

3.1.1.2.2.5 Fréquence élevée d'infections sexuellement transmissibles

Les IST représentent un véritable problème de santé publique. Le potentiel qu'ont ces maladies à favoriser la diffusion de l'infection à VIH est bien connu. De nombreux efforts ont été entrepris dans la prise en charge syndromique des IST, on note cependant une sous déclaration des cas. Il n'existe pas encore de système de surveillance épidémiologique à même de quantifier avec précision l'ampleur du problème. Le ministère de la santé estime cependant le nombre annuel de cas d'IST entre 20 000 et 25 000. Seuls quelques 5 000 cas ont été notifiés par les formations sanitaires en 2006. Et parmi les IST, la fréquence du VIH/sida était estimée à 9,7 %.

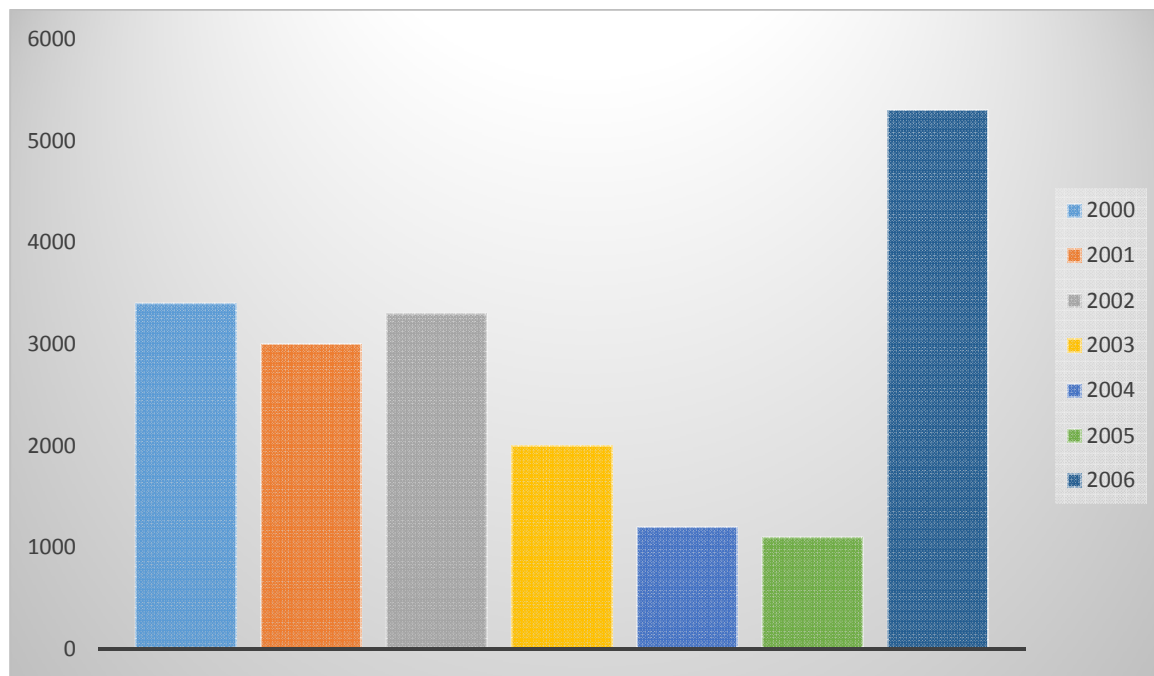


Figure 2 : cas de VIH/sida notifiés à Djibouti entre 2000 et 2006.

3.1.1.2.3 Facteurs comportementaux

3.1.1.2.3.1 Le travail sexuel

On estime à un millier le nombre de professionnelles du sexe qui pratiquent divers types de prostitution à Djibouti. Le taux de séropositivité parmi les travailleuses du sexe qui se sont présentées ces 3 dernières années au dépistage volontaire du VIH au Centre Yonis Toussaint^[8], principale structure de dépistage du pays a montré une prévalence très élevée de 42,5 %. La pratique du travail sexuel est sous-tendue par la précarité de certaines populations en particulier migrantes, l'appauvrissement des couches moyennes etc. Son caractère illégal et les nombreux préjugés n'ont pas permis aux programmes de prévention d'atteindre efficacement ce groupe vulnérable prioritaire au cours des 5 dernières années.

3.1.1.2.3.2 Le partenariat sexuel multiple et la faiblesse de l'utilisation du préservatif

Toutes les enquêtes de comportement menées ces dernières années^[9] montrent que la majorité des adultes de 15 à 49 ans (50,4 %) déclarent avoir eu des rapports sexuels avec un partenaire autre que le partenaire habituel au cours des 12 derniers mois. Ces enquêtes indiquent aussi que le préservatif demeure peu utilisé aussi bien dans la ville de Djibouti que dans les districts. Parmi les personnes ayant eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois, seules 27 % ont utilisé un préservatif lors du dernier rapport selon l'enquête CAP de 2007. Cette proportion était de 30 % à Djibouti-ville contre 25 % dans le reste du pays. On note une différence significative dans l'utilisation du préservatif selon le sexe, l'âge et le niveau d'instruction: l'utilisation chez les hommes (36,5 %) était plus élevée que chez les femmes (13 %), $p < 0,001$. Les jeunes de 15-24 ans ont déclaré utiliser plus souvent le préservatif que les personnes de plus de 25 ans. L'utilisation du préservatif chez les scolarisés (quel que soit le niveau) était significativement plus importante que chez les non scolarisés ($P < 0,001$).

3.1.1.2.3.3 Consommation du Khat

Une étude sociale de 2007 montre que la consommation du Khat reste importante dans le pays. On note en effet que 25,3 % de la population sédentaire sont des consommateurs du Khat. Parmi eux 21,1 % le consomment quotidiennement. Le sexe est un déterminant de la consommation du khat puisque 43,5 % des hommes sont des consommateurs du khat contre seulement 3,1 % des femmes. Les feuilles de Khat contiennent une substance psychotrope. Mâchées longuement, elles procurent un effet stimulant et euphorisant qui pourrait altérer la conscience du consommateur et donc il y a notion de risque de contamination sexuelle. D'ultérieures études cherchant la corrélation entre consommation de Khat et l'utilisation du préservatif lors de rapports sexuels occasionnels seraient sûrement intéressantes.

3.1.1.2.3.4 Précocité des rapports sexuels

L'âge moyen du premier rapport sexuel est passé de 16,5 à 18,29 ans dans la population générale entre 2002 et 2006 (18,72 dans le district de Djibouti et 17,89 dans les autres districts). L'accès à la sexualité reste précoce chez les jeunes (extrême : 14,9 ans).

3.1.1.2.3.5 Peur de la stigmatisation et faible visibilité de l'épidémie

Il n'y a pas encore une visibilité importante de l'épidémie. Malgré la présence de 3 associations de PVVIH, l'absence de parole publique de personnes séropositives est manifeste. Les enquêtes de comportement montrent pourtant une amélioration dans la tolérance et l'acceptation des PVVIH. Cependant on note encore une peur de la stigmatisation et de la discrimination.

3.1.1.2.3.6 Dépistage tardif du VIH

Près de 80 % des patients dépistés lors du CDV arrivent déjà à un stade avancé de l'épidémie selon la classification de l'OMS. Les personnes vivent donc longtemps sans connaître leur statut sérologique, continuant ainsi à avoir des rapports sexuels non protégés, ce qui contribue à entretenir l'épidémie.

3.1.1.3 Les représentations socio-culturelles du VIH/sida

Nous nous attelons ici à présenter la vision sociale de la population sur le sida, sur les représentations des personnes vivant avec le VIH/sida et enfin sur les moyens de protection utilisés pour éviter un risque de contamination. ^[21]

3.1.1.3.1 Comment la population non infectée définit-elle le problème du sida ?

Nous abordons pour commencer l'étiologie populaire. Puis, nous évoquons la nosographie populaire du VIH/sida afin de saisir les différentes facettes accordées à cette maladie.

3.1.1.3.1.1 Un système étiologique

Tout d'abord, nous proposons de cerner au mieux l'origine et les causes identifiées du VIH/sida.

3.1.1.3.1.1.1 Des origines du VIH/sida

À cet égard, deux explications majeures ressortent des propos de la population. La première origine est attribuée à Dieu ; la maladie serait un châtement divin affligé aux infidèles et aux non croyants. La deuxième origine est attribuée à l'occident. Le VIH/sida aurait émergé en occident, « pays de débauches », avant de se répandre dans le monde.

3.1.1.3.1.1.2 Aux causes de contamination

À côté de ces premières réflexions sur l'origine, nous repérons également l'identification d'un comportement transgressif comme étant à la base de la contraction de la maladie sida. En effet, nous retrouvons l'adoption d'une activité sexuelle dite « chaude », « frivole », « perversive », « vicieuse », « multiple », soit une sexualité représentée comme déviante selon la population. Il apparaît que la personne infectée a alors cherché la maladie. Elle n'a pas été infectée par voie sanguine ou autre mais par ses pratiques sexuelles. La personne vivant avec le VIH/sida est alors toujours représentée active dans sa contamination et par voie de conséquence est responsable de son infection. Cet aspect est à corréliser avec la notion de culpabilité qui semble devoir

accompagner la personne vivant avec le VIH/sida selon les propos recueillis. La population postule ainsi, qu'une personne est contaminée par le VIH non pas tant car elle a une sexualité non protégée que parce qu'elle s'adonne à une sexualité dérégulée. Ici, la causalité associée à la maladie n'est donc pas tant l'absence de protection par négligence ou « inconscience » (non usage de préservatif) que l'adoption d'une sexualité déviante.

À ce sujet, nous notons une explication sexuée de la présence du VIH/sida dans un couple. D'après les croyances populaires, il y a deux possibilités pour que le sida entre dans un couple. : « Soit la femme l'a cherchée dehors, soit c'est l'homme qui le ramène à la maison ». Par ces propos, cet interviewé sous-entend que la femme l'a cherchée dehors (mouvement de l'intérieur à l'extérieur) et l'homme l'apporte à l'intérieur (mouvement de l'extérieur vers l'intérieur). À partir de cette lecture déviante, la population interrogée peut évoquer le cas d'une maladie-malédiction ou d'une maladie-diabolique. D'emblée, remarquons que ces différentes lectures causales expriment toujours la maladie en terme d'extériorité. En ce qui concerne, la maladie-malédiction, celle-ci fait référence, selon la population rencontrée, à une désobéissance des commandements de Dieu. La personne infectée n'a pas respecté les lois divines et par conséquent est punie. La maladie-diabolique quant à elle a été identifiée comme possible dans le cas du sida. Le diable pourrait effectivement envoyer la maladie sur quelqu'un (retour de pacte avec le diable).

Au-delà de ces associations, la population non infectée évoque également l'idée « d'imprudence ». Le sida se dévoile alors comme maladie de la « négligence » : négligence vis-à-vis des lois de Dieu ou encore de son propre corps. Le manque de discipline, qu'il se réfère à un être transcendant ou par rapport à soi-même se pose comme un comportement dangereux et favorise une contamination par le VIH. Sous-jacent à ces lectures, la notion de responsabilité émerge ici.

3.1.1.3.1.2 Une maladie grave

Notons en tout premier lieu que le sida est appréhendé par la population comme une maladie grave. Plus encore, cette pathologie est identifiée à Djibouti comme faisant partie des maladies les plus redoutées actuellement. La gravité est à entendre ici dans son aspect fatal. Cet aspect mortel se lie nécessairement à une autre particularité : le sida, maladie que l'on ne guérit pas actuellement.

3.1.1.3.1.2.1 Une maladie incurable

À cet égard, en ce qui concerne les traitements, la population évoque de manière très labile et succincte les médicaments. De certains qui se questionnent sur l'utilité de se soigner dans le cas d'une maladie incurable ou que d'autres parlent de piqûres pour se soigner, les représentations autour du soin dans le cadre de cette pathologie demeurent néanmoins centrées sur la nécessité de prendre des médicaments quotidiennement. L'efficacité des traitements n'est pas reconnue et cette méconnaissance relayée par la dimension fataliste de la maladie n'invite pas à l'idée d'observance : pourquoi se soigner alors que la maladie est incurable ? Les bénéfices des traitements ne sont pas connus. De manière globale, notons que les personnes interrogées maîtrisent très mal ces aspects médicaux : que ce soit en terme de bénéfices des traitements, de l'existence de traitements d'urgence ou encore de traitements pour réduire les risques de transmission au cours de la grossesse.

3.1.1.3.1.2.2 Une maladie additive

Le sida est également entendu comme une maladie additive. Un élément extérieur a pénétré le corps. Par cette intrusion dans le corps, la population interviewée perçoit le virus comme une maladie ayant un caractère exogène. Il y a quelque chose en plus qui est entrée dans le corps. Cette dimension appelle donc des conceptions à la fois d'envahissement, d'effraction, mais également d'évacuation.

3.1.1.3.1.2.3 Une maladie dévoreuse

Qui plus est, le sida est parfois entendu à l'image d'une bête ou encore d'un monstre dévorant. Certaines personnes l'évoquent alors aux termes de « bête à sida ».

Nous sommes ici bien sûr sur le registre de l'animalité, mais également sur celui de l'absorption. Le sida mange tout sur son passage. La maladie apparaît alors comme une entité vivante à l'intérieur du corps : une maladie active.

3.1.1.3.1.2.4 Une maladie visible

Outre sa particularité d'intervenir en dévorant l'intérieur du corps, force est de constater que, selon la population interrogée, le sida est aussi une maladie ayant des répercussions sur l'extérieur du corps. En effet, si l'intérieur est mangé et détruit, l'enveloppe corporelle, quant à elle, essuie le contrecoup de cette détérioration invisible dans le corps. Le sida devient alors une maladie visible et lisible sur le corps. Cette visibilité peut passer par l'apparition de « boutons », de « tâches », de « toux » ou encore de la « perte de cheveux ». Ces manifestations sont alors entendues comme des symptômes de la maladie. Les deux plus grands indicateurs fédérateurs restent néanmoins la maigreur et la fatigue qui l'accompagnent. En effet, le fait d'être maigre semble dénoter de la maladie sida. Pour compléter, ce tableau, la population perçoit les personnes atteintes par le VIH/sida comme toujours malades. La notion de faiblesse accompagne donc également cette maladie. Cette visibilité-lisibilité sur le corps de la maladie sert ainsi de système de diagnostic. Par conséquent, toute absence de ces symptômes dénote une non-contamination.

3.1.1.3.1.2.5 Une maladie transmissible et contagieuse

Le sida se présente également comme une maladie contagieuse. Outre sa transmission par la voie sexuelle, par la voie sanguine et par la voie verticale, le VIH serait également transmissible, selon la population interviewée, par la salive, la sueur, etc., soit les différentes marges du corps ou encore les liquides

corporels. Spécifions que cette croyance se retrouve, bien que dans une moindre proportion, chez les jeunes sujets. Cette idée se concrétise par des comportements au quotidien. Pour exemple, quand on demande à la population non infectée si elle interdirait l'accès à certaines pièces de la maison à une personne vivant avec le VIH/sida, une majorité des répondants ont signifié la cuisine et dans une moindre mesure, la salle de bain.

3.1.1.3.2 Comment la population non infectée reconnaît-elle les personnes vivant avec le VIH/sida ?

Par les différents éléments précédemment évoqués, nous pressentons les contours définissant le portrait type des personnes infectées par le VIH/sida selon les représentations de la population déclarée non infectée. Poursuivons de manière plus explicite cette appréhension de l'autre infecté par le VIH. La personne vivant avec le virus prend les traits d'une personne dite de mauvaise vie. Derrière cet item, ressortent de nombreux stigmates et de nombreuses condamnations morales. Nous reprenons un à un ces différents traits qui composent cette lecture.

3.1.1.3.2.1 Des acteurs sexuels

Le portrait type des personnes infectées par le VIH/sida met en relief la femme et l'homme sexuellement actifs. En effet, les données recueillies auprès de la population non infectée nous confirme non seulement que le VIH/sida est assimilé à une activité sexuelle, mais également que le risque de contamination sexuelle est bien délimité dans l'âge. Selon les représentations sociales, le mariage laisserait sous-entendre une immunité.

3.1.1.3.2.2 Des acteurs sexuels déviants

Une personne infectée par le VIH/sida à Djibouti est donc une femme ou un homme qui a été contaminé par voie sexuelle. Mais bien au-delà d'une simple activité sexuelle, c'est une personne qui s'adonne, s'abandonne dans une sexualité débridée et multiple. Quatre principales figures ressortent. En ce qui concerne l'homme vivant avec le VIH/sida, la population évoque surtout une

catégorie de personnes : le vagabond sexuel. En ce qui concerne la femme, relevons le stéréotype de la prostituée. Quant au vagabond sexuel, c'est celui, qui d'après les dires populaires, prend le sexe comme « un jeu », ou encore celui qui ne s'investit pas dans la relation, qui est en dehors d'une relation stable, instituée, socialement reconnue et admise. En ce qui concerne la femme infectée, nous l'avons noté, la principale figure est la prostituée (bien devant la femme infidèle). Nous retenons également que la personne vivant avec le VIH/sida, selon la population non infectée, doit se sentir coupable et honteuse de son état sérologique.

3.1.1.3.2.3 Des acteurs sexuels déviants contaminant

Si dans les représentations sociales, les personnes vivant avec le VIH ont été contaminées par voie sexuelle, force est de constater qu'elles sont contaminants par d'autres canaux. La population évoque alors des risques de transmission orientés sur la voie sanguine principalement.

En premier lieu, prenons connaissance de certaines restrictions qui entourent la personne vivant avec le VIH dans le cadre familial. En effet, si le mariage est reconnu acceptable, les personnes infectées ne doivent pas avoir d'enfant. La transmission verticale est sous-entendue ici.

En second lieu, des risques de transmission du VIH par le sang se matérialisent par des restrictions énoncées tout d'abord dans le monde professionnel. En effet, pour la majorité des répondants, c'est essentiellement autour du milieu médical (avec des professions telles que médecin, infirmier) et autour du milieu alimentaire, que les interdictions se posent. Les risques de contamination lors de soins (injection, prélèvement, etc.) et de la préparation culinaire (coupure, etc.) laissent apparaître des risques liés au sang. Dans la même idée, la population émet des réserves quant à la pratique d'un sport. Certaines activités sportives semblent en effet proscrites aux personnes vivant avec le VIH/sida (sports violents et collectifs : sport de combat, etc.), car des

risques de contamination par le sang et par certaines marges du corps comme la sueur, sont possibles.

3.1.1.3.2.4 Des acteurs sexuels déviants contaminant aux frontières du monde

De manière récurrente, l'exclusion familiale et sociale de la personne vivant avec le VIH/sida est largement notifiée. À ce sujet, les professionnels de santé investis dans la lutte contre le sida sont largement confrontés à cette réalité et font échos de nombreuses situations de rejet. Pour appuyer cette spécificité, nous pouvons préciser que même parmi le personnel médical, notamment hospitalier, il nous a été relaté des comportements de mise à l'écart et des traitements différents à l'égard des personnes infectées par le VIH. En effet, en ce qui concerne les parents, ce sont la déception, la peine et la honte qui sont priorisées : ils « lui tournent le dos », ils « rompent avec lui », ils « le renient ». Le sentiment de peur n'apparaît pas comme un élément récurrent. Ces états de chocs côtoient néanmoins parfois des comportements d'aide et de soutien, tels que : « ils le réconfortent mais garde le secret pour le qu'en dira-t-on », « l'aident à affronter la maladie », « l'aident à surmonter l'épreuve ».

3.1.1.3.3 Comment la population se protège-t-elle du VIH/sida ?

À partir de ces premières données sur les représentations sociales du sida et des personnes vivant avec le VIH/sida, nous pouvons poursuivre notre quête d'informations en nous demandant quelles sont les mesures préventives qui répondent à de telles représentations ? Nous penchons ainsi sur les pratiques et les comportements de protection vis-à-vis du VIH/sida.

3.1.1.3.3.1 Une protection bio-rationnelle en marge

Nous l'avons déjà souligné, la population se protège peu (ou du moins selon les préceptes de la rationalité) d'un risque de contamination par voie sexuelle. Nous allons voir à présent de manière plus précise les représentations entourant les mesures de protection.

3.1.1.3.2 Le préservatif signe d'une illégitimité

Le préservatif reste le signe de l'illégitimité et son usage, lorsqu'il est présent, se fait donc le plus fréquemment lors des relations extra conjugales et ce même si l'on ne connaît pas le statut sérologique du partenaire officiel. Prétendant une invulnérabilité, les relations sexuelles non protégées ne sont donc pas perçues comme le lieu d'un danger.

3.1.1.4 Politique de prise en charge des Patients vivant avec le VIH (PVVIH) en République de Djibouti

3.1.1.4.1 Plan stratégique multisectoriel de lutte contre le VIH/sida

Ce plan est développé selon les orientations de la réforme du système de santé définies en 1996 et de **la Stratégie Nationale de développement sanitaire 2002-2011** ^[9] définis en décembre 2001. À Djibouti, depuis l'élaboration du plan stratégique multisectoriel de lutte contre le VIH/sida 2003-2007, une réflexion a été menée pour identifier et programmer des actions de prévention et d'accès aux soins pour les populations vulnérables. Des actions de proximité ont été mises en œuvre par les ONG et le Secrétariat Exécutif de lutte contre le VIH/sida, le paludisme et la tuberculose. La stratégie développée vise à renforcer la réponse nationale face à l'épidémie en insérant progressivement ces populations très vulnérables dans une démarche de prévention en la fidélisant vis à vis des structures de soins, grâce à un mécanisme d'accompagnement soutenu en aval et en amont des prises de risques.

Le VIH/sida est considéré comme une priorité explicite des responsables politiques et techniques. Le cadre stratégique institutionnel créé comprend les organes suivants :

- le **Comité Interministériel de lutte contre le VIH/sida, le Paludisme et la Tuberculose** présidé par le Premier ministre et la vice-présidence assurée par le Ministre de la Santé. L'organe concerne 12 ministères ;
- le **Secrétariat exécutif de lutte contre le VIH/sida, le Paludisme et la Tuberculose** assure le secrétariat du Comité technique intersectoriel. Il est

dirigé par un Secrétaire exécutif nommé par le Gouvernement. Il est composé d'Unité administrative et financière ; d'Unité d'Appui Communautaire ; d'Unité de Communication ; d'Unité de Suivi et Evaluation des interventions sectorielles. Il coordonne l'intersectorialité et impulse les projets communautaires. Il gère les projets des bailleurs de fonds ;

- les programmes de lutte contre le VIH/sida sont au niveau de chaque ministère (PLS-ministère). À ce jour, il existe 10 PLS (Ministère de la Justice, Défense, Intérieur, Jeunesse, Éducation, Emploi/OPS, Promotion de la Femme, Santé, Finances, Information et Communication). Chaque PLS identifie les groupes vulnérables, fait un plan en concertation avec les opérateurs principaux et les bénéficiaires des services. Il se doit de travailler dans le cadre du Comité Technique et doit collaborer avec le Secrétariat Exécutif.

C'est à ce niveau que se situe le Programme de Lutte contre le VIH/sida et les IST du Ministère de la Santé (PLS-Santé). Il est dirigé par un coordinateur assisté par quatre unités :

- unité de prise en charge globale ;
- unité de prévention et communication ;
- unité suivi & évaluation ;
- unité administrative et financière.

Cette organisation vise à rendre opérationnelle et permettre une véritable décentralisation de la prise en charge globale et dans l'optique de l'accès universel.

[3.1.1.4.2 Organisation générale de la prise en charge par les ARV à Djibouti](#)

La prise en charge des PVVIH est placée sous la coordination et la supervision du Programme de Lutte contre le sida du secteur de la santé (PLS-Santé). Elle s'appuie sur trois comités techniques et sur un réseau de centres de prise en charge.

3.1.1.4.2.1 Le collège médical des ARV

Il se réunit à l'issue de la session du comité d'éligibilité. Il est chargé de déterminer de façon collégiale les protocoles thérapeutiques ARV à prescrire aux patients retenus par le comité d'éligibilité et suivre l'évolution de son traitement. Il est composé des médecins référents des centres de prise en charge, du Pharmacien responsable de la gestion des stocks de médicaments ARV, des Psychologues cliniciens référents.

3.1.1.4.2.2 Le comité d'éthique

Le Comité d'éthique garanti l'éthique, l'équité et la confidentialité. Considéré comme organe de recours des PVVIH, il est composé d'un juriste, un juriste de droit coutumier, un représentant du ministère de la justice, un représentant des ONG soutenant les PVVIH, un représentant des ONG confessionnelles et un représentant du conseil de l'ordre.

3.1.1.4.2.3 Le comité d'éligibilité

Ce comité est chargé de :

- déterminer si le patient peut bénéficier des ARV ;
- définir son groupe d'appartenance sociale ;
- décider de l'appui social, psychologique ou financier qui pourra lui être apporté.

Se réunissant tous les 15 jours sous la coordination du PLS Santé, il est composé au minimum :

- du coordinateur du collège médical des ARV ou son suppléant désigné ;
- du représentant de l'UAIC ;
- de deux médecins référents ;
- d'un représentant du PLS santé sont indispensable à la validation des décisions ;

- du pharmacien responsable de la gestion des stocks de médicaments ARV.

3.1.1.4.2.4 Les centres de prise en charge

Deux catégories de centres de prise en charge s'occupent des PVVIH à Djibouti :

3.1.1.4.2.4.1 Centres ambulatoires

Ils assurent la prise en charge ambulatoire des patients à travers 18 structures sanitaires. Il s'agit de l'ensemble des Centres de santé communautaires de Djibouti-ville, le Centre Yonis Toussaint (centre de référence Nationale pour la prise en charge des IST/VIH/sida), le Centre de santé de l'Organisme de Protection Sociale, le Centre de soins de la Police Nationale et le Centre de soins des Forces Armées Djiboutiennes, de la Garde Républicaine et de la Gendarmerie Nationale.

3.1.1.4.2.4.2 Centres hospitaliers

Ils permettent le suivi hospitalier général et spécialisé des PVVIH. Il s'agit et de l'Hôpital général Peltier, Le Groupe Médicochirurgical Bouffard (structure sanitaire des Forces Françaises installées à Djibouti), le Centre anti tuberculeux Paul Faure, La maternité de Dar El Hanan et les 5 centres des districts (Ali Sabieh, Arta, Dikhil, Obock, Tadjourah).

3.1.1.4.2.5 Les médecins référents

Dans chacun des centres de prise en charge, au moins un médecin référent a été désigné puis formé au suivi des PVVIH et à l'utilisation des ARV avec l'appui d'experts internationaux. Les médecins référents sont les seuls habilités à prescrire les examens et présenter les patients au comité d'éligibilité puis au collège des ARV. Les médecins du secteur privé qui suivaient déjà des patients sous ARV ont été associés à la démarche de mise sous ARV par l'intermédiaire d'un médecin référent représentant ce secteur. Le Centre Yonis Toussaint, centre de référence nationale pour la prise en charge ambulatoire des IST et du VIH leur sert d'appui dans le diagnostic et le suivi de leurs patients.

3.1.1.4.3 Principes de la prise en charge des PVVIH à Djibouti

La prise en charge globale des PVVIH à Djibouti a démarré en 2004 avec comme principes la Confidentialité, Respect des patients et l'Équité. Elle a été conçue pour être accessible à tous les PVVIH nécessitant un traitement ARV, quels que soit leur nationalité ou leurs statuts socio-économiques, à la seule condition que cette personne réside à Djibouti. Le critère de la nationalité pris en considération au début du projet pilote a été écarté au profit du lieu de résidence.

3.1.1.4.4 Le counseling sur le VIH

3.1.1.4.4.1 Définition

Le « counseling » ^[18] se définit comme une relation dans laquelle une personne tente d'aider une autre à comprendre et à résoudre des problèmes auxquels elle doit faire face. Il se déroule sur plusieurs séquences ainsi, le counseling sur le VIH est un dialogue confidentiel entre un patient et un « counselor » visant à aider le patient à prendre des décisions personnelles face au VIH/sida et à faire face à l'éventuel stress généré par les informations reçues. Le counseling consiste notamment à évaluer le risque personnel de transmission du VIH et à faciliter l'adoption de comportement préventif.

3.1.1.4.4.2 Dépistage du VIH

C'est une procédure biologique qui permet de déterminer si une personne est infectée par le VIH ou non.

3.1.1.4.4.3 Counseling et dépistage du VIH à l'initiative du patient

Dans cette situation, ce sont les patients qui cherchent le counseling et le dépistage du VIH dans un établissement qui dispose ces services. Il est l'équivalent du counseling et dépistage volontaire.

3.1.1.4.4.4 Counseling et dépistage du VIH à l'initiative du soignant

Dans ce cas, la procédure est recommandée en tant qu'élément nécessaire pour la conduite des soins médicaux offerts par des soignants aux personnes qui viennent consulter dans les établissements de santé. L'objectif principal est de permettre la prise de décisions cliniques spécifiques, comme dans le cadre du programme de la prévention de la transmission mère - enfant du VIH (PTME),

ou de proposer des services médicaux particuliers qu'il est impossible de fournir si l'on ne connaît pas le statut sérologique du patient, comme dans le cas d'un sujet présentant des signes ou de symptômes attribuables à l'infection à VIH. Le counseling et le dépistage du VIH à l'initiative du soignant ne doivent être ni un impératif, ni une obligation. Quelle que soit la forme du dépistage, à l'initiative du patient ou à l'initiative du soignant, les normes et les procédures du counseling et du dépistage restent généralement les mêmes. Le test est effectué selon la règle des « 3 C » : Counseling, Consentement éclairé et Confidentialité. [18]

3.1.1.4.5 Procédures d'accès et circuit des patients

Les patients sont recrutés et traités dans les centres de prise en charge où les médecins référents les sélectionnent sur la base de critères cliniques, immuno-virologiques et d'adhésion aux ARV. Chaque patient bénéficie d'une enquête sociale d'inclusion menée par des enquêteurs de l'Unité d'Appui aux Interventions Communautaires (UAIC).^[9] Cette enquête a pour but d'apprécier le niveau des ressources économiques du patient et la qualité du soutien social (familial, relationnel) dont il bénéficie. Les résultats de l'enquête sont présentés de manière anonyme au comité d'éligibilité et au comité d'éthique afin de garantir un avis équitable pour l'inclusion à la prise en charge globale. L'indication des ARV et le choix du protocole sont discutés au collège des ARV. Le suivi clinique et para clinique des traitements antirétroviraux est pris en charge gratuitement par le programme.

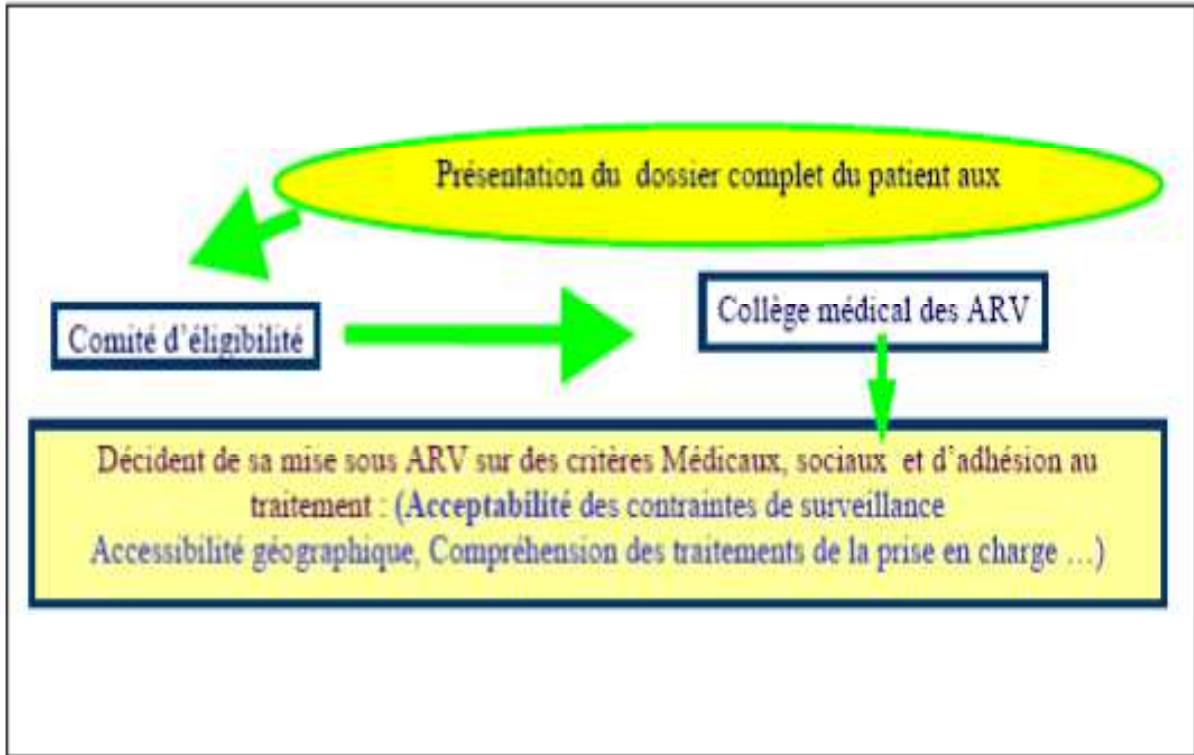


Figure 3 : Schéma général de la mise sous ARV à Djibouti

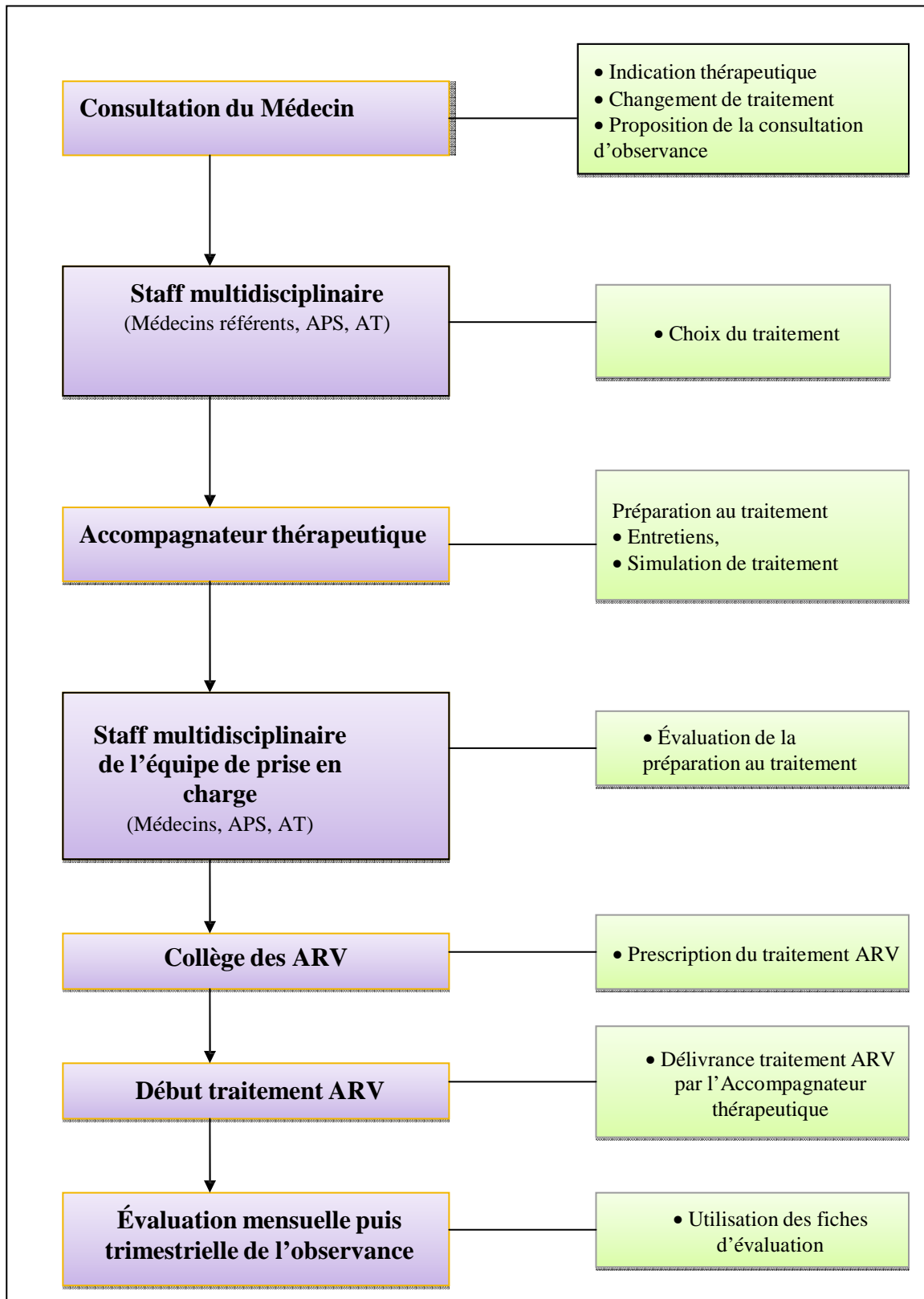


Figure 4 : Circuit général de mise en route du TARV à Djibouti.

3.1.1.4.6 Suivi médical et psychosocial

Le suivi médical des patients est assuré au cours de consultations médicales à J1, J7, J14, J30, puis mensuelles, s'appuyant sur un dossier de suivi bioclinique. La dispensation des ARV se fait par un Accompagnateur Thérapeutique (AT), chargé du conseil d'observance. L'accompagnement à domicile et la médiation familiale sont assurés par des Accompagnateurs Psychosociaux (APS). Les patients ont accès à des groupes de parole et à des groupes d'information, qui ont lieu mensuellement sur l'un des sites. L'ensemble du dispositif garantit l'anonymat du patient et la confidentialité autour de sa prise en charge par l'utilisation d'un code. La correspondance entre le code et le nom du patient n'est connue que par le médecin et le travailleur social.

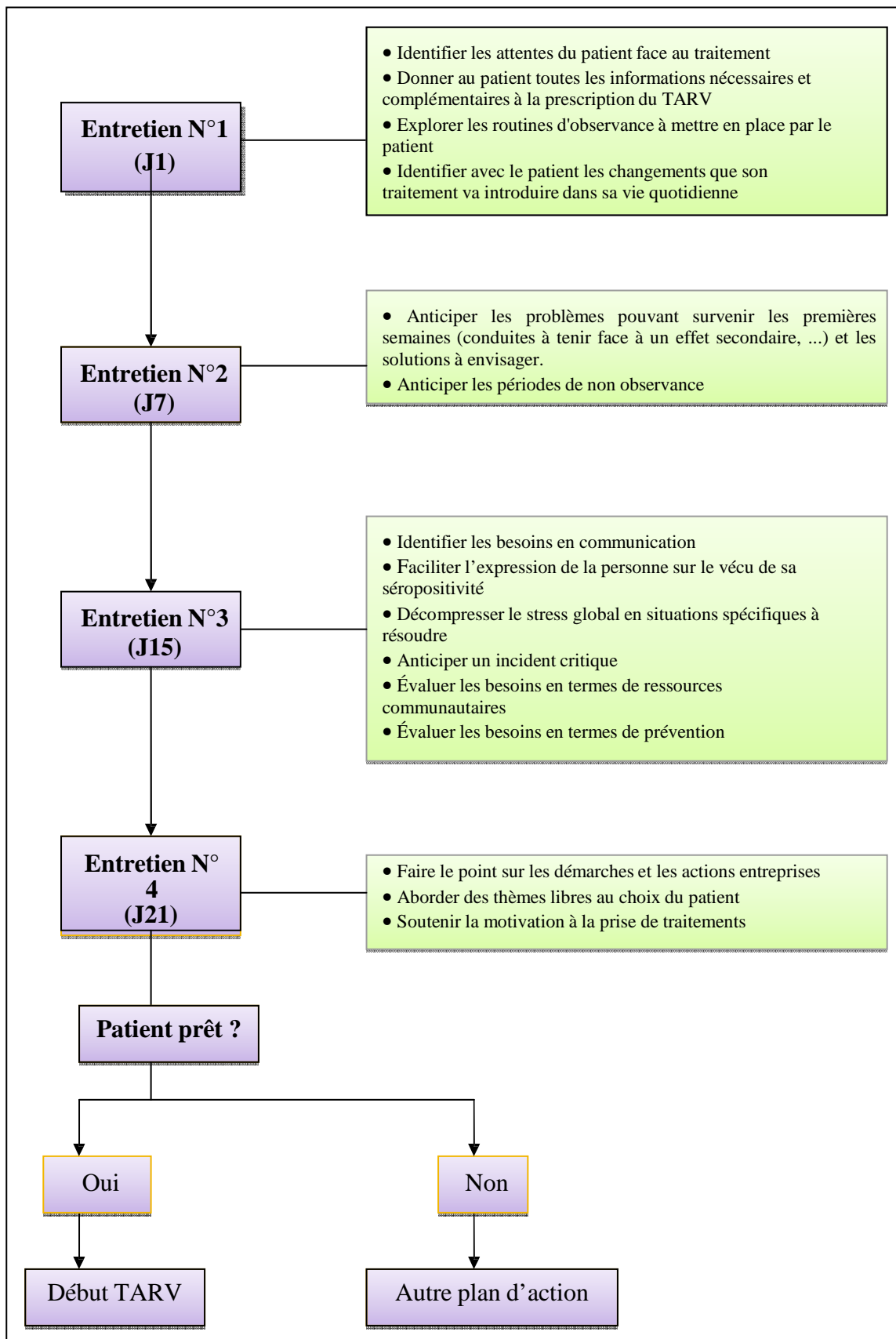


Figure 5 : Chronologie des entretiens de préparation au TARV.

3.1.1.4.7 Mise sous ARV

L'objectif principal du TARV est de diminuer la morbidité et la mortalité de l'infection par le VIH en restaurant les lymphocytes CD4 à un niveau supérieur à 500/mm³. Cette restauration n'est possible que grâce au maintien sur le long terme d'une charge virale plasmatique < 50 copies/ml.

3.1.1.4.7.1 Objectifs des ARV

Le premier TARV doit permettre de rendre la charge virale indétectable (< 50 copies ARN VIH/ml) en 6 mois. Les équipes de prise en charge doivent donc s'assurer que cet objectif est susceptible d'être atteint grâce à une préparation minutieuse du patient au TARV et à un suivi régulier. Le contrôle de la charge virale à 3 mois est obligatoire car il est le seul permettant de s'assurer qu'à 6 mois l'objectif sera atteint ou non. En effet, à 3 mois, la CV doit avoir baissé d'au moins 2 logs ARN VIH/ml et/ou être inférieure à 400 copies/ml. Si cet objectif intermédiaire n'est pas atteint, il faut rechercher une mauvaise observance, des interactions médicamenteuses, ou un sous dosage, notamment les IP, qui doivent être corrigés immédiatement.

3.1.1.4.7.2 Soutien à l'observance au TARV

3.1.1.4.7.2.1 Qu'est-ce que l'observance ?

L'observance^[9] peut être définie comme la capacité d'un patient de s'approprier de son traitement de façon à le rendre le plus efficace possible. L'importance de l'observance pour le succès thérapeutique et son effet préventif sur la progression clinique sont bien établis.

3.1.1.4.7.2.2 Le niveau d'observance requis pour un succès thérapeutique

Il a été démontré qu'une observance inférieure à 95 %^[9] augmentait fortement le risque d'échappement virologique, et que le risque d'échec croissait à mesure que l'observance diminuait. Ainsi, pour un traitement devant être pris en deux prises par jour, une observance de 95 % correspond à moins d'une erreur par semaine (oubli de prise, non-respect des contraintes alimentaires,

décalage de plusieurs heures). L'expérience avec les maladies chroniques a montré que l'observance habituellement constatée n'était que d'environ 50 %. Les différentes évaluations de l'observance ont montré l'écart entre l'observance idéale et celle que parviennent à atteindre la majorité des patients «Dans la vie réelle » reste importante.

3.1.1.4.7.3 Protocole thérapeutique à Djibouti

Les protocoles thérapeutiques des adultes ont été révisés en décembre 2004. L'association de 3INTI proposée en début de projet comme le principal protocole de première ligne (AZT – 3TC – ABC) a été remplacé par les associations comportant 2 INTI + 1 INNTI, reconnues comme ayant une efficacité comparable aux trithérapies associant les inhibiteurs de protéase. Par ailleurs, les combinaisons comportant les INNTI paraissent s'accompagner d'une meilleure observance. Le protocole AZT – 3TC – ABC peut toujours être proposé en première ligne en cas d'intolérance à EFZ/NVP et/ou à un IP, ou s'il s'agit d'une Femme non enceinte présentant une intolérance aux IP et ayant déjà reçu de la NVP mono dose lors d'un accouchement antérieur. Les patients déjà sous AZT – 3TC – ABC gardent leur protocole en cas de succès thérapeutique.

Tableau I : Protocole ARV des adultes adoptés en décembre 2008 à Djibouti^[8]

	Régime de première ligne
A	AZT/3TC/EFV
B	AZT/3TC/NVP
C	D4T/3TC/EFV
D	D4T/3TC/NVP
E	AZT/3TC/ABC*
F	AZT/3TC/IP*
G	D4T/3TC/IP*

* En cas d'intolérance aux INNTI

La seconde ligne est discutée en cas d'échec virologique ou en cas d'intolérance marquée du traitement. Le choix des molécules tient compte des effets secondaires, des mutations majeures éventuelles et des résistances croisées

attendues. En cas d'interruption du traitement antirétroviral, le même schéma est réintroduit si l'interruption a concerné l'ensemble des molécules de la combinaison thérapeutique.

3.1.2 L'éthique

3.1.2.1 Définitions

Le mot éthique vient d'un terme grec *Ethiqué*, qui signifie «mœurs». Au sens étymologique, l'éthique signifie la caractéristique d'un individu (éthos) ou habitude. «L'ensemble des principes qui sont à la base de la conduite de chacun». ^[4,19] C'est une étude de la moralité, une réflexion ou une analyse attentive et systématique des décisions et comportements moraux passés, présents ou futurs. ^[3]

L'éthique médicale est la partie consacrée aux questions morales relatives à la pratique médicale.

3.1.2.2 Les grandes dates de l'éthique médicale

À ses origines, la médecine a une fonction magique et quasi religieuse. Du reste, elle a souvent été exercée par des prêtres ou équivalents.

- **Le Code d'Hammourabi** (1700 av. JC). Y sont définies les obligations des médecins, leur rémunération et les sanctions prévues en cas de faute, soit les prémisses d'une véritable déontologie.
- **Hippocrate** (460-380 av. JC). Il est le premier à défendre une vision de la médecine détachée du fait religieux. À la fois scientifique et fondé sur une philosophie qui met le patient au cœur de l'objectif médical.
- **Galien** (130-200). Médecin grec et fervent disciple d'Aristote, promeut comme Hippocrate une conception médico-philosophique de la médecine, fondée sur l'idée qu'il faut à la fois comprendre le corps et l'esprit de l'homme pour bien le soigner.

Moyen-âge = période sombre pour la médecine : le christianisme et les autorités cléricales censurent toutes les avancées de la science.

Renaissance = retour du raisonnement scientifique et nouveau courant philosophique humaniste qui redonne un peu de souffle et de liberté à la réflexion éthique de la médecine.

- **Kant E.** (1704-1804) développe une philosophie de la morale dont l'influence sur la pensée occidentale et notamment l'éthique médicale sera pour longtemps considérable. Importance de la raison.

Puis, les grandes avancées médicales et scientifique se succèdent et la recherche connaît un essor important, notamment à partir de **Claude Bernard** (1865 : « Introduction à la médecine expérimentale »)

Seconde guerre mondiale (1939-1945), au nom de l'expérimentation, la médecine dérape.

- **Le Code de Nuremberg** (1947). Un tribunal militaire est mis en place pour juger les responsables des expérimentations humaines conduites par les nazis. Ils élaborent un texte en 10 points, qui propose que la recherche menée sur l'homme respecte des règles éthiques impératives (**consentement éclairé**).
- **1948. Création de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS)** et adoption de la Déclaration Internationale des Droits de l'Homme.
- **Déclaration d'Helsinki** en 1964. Nuremberg n'a pas suffi, les drames liés à la recherche se multiplient (**Tuskegee aux USA**, etc.). L'**Association Médicale Mondiale (AMM)** élabore une charte qui sera adoptée en 1964, appelée **Déclaration Internationale d'Helsinki**.
- **Le Rapport Belmont** (1976). L'éthique médicale manque de concepts plus théoriques permettant de structurer ses raisonnements. C'est pour y remédier que se réunit la commission Belmont aux États-Unis. Elle publie un rapport

qui fait depuis, autorité dans le domaine de l'éthique. Pour la première fois y sont formalisés les 4 principes fondateurs de l'éthique biomédicale :

- respect de la personne ou autonomie ;
- bienfaisance ;
- non-malfaisance ;
- justice.

Plusieurs autres textes ^[10], tous allant dans le même sens :

- **Déclaration de Tokyo** en 1975,
- **Résolutions de Madrid** en 1987,
- **Déclaration de Hong Kong** en 1989.

Toujours avec l'objectif de faire progresser dans l'encadrement éthique les activités de recherche médicale.

3.1.2.3 Principes directeurs de l'éthique médicale

Les approches traditionnelles de l'éthique médicale font appel à quatre principes fondamentaux, mais également à des principes connexes. ^[3]

3.1.2.3.1 Les principes fondamentaux

3.1.2.3.1.1 Le respect de l'autonomie du patient

L'autonomie désigne la capacité de penser, de décider et d'agir librement de sa propre initiative. Ce droit du patient est notifié dans plusieurs textes :

L'article 2 du code de déontologie médicale en France: «Le médecin, au service de l'individu et de la santé publique, exerce sa mission dans le respect de la vie humaine, de la personne et de sa dignité. Le respect dû à la personne ne cesse pas de s'imposer après la mort». ^[5]

L'article 2 du code de déontologie médicale au Mali: «Le respect de la vie et de la personne humaine constitue en toute circonstance le devoir primordial du médecin». ^[12] Ce principe du respect des patients comprend également le respect de la culture de la personne et de ses croyances. ^[45]

Ainsi donc le médecin a l'obligation de laisser le malade décider de lui-même de se soumettre au test de dépistage ainsi que la mise sous traitement ARV en cas de test positif.

3.1.2.3.1.2 La bienfaisance

Le bien du patient a été de tout temps, le principe directeur de l'action médicale et de la relation médecin-patient. ^[17] Ce principe commande de considérer en premier le bien et l'intérêt du patient. C'est la promotion de ce qui est plus avantageux pour le patient.

Le principe de bienfaisance s'étend aussi à la recherche portant sur les êtres humains et détermine le chercheur responsable du bien-être physique, mental et social des personnes participant à la recherche. ^[45] Dans le cas du VIH/sida, les agents de santé doivent tenir compte de la vulnérabilité des PVVIH et veiller au respect et à la dignité de leurs malades.

3.1.2.3.1.3 La non-malfaisance

Il a de tout temps été reconnu que l'action médicale au bénéfice du patient est inévitablement liée à des risques, d'où le principe de non-malfaisance souvent évoqué par la maxime *primum non nocere*. Ce principe nous rappelle de réfléchir au préjudice possible lorsqu'on prescrit un traitement au patient, ^[3] lorsqu'on fait une recherche portant sur des êtres humains. L'article 15 de la loi régissant la recherche biomédicale au Mali stipule : «Les recherches biomédicales sans bénéfice individuel direct ne doivent comporter aucun risque prévisible sérieux pour la santé des personnes qui s'y prêtent» ^[13]

Il est formellement interdit aux médecins de prescrire de nouvelles molécules ARV dont les effets restent encore méconnus et d'encourir de quelconques risques à ces personnes vulnérables.

3.1.2.3.1.4 La justice

Aujourd'hui, l'accès général aux soins médicaux indépendamment du statut économique est un droit social reconnu, mais les dilemmes liés au principe

de justice n'ont pas disparu, bien au contraire. À un niveau global, le problème de l'allocation de ressources médicales qui ne sont pas indéfiniment extensibles met en lumière les implications éthiques de nombreux choix de politique de la santé. Les "gagnants" et les "perdants" ne seront pas les mêmes selon qu'on favorise telle technologie médicale, tel programme de soins primaires ou tel programme de dépistage. Les accents et priorités d'un système de santé expriment donc certaines conceptions implicites de la justice. Dans une société pluraliste, plusieurs conceptions implicites de la justice distributive coexistent et il n'est pas facile, et peut-être impossible, d'identifier la clef de répartition que chacun considérerait comme juste. À un niveau plus proche de la réalité quotidienne des médecins se posent des dilemmes dans l'allocation de ressources limitées à tel ou tel patient. De tels choix existent. Après tout, le nombre de lits de soins intensifs n'est pas infini, le nombre de donneurs de reins est limité, la journée du médecin, de l'infirmière et de l'aide-soignante n'a que 24 heures... Même si l'on n'est pas dans une situation de rationnement à proprement parler, il y a des choix parfois ardues à faire et il n'est pas toujours facile de respecter l'égalité considération due à chacun et à ses besoins. Le médecin qui suit des PVVIH a l'obligation morale d'être impartial et objectif envers ces derniers dans la cadre des soins.

Dans le domaine de la recherche, le principe de la justice interdit de placer un groupe de personnes à risque pour le seul bénéfice d'un autre. Les chercheurs et les promoteurs ont l'obligation de distribuer les risques et avantages de manière équitable pour les deux participants potentiels. ^[45]

3.1.2.3.2 Les principes connexes

3.1.2.3.2.1 La confidentialité

Le devoir du médecin de garder confidentiels les renseignements concernant le patient est, depuis Hippocrate, une pierre angulaire de l'éthique médicale. Le serment d'Hippocrate déclare: «Tout ce que je verrai ou entendrai

autour de moi, dans l'exercice de mon art ou hors de mon ministère, et qui ne devra pas être divulgué, je le tairai et considérerai comme un secret». ^[2] La confidentialité n'est cependant pas toujours absolue. Il existe des exceptions au respect du principe de confidentialité. Si certaines ne posent pratiquement pas de problème, d'autres soulèvent d'importantes questions éthiques pour les médecins. Dans le cas du VIH/sida, c'est une chose qui prend une toute autre dimension, puisque les malades seraient exposés à la stigmatisation et à l'exclusion sociale.

Le non-respect du secret professionnel ^[23] est courant dans la plupart des institutions de santé. Un grand nombre de personnes médecins, infirmiers, techniciens de laboratoire, étudiants, ont besoin d'accéder au dossier médical pour fournir des soins appropriés au patient ou, pour ce qui concerne les étudiants, apprendre la pratique de la médecine. Lorsque les patients parlent une langue différente de celle du personnel soignant, il est nécessaire de faire appel à un interprète pour faciliter le dialogue. Lorsque les patients ne sont pas capables de prendre des décisions médicales par eux-mêmes, il importe que d'autres personnes puissent obtenir les renseignements les concernant afin de pouvoir prendre des décisions en leur nom. Il est courant que les médecins informent les membres de la famille du défunt de la cause du décès. Le non-respect du principe de confidentialité est dans ces cas généralement justifié, mais il doit rester exceptionnel et les personnes qui ont accès aux données confidentielles doivent prendre conscience de l'importance pour l'intérêt du patient de ne pas les propager plus que nécessaire. Dans la mesure du possible, les patients doivent être informés de l'existence de ces violations.

Il est une autre raison généralement acceptée de ne pas respecter le principe du secret professionnel, le respect des règles juridiques. Par exemple, il existe dans beaucoup de juridictions des lois qui obligent le signalement de patients souffrant de maladies particulières, de personnes jugées incapables de

conduire ou soupçonnées de mauvais traitements envers les enfants. Les médecins doivent avoir connaissance des règles juridiques qui régissent la communication des données concernant le patient sur leur lieu de travail. Cependant, les obligations juridiques peuvent contredire le principe du respect des droits humains sur lequel se fonde l'éthique médicale. Par conséquent, les médecins doivent regarder d'un œil critique l'obligation juridique d'enfreindre la confidentialité et s'assurer qu'elle est justifiée avant de s'y confondre.

Outre ces manquements au respect de la confidentialité, exigés par la loi, les médecins peuvent avoir un devoir éthique de communiquer des renseignements confidentiels à des personnes qui risquent de subir des préjudices de la part d'un patient. Il existe deux situations dans lesquelles de tels faits peuvent se produire: lorsqu'un patient informe un psychiatre de son intention de porter atteinte à une autre personne et lorsque le médecin est convaincu qu'un patient atteint du VIH continuera à avoir des relations sexuelles non protégées avec son époux ou autre partenaire. ^[2]

Le non-respect de la confidentialité peut, lorsqu'il n'est pas requis par la loi, être justifié dans les conditions suivantes : lorsque le préjudice est, sauf divulgation non autorisée, supposé imminent, grave, irréversible et inévitable et plus grand que celui susceptible de résulter d'une divulgation de renseignement. En cas de doute, il sera judicieux que le médecin demande conseil à un expert. Une fois décidé que le devoir de mise en garde justifie une divulgation non autorisée, le médecin doit répondre à deux questions: quels renseignements divulguer et à qui? En général, seuls les renseignements permettant d'éviter un préjudice escompté doivent être communiqués, et ce, aux seules personnes qui ont besoin de ces informations pour prévenir le préjudice. Des mesures raisonnables doivent être prises pour minimiser chez le patient les torts et outrages qui peuvent résulter de cette divulgation de renseignements. Il est ici recommandé au médecin d'informer le patient que le principe de confidentialité

peut ne pas être respecté pour assurer sa propre protection ou celle de toute autre victime éventuelle. Il conviendra dans la mesure du possible de s'assurer de la coopération du patient.

Dans le cas d'un patient atteint de l'infection par le VIH, la divulgation de renseignements à l'un des époux ou partenaire sexuel du moment peut ne pas être contraire à l'éthique et s'avérer justifiée lorsque le patient ne souhaite pas informer la personne à risque. Cette divulgation n'est possible que si toutes les conditions suivantes sont réunies : le partenaire présente un risque d'infection par le VIH et ne dispose d'aucun moyen raisonnable de connaître ce risque ; le patient a refusé d'informer son partenaire sexuel ; le patient a refusé l'aide proposée par le médecin de l'informer à sa place ; le médecin a fait part au patient de son intention de divulguer l'information à son partenaire. ^[3,14]

3.1.2.3.2.2 Le consentement libre et éclairé

Le consentement libre et éclairé est l'une des notions essentielles de l'éthique médicale actuelle. Le droit du patient de prendre des décisions au sujet des soins de santé le concernant a été consacré dans le monde entier par des déclarations juridiques et éthiques. La déclaration de l'association médicale mondiale sur les droits du patient affirme: Le patient a le droit de prendre librement des décisions le concernant ^[2] et notamment lors du dépistage et l'accès aux ARV dans le cas du VIH/sida.

La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé stipule en son article L. 1111-4 qu'aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment. ^[6]

Le consentement peut être implicite ou explicite. C'est habituellement dans les hôpitaux, et pour des interventions particulières, que nous avons affaire au consentement explicite (par exemple par le biais d'un formulaire de consentement signé). Le consentement peut être donné verbalement, mais un

formulaire de consentement fournit une preuve de consentement. Ce n'est pas un contrat, cependant, et le patient peut retirer son consentement en tout temps. Pour les interventions courantes comme la vérification de la pression artérielle, le consentement est plutôt implicite du fait que le patient se présente volontairement au cabinet du médecin pour un examen. Pour que le consentement soit «éclairé», le patient doit recevoir une description complète de l'intervention, des risques et des avantages, du pronostic avec et sans le traitement, ainsi que des autres traitements. Le patient doit posséder la capacité mentale de comprendre l'information et doit donner au médecin une autorisation précise pour entreprendre le plan. La responsabilité n'incombe pas uniquement au médecin: le patient doit poser des questions quand il n'est pas certain et il doit réfléchir attentivement à ses choix.

Dans le domaine de la recherche, le consentement libre et éclairé est un processus de communication entre l'équipe de recherche et le participant, qui commence avant que la recherche ne soit lancée et se poursuit au long de l'étude. ^[2] Ce n'est pas seulement une obligation légale ou un document devant être signé. Il est essentiel que les informations communiquées soient bien comprises par les participants potentiels et permettent à ces personnes de prendre une décision volontaire de participer ou non à l'étude. Le respect de ces principes directeurs et connexes implique une certaine activité, une situation dans laquelle le soignant et le soigné sont susceptibles d'agir mutuellement.

3.1.2.4 Limites et sujets de controverses

3.1.2.4.1 Questions relatives au début de vie

En éthique médicale ^[2], beaucoup de questions importantes concernent le début de vie. La portée limitée du présent manuel ne permet pas de traiter ces questions en détail, mais il peut être utile d'en présenter une liste afin d'en reconnaître la nature éthique et de les traiter en tant que telles. Chacune a fait l'objet d'analyses approfondies par les associations médicales, les spécialistes de

l'éthique et les organes consultatifs auprès des gouvernements et il existe à leur sujet, dans beaucoup de pays, des lois, des réglementations et des déclarations.

3.1.2.4.1.1. La contraception

Le fait qu'il existe une reconnaissance internationale croissante du droit de la femme à contrôler sa fertilité, notamment la prévention d'une grossesse non désirée, ne dispense pas les médecins de toujours devoir traiter des questions délicates comme la demande de contraceptifs par des mineurs et l'explication des risques inhérents à chaque méthode de contraception.

3.1.2.4.1.2 La procréation médicalement assistée

Il existe pour les couples (et individus) qui ne peuvent concevoir naturellement de multiples techniques de l'assistance médicale à la procréation, telles que l'insémination artificielle, la fécondation in vitro et le transfert d'embryon, largement disponibles dans les principaux centres médicaux. La pratique de *maternité de substitution* ou *mère-porteuse* est une autre solution. Aucune de ces méthodes ne va cependant pas sans poser de problèmes.

3.1.2.4.1.3 Le dépistage prénatal

Des tests biologiques et génétiques sont maintenant disponibles pour détecter le VIH, d'autres anomalies génétiques d'un embryon ou d'un fœtus et pour connaître la nature masculine ou féminine de son sexe. Les médecins doivent déterminer le moment opportun de proposer ces tests et choisir la manière appropriée d'expliquer les résultats. Les comités d'éthique doivent veiller au respect de la vie humaine.

3.1.2.4.1.4 L'avortement

Cette question a longtemps été un des plus grands sujets de discordance de l'éthique médicale, à la fois pour les médecins et les pouvoirs publics. La **Déclaration de l'AMM sur l'avortement thérapeutique** reconnaît cette diversité de vues et de convictions et conclut que « c'est une question de conviction et de conscience personnelles qui doit être respectée ».

3.1.2.4.1.5 Les nouveau-nés dont la survie est gravement compromise

En raison d'une extrême prématurité ou de malformations congénitales, certains nouveau-nés séropositifs ont un très faible pronostic de survie. Faudrait-il choisir entre essayer de prolonger leur vie ou de les laisser mourir ?

3.1.2.4.1.6 Les questions relatives à la recherche

Elles concernent notamment la production de nouveaux embryons ou l'utilisation des embryons « surnuméraires » (ceux dont on ne veut pas pour la reproduction) pour obtenir des cellules-souches à des fins thérapeutiques, les essais de nouvelles techniques de procréation assistée et les expérimentations sur les fœtus.

3.1.2.4.2 Questions relatives à la fin de vie

Les questions relatives à la fin de vie vont de la tentative de prolonger la vie des personnes mourantes au moyen de hautes technologies expérimentales comme l'implantation d'organes animaux, à celle de terminer la vie prématurément par l'euthanasie et le suicide médicalement assisté. Entre ces deux extrêmes, de nombreuses questions se posent, concernant notamment la mise en place ou le retrait de traitements susceptibles de prolonger la vie, les soins aux patients en phase terminale et la recommandation et l'utilisation des directives anticipées. Deux questions, l'euthanasie et l'assistance au suicide, méritent une attention particulière.

3.1.2.4.2.1 L'euthanasie

L'euthanasie consiste à exécuter sciemment et délibérément une opération clairement destinée pour mettre un terme à la vie d'une autre personne. Elle présente les caractéristiques suivantes: le sujet peut-être une personne capable, éclairée, atteinte du VIH/sida qui demande volontairement que l'on mette un terme à sa vie ; l'exécutant a connaissance de l'état de la personne et de son désir de mourir et effectue l'opération dont l'objectif premier est de mettre un terme à sa vie ; l'opération est exécutée avec compassion et ne donne lieu à aucun avantage personnel.

3.1.2.4.2.2 L'assistance au suicide

L'assistance au suicide consiste à fournir sciemment et délibérément à une personne la connaissance et/ou les moyens nécessaires pour se suicider, y compris des conseils sur la dose létale du produit, la prescription de ces doses létales ou la fourniture des produits. L'euthanasie et le suicide assisté sont considérés comme équivalents d'un point de vue moral, bien qu'il existe entre les deux une différence pratique bien marquée et dans certaines juridictions, une différence juridique. Selon ces définitions, l'euthanasie et le suicide assisté doivent être distingués du refus ou de l'arrêt d'un traitement inapproprié, futile ou indésirable ou de la prestation de soins palliatifs compatissants, même si ces pratiques abrègent la vie. Les demandes d'euthanasie ou d'assistance au suicide surgissent à la suite d'une douleur ou d'une souffrance que le patient considère comme intolérable. Il préfère mourir plutôt que de continuer à vivre dans de telles circonstances. De plus, beaucoup de patients estiment avoir le droit de mourir, si tel est leur choix, et même le droit d'être assisté. Le médecin est considéré comme l'instrument de mort le plus approprié parce qu'il a la connaissance médicale des produits permettant d'assurer une mort rapide et sans douleur et aussi la possibilité d'avoir accès à ces produits.

Il est compréhensible que les médecins hésitent à répondre à des demandes d'euthanasie ou d'assistance au suicide parce que ces actes sont illégaux dans la plupart des pays et condamnés par la plupart des codes d'éthique médicale. Cette prohibition faisait déjà partie du serment d'Hippocrate et a été réaffirmée avec force dans la **Déclaration de l'AMM sur l'euthanasie** : L'euthanasie, c'est-à-dire mettre fin à la vie d'un patient par un acte délibéré, même à sa demande ou à celle de ses proches, est contraire à l'éthique. Cela n'interdit pas au médecin de respecter la volonté du patient de laisser le processus naturel de la mort suivre son cours dans la phase terminale de la maladie. Le refus de l'euthanasie et du suicide assisté ne signifie pas que les médecins ne peuvent rien faire pour le patient atteint d'une maladie

extrêmement grave à un stade de développement avancé et pour laquelle les moyens curatifs ne sont pas appropriés. Les traitements de soins palliatifs destinés à soulager la douleur et la souffrance et à améliorer la qualité de la vie ont beaucoup progressé ces dernières années.

Les soins palliatifs peuvent convenir à des patients de tous âges, depuis l'enfant atteint d'un cancer jusqu'à une personne âgée en fin de vie. Le contrôle de la douleur est l'un des aspects des soins palliatifs qui nécessite pour tous les patients la plus grande attention. Les médecins qui soignent des personnes en fin de vie doivent s'assurer qu'ils disposent des moyens appropriés disponibles dans ce domaine et, si possible, d'un accès à l'aide consultative experte de spécialistes en soins palliatifs. Surtout, les médecins ne doivent pas abandonner les patients en fin de vie ; ils doivent continuer à leur fournir des soins compatissants même lorsque la guérison n'est plus possible.

L'approche de la mort soulève bien d'autres problèmes éthiques pour le patient, le représentant légal et le médecin. La prolongation de la vie par le recours à des médicaments, des interventions de réanimation, des procédés radiologiques et des soins intensifs nécessite de décider du moment de commencer ces traitements et de les arrêter lorsqu'ils ne marchent pas. Comme on l'a indiqué précédemment au sujet de la divulgation et du consentement, le patient compétent a le droit de refuser un traitement médical, même lorsque ce refus entraîne la mort, et dans ce cas-ci, n'est pas une assistance au suicide ? Il existe entre les individus de grandes différences quant à leur attitude envers la mort. Certains feront tout leur possible pour prolonger la vie quelles que soient les douleurs et les souffrances, tandis que d'autres seront tellement impatients de mourir qu'ils refuseront même les moyens les plus simples susceptibles de les maintenir en vie, comme les antibiotiques dans le cas d'une pneumonie infectieuse, par exemple. Une fois que le médecin a fait tout son possible pour informer le patient des traitements disponibles et de leurs chances de réussite, il

doit respecter les décisions du patient concernant le début ou la continuation du traitement.

Les prises de décision relatives à la fin de la vie pour les patients incapables présentent des difficultés encore plus grandes. Si le patient a clairement exprimé son vœu à l'avance, par exemple, dans une directive anticipée, la décision sera plus facile, même si ces directives sont souvent très vagues et qu'elles doivent être interprétées dans le respect de l'état actuel du patient. Si le patient n'a pas exprimé son vœu de manière appropriée, le représentant légal doit faire valoir un autre critère pour la prise de décision du traitement, à savoir, le meilleur intérêt du patient.

3.2 Hypothèses

- 1) Informer la personne en intégralité sur sa maladie, dans le strict respect des bases de l'éthique médicale permettrait d'obtenir le consentement éclairé ;
- 2) Le bon respect des bases d'éthique médicale lors du premier entretien avec les malades serait déterminant pour assurer un meilleur suivi et contribuerait ainsi à améliorer la qualité de vie des personnes atteintes du VIH/sida ;
- 3) Programmer des suivis psychosociologiques réguliers dans le strict respect des bases de l'éthique médicale permettrait d'éviter les abandons, les échecs et les résistances de traitement observés au cours du VIH/sida.

3.3 Objectifs

3.3.1 Objectif général

Déterminer l'existence de mesures d'éthique dans la prise en charge du VIH/sida et, si possible, formuler des propositions.

3.3.2 Objectifs spécifiques

- 1) Déterminer les profils types des agents de santé suivants les PVVIH dans les principaux centres de la capitale ;
- 2) Évaluer les connaissances des agents de santé en matière d'éthique médicale ;
- 3) Vérifier l'inclusion de mesures d'éthique à l'échelle de la capitale par le biais des principaux centres sanitaires ;
- 4) Déterminer l'impact de ces mesures sur la PEC et la qualité de vie des PVVIH ;
- 5) Proposer des recommandations à l'usage des agents de santé et des responsables des politiques sanitaires pour garantir une PEC adéquate et une meilleure qualité de vie des patients.

3.4 Justification

Le VIH/sida est la pandémie de ces quatre dernières décennies. Si les pays occidentaux ont réussi, pour leurs parts, à contenir la propagation du VIH/sida, l'Afrique, et par extension, l'ensemble de tous les pays en voie de développement ont payé un lourd tribut. En effet, cette maladie a causé tellement de ravages sur le plan sociodémographique et économique de beaucoup de ces pays. Raisons pour lesquelles l'OMS et les structures, au niveau mondial se sont fixées un certain nombre d'objectifs afin de venir en aide à ces pays du sud et de pouvoir stopper la pandémie. Aujourd'hui, s'il est certes possible de mener une vie quasi normale grâce à l'avènement des ARV, la majeure partie des PVVIH craignent davantage les répercussions sociales et affectives que les conséquences causées par cette maladie, une fois diagnostiquée.

À Djibouti, de nombreuses PVVIH sont constamment perdues de vue car craignant toutes la discrimination, la stigmatisation, le divorce ou le licenciement. Ce qui contribue largement aux échecs thérapeutiques ainsi qu'à l'augmentation des cas de résistances. Ceci s'explique par le fait que d'une part Djibouti est un pays en voie de développement avec une population de moins d'un million d'habitants. Et d'autre part, c'est un pays membre de la ligue arabe où la culture arabo-musulmane est très ancrée dans la mentalité des populations. Dans ce contexte, qu'il était crucial de connaître l'existence et surtout l'inclusion de mesures d'éthique dans la prise en charge des personnes atteintes du VIH/sida.

4. Démarche méthodologique

4.1 Type et période d'étude

Il s'agissait d'une étude transversale descriptive, menée auprès des agents de santé travaillant dans les principaux centres de PEC des PVVIH. Les données d'étude ont été collectées à l'aide d'un questionnaire élaboré et comportant un certain nombre de questions (ou d'une série de questions) en rapport avec l'éthique et le VIH/sida. L'enquête s'est étalée sur la période allant du 25 décembre 2011 au 08 février 2012.

4.2 Lieu d'étude

4.2.1 Cadre de l'étude

Notre étude s'est déroulée en République de Djibouti dans les principaux centres de prise en charge de la capitale, Djibouti-ville. ^[22]

4.2.2 Présentation sommaire de la république de Djibouti



Figure 6 : Localisation de Djibouti (ici en rouge) sur la carte de l'Afrique.



Figure 7 : Carte de la République de Djibouti.



Figure 8 : Drapeau de la république de Djibouti.



Unité – Égalité - Paix

Figure 9 : Armoiries nationales de Djibouti.

Fiche d'identité de Djibouti

Devise nationale : Unité-Egalité-Paix

Langues officielles : Français et Arabe (Afar et somali reconnues)

Capitale : Djibouti-ville

Coordonnées latitude/longitude : 11°36'N 43°10'E 11.6, 43.167 (GPS)

Forme de l'Etat : République

Président actuel : Ismaël Omar Guelleh

Monnaie : Franc Djibouti (DJF)

Fuseau horaire : UTC+3

Domaine internet : .dj

Indicatif téléphonique : +253

Population : 858 767 habitants (**Classé 161^e rang mondial en 2012**)

Superficie : 23 200 km² (**Classé 145^e rang mondial**)

Densité : 19 hab./km²

Frontières terrestres : 516 km (**Éthiopie** 349 km ; **Érythrée** 109 km ; **Somalie** 58 km)

Extrémités d'altitude : - 155 m > + 2 028 m

Espérance de vie des hommes : 57,93 ans (en 2010)

Espérance de vie des femmes : 62,79 ans (en 2010)

Taux de croissance de la population : 2,164 % (en 2010)

Taux de natalité : 26,34 ‰ (en 2010)

Taux de mortalité : 8,53 ‰ (en 2010)

Taux de mortalité infantile : 58,33 ‰ (en 2010)

Taux de fécondité : 2,79 enfants/femme (en 2010)

IDH : 0.402 (**Classé 147^e rang mondial en 2010**)

Religion dominante : Islam 94 %

Indépendance : 27 juin 1977

4.2.3 Le climat de Djibouti

Djibouti a un climat aride. Les précipitations sont rares et leur moyenne annuelle est de 147 millimètres. La température varie entre 24 °C et 35 °C en saison fraîche, et entre 39 °C et 50 °C en saison chaude. La saison fraîche commence fin septembre et se termine fin avril. Elle est caractérisée par les vents venant de l'Est, les alizés. La saison chaude s'étend de juin à août, caractérisée par le « Khamsin », vent chaud, sec et poussiéreux, venant de l'Ouest et une période de transition entre les deux saisons précédentes.

4.2.4 L'administration de Djibouti

La République de Djibouti est divisée en six circonscriptions administratives appelées districts : Djibouti-ville, Arta, Ali-Sabieh, Dikhil, Obock et Tadjourah. La nouvelle politique du gouvernement en matière de décentralisation a créé des Conseils régionaux au sein des districts. Les membres de ces conseils sont choisis parmi les résidents des districts et disposent d'un large pouvoir en matière de gestion publique.

4.2.5 Organisation de la Politique à Djibouti

Djibouti est une **république** depuis son **indépendance** en 1977, elle organise ses premières **élections législatives** et **élection présidentielle** en 1981.

Elle suit le principe de **séparation des pouvoirs** : **législatif**, **exécutif** et **judiciaire**.

4.2.6 La situation économique de Djibouti

L'économie djiboutienne est très largement dépendante de son **secteur tertiaire** (80 % du **PIB**), l'État est le principal employeur dans le pays (est. 2000). Le pays est pauvre en **industrie** (15 % du PIB) et surtout en **agriculture** (5 % seulement du PIB), ce qui contribue à un fort taux de **chômage** (35 % des actifs).

Djibouti s'approvisionne en biens auprès de ses voisins **éthiopiens**, **somaliens** et **yéménites**. Et, dans une moindre mesure, de la **France**. Depuis quelques années, un changement de conjoncture économique s'est opéré dû à des facteurs exogènes, dont la venue des soldats américains qui participent à la création d'emplois, mais également à l'arrivée de nouvelles banques. Le PIB/hab. est de l'ordre de 3 200 euros (estimation 2008) largement au-dessus de la moyenne en Afrique. Les activités militaires sont très importantes pour Djibouti. Les Américains y possèdent une base et la louent à 70 millions de dollars US.

4.2.7 Culture et religion

La religion dominante à Djibouti est l'islam, avec plus de 90 % de la population, comme tous les pays membres de la ligue arabe, puisque Djibouti en est membre également.

4.2.8 Le système sanitaire de Djibouti

L'organisation des structures d'offre de soins est de type pyramidal avec trois niveaux. Il est régit par la carte sanitaire qui doit être révisée tous les cinq ans selon la politique nationale de santé. Il existe trois sous-secteurs d'offre de soins à l'intérieur de cette pyramide : (public, parapublic et privé). Dans le sous-secteur public, le premier niveau est constitué par les postes de santé (28) en milieu rural et les centres de santé communautaires (10) en milieu urbain. Ces structures de soins assurent le premier contact du système de santé avec les populations. Le deuxième niveau est composé de cinq Centres Médicaux Hospitaliers qui jouent également le double rôle d'hôpital de district et d'hôpital régional. Le troisième niveau de soins (tertiaire) est constitué par un hôpital national de référence, d'une maternité nationale de référence et de deux centres spécialisés. De nos jours, seul l'Hôpital Général Peltier a bénéficié d'une autonomie de gestion et d'une personnalité morale dans le cadre d'un projet pilote en vue de son extension à l'ensemble des structures du niveau tertiaire conformément à la politique sanitaire.

Les sous-secteurs parapublic et privé se limitent à Djibouti-ville. Les structures parapubliques au nombre de six sont composées de quatre structures sanitaires des militaires et de deux structures sanitaires de l'organisme de la protection sociale. L'offre de services privés est structurée autour de trois polycliniques, cinq officines privées (pharmacies) et 10 cabinets médicaux



Figure 10 : vue aérienne de Djibouti-ville.



Figure 11 : une des principales mosquées de Djibouti-ville.

4.3 Population d'étude de l'échantillon

L'étude a concerné les agents de santé exerçant dans les principaux centres hospitaliers de prise en charge des personnes atteintes du VIH/sida qui résidaient à Djibouti-ville. Du point de vue des suivis, nous avons simplifié la PEC en 3 catégories distinctes en tenant compte du nombre de consultations avec des PVVIH qu'un agent peut avoir par semaine :

- Si l'agent de santé reçoit jusqu'à 5 malades PVVIH par semaine, il est dans la catégorie 1 ;
- Si l'agent voit entre 6 à 10 PVVIH par semaine, il est dans la catégorie 2 ;
- Si l'agent a l'habitude d'en recevoir plus de 10 par semaine, il est dans la catégorie 3.

4.3.1 Critères d'inclusion

Était inclus dans cette étude tout agent de santé (médecins, infirmiers, AT, APS, laborantins) :

- exerçant dans un centre de prise en charge des malades atteints du VIH/sida de Djibouti-ville et présent dans les centres lors de notre passage ;
- consentant ;
- suivant des malades VIH positifs ;

4.3.2 Critères de non-inclusion

Était exclu de cette étude :

- tout agent de santé exerçant dans une autre structure sanitaire ;
- non consentant ou absent lors de notre passage ;

5. Produits attendus

Cette étude devrait permettre de :

- vérifier le bon respect des standards éthiques fixés par l’OMS dans la PEC ;
- d’évaluer les connaissances des agents en matière d’éthique médicale ;
- aux autorités de prendre davantage en compte l’aspect éthique de la PEC des PVVIH.

5.1 Analyse des données

Les données de l’étude ont été saisies sur les logiciels MICROSOFT WORD et Excel 2013 et l’analyse des données a été effectuée à l’aide des logiciels SPSS 17.0 et EXCEL 2013.

5.2 Considérations éthiques

L’obtention du consentement auprès des agents était la base de leur participation à l’enquête au cours de cette étude. L’anonymat des participants a été prouvé : aucune identité (noms et prénoms) n’a été mentionnée sur la fiche d’enquête. Les agents ont été libres de choisir de participer ou de refuser de prendre part à l’étude. La recherche a pu se faire grâce à la lettre d’attestation de recherche délivrée par le Pr Samba DIOP. Nous avons eu à rencontrer tous les directeurs/Chefs des différents centres et/ou services dans lesquels l’enquête s’est déroulée.

6. Résultats

Notre étude a porté sur les aspects sociaux et éthiques liés au VIH/sida. L'enquête a été menée auprès de 34 agents de santé répartis dans onze centres de santé, avec près de 4 361 PVVIH suivis, dont voici les résultats :

6.1 Données sur les agents

Tableau II : Répartition des agents en fonction des centres de suivi de VIH.

Centres de suivi	Nombre d'agents	Fréquence en %
Center Yonis Toussaint	9	26,5
Hôpital Général Peltier	4	11,8
Centre Paul Faure	4	11,8
FAD *	4	11,8
Arhiba	2	5,9
Einguela	2	5,9
Farahad	2	5,9
Balbala II	2	5,9
CNSS II *	2	5,9
CSPN *	2	5,9
Dar El Hanan	1	2,9
Total	34	100 %

* FAD : Forces Armées de Djibouti

* CNSS II : Centre National de Sécurité Sociale II

* CSPN : Centre de Soins de la Police Nationale

Le centre Yonis Toussaint détenait le plus grand nombre d'agents dans l'étude, soit 26,5 %.

Tableau III : Répartition des agents en fonction du sexe.

Sexe	Nombre d'agents	Fréquence en %
Femmes	15	44,1
Hommes	19	55,9
Total	34	100 %

Les hommes représentaient la majorité des agents ayant été soumis à l'étude, soit 55,9 %.

Tableau IV : Répartition des agents selon leurs fonctions.

Fonction des agents	Nombre d'agents	Fréquence en %
Médecins	11	32,4
Infirmiers	7	20,6
Psychologues	1	2,9
AT *	6	17,6
APS *	8	23,5
Laborantins	1	2,9
Total	34	100 %

* AT : accompagnateurs thérapeutique

* APS : accompagnateurs psychosociaux

Les médecins représentaient la catégorie de profession dominante dans cette étude, soit 32,4 %.

Tableau V : Répartition des catégories professionnelles en fonction du sexe.

Fonctions	Hommes	Femmes	Total
Médecins	7	4	11
Infirmiers	3	4	7
Psychologues	1	0	1
APS *	4	4	8
AT *	3	3	6
Laborantins	1	0	1
Total	19	15	34

* AT : accompagnateurs thérapeutique

* APS : accompagnateurs psychosociaux

Les médecins représentaient la catégorie professionnelle dominante, avec 11 agents dont 7 étaient des hommes.

Tableau VI : Répartition des agents en fonction des EPS.

Catégorie	Agents	Fréquence en %
(0-5) EPS/sem.	15	44,1
(6-10) EPS/sem.	12	35,3
+10 EPS/sem.	7	20,6
Total	34	100 %

La catégorie 1 des entretiens psychosociologiques (EPS) prévalait à 44,1 %.

Tableau VII : Répartition des agents selon la considération de la vulnérabilité de leurs malades.

Les malades sont-ils vulnérables ?			
Agents	Oui	Non	Total en %
Hommes	50	5,9	55,9
Femmes	44,1	0	44,1
Total en %	94,1	5,9	100 %

Pour 94,1 % des agents de l'étude, les malades étaient des personnes vulnérables.

Tableau VIII : Représentation des catégories professionnelles en fonction du respect de l’anonymat et des malades.

Garantissez-vous l’anonymat à tous vos malades ?		
Fonctions	Oui	Fréquence en %
Médecins	11	32,3
Infirmiers	7	20,6
Psychologues	1	3
AT *	6	17,6
APS *	8	23,5
Laborantins	1	3
Total	34	100 %

* AT : accompagnateurs thérapeutique

* APS : accompagnateurs psychosociaux

Au terme de l’enquête, l’ensemble des agents garantissaient l’anonymat des malades.

Tableau IX : Répartition des agents selon le respect du consentement des malades.

Recherchez-vous le consentement éclairé de chaque malade ?		
Fonction	Oui	Fréquence en %
Médecins	11	32,3
Infirmiers	7	20,6
Psychologues	1	3
AT *	6	17,6
APS *	8	23,5
Laborantins	1	3
Total	34	100 %

* AT : accompagnateurs thérapeutique

* APS : accompagnateurs psychosociaux

Tous les agents de l'enquête cherchaient le consentement des malades.

Tableau X : Répartition des agents en fonction des principes d'éthique.

Parmi ces principes, lequel caractérise au mieux la PEC ?

Principes	Hommes	Femmes
Respect de la personne	42,1	46,7
Confidentialité	36,8	53,3
Bienfaisance	10,5	0
Justice	10,5	0
Total	100 %	100 %

Le principe prédominant chez les hommes était le « respect de la personne », tandis que chez les femmes c'était la « confidentialité ».

Tableau XI : Répartition des agents selon leurs fonctions et leurs visions de la PEC.

Le premier entretien est-il déterminant dans la prise en charge ?

Fonction	Oui	Fréquence en %
Médecins	11	32,4
Infirmiers	7	20,6
Psychologue	1	2,9
AT *	6	17,6
APS *	8	23,5
Laborantins	1	2,9
Total	34	100 %

* AT : accompagnateurs thérapeutique

* APS : accompagnateurs psychosociaux

Pour l'ensemble des agents de l'étude, le premier contact avec les malades était capital dans leurs suivis.

Tableau XII : Répartition des agents selon leur formation d'éthique médicale.

Avez-vous déjà reçu une formation d'éthique médicale ?		
Fonctions	Non	Fréquence %
Médecins	10	29,4
Infirmiers	7	20,6
Psychologues	0	0
AT *	6	17,6
APS *	8	23,5
Laborantins	1	2,9
Total	32	94,1 %

* AT : accompagnateurs thérapeutique

* APS : accompagnateurs psychosociaux

L'enquête a démontré que près 94,1 % des agents déclaraient n'avoir pas reçu de formations et/ou d'ateliers d'éthique médicale.

Tableau XIII : Répartition des agents selon leurs visions du suivi des malades.

Le suivi psychosociologique améliore-t-il l'observance au traitement ?		
Fonction	Oui	Fréquence en %
Médecins	11	32,4
Infirmiers	7	20,6
Psychologues	1	2,9
AT *	6	17,6
APS *	8	23,5
Laborantins	1	2,9
Total	34	100 %

* AT : accompagnateurs thérapeutique

* APS : accompagnateurs psychosociaux

À l'issue de l'enquête, l'ensemble des agents de santé affirmait que le suivi psychosociologique améliorerait l'observance au TARV.

6.2 Données sur les PVVIH

Tableau XIV : Répartition des malades selon les centres de suivi de VIH.

Centres de suivi VIH	Nombre de malades	Fréquence en %
Yonis Toussaint	2 336	53,5
Centre Paul Faure	486	11,1
Hôpital Général Peltier	752	17,2
Farahad	178	4,1
Einguela	45	1,0
FAD *	125	2,9
Dar El Hanan	5	0,1
CNSS II *	120	2,7
Arhiba	78	1,8
CSPN *	76	1,7
Balbala II	160	3,6
Total	4 361	100 %

* FAD : Forces Armées de Djibouti

* CNSS II : Centre National de Sécurité Sociale

* CSPN : Centre de Soins de la Police Nationale

La majorité des malades, soit 53,5 %, était suivie au Centre Yonis Toussaint.

Tableau XV : Répartition des malades en fonction de la régularité et de la bonne observance des ARV.

Catégories	Nombre de malades	Fréquence en %
Malades traités	3 384	77,6
Malades perdus	977	22,4
Total	4 361	100 %

Au cours de l'étude, 77,6 % des malades était régulièrement suivi et mis sous traitement.

Tableau XVI : Répartition malades en fonction des stades.

Stades	Malades traités	Malades perdus	Total
A	74	45	119
B	223	160	383
C	3 087	772	3 859
Total	3 384	977	4 361

Les malades au Stade C du score d'Atlanta étaient les plus nombreux.

Tableau XVII : Répartition des malades en fonction des catégories.

EPS	Malades	Fréquence
(0-5) EPS/sem.	1 282	29,4 %
(6-10) EPS/sem.	1 240	28,4 %
+10 EPS/sem.	1 839	42,2 %
Total	4 361	100 %

La majorité des malades, soit 42,2 %, se trouvait dans la catégorie 3 des EPS.

Tableau XVIII : Représentation des malades en fonction des EPS.

EPS	Malades traités	Malades perdus
(0-5) EPS/sem.	749	533
(6-10) EPS/sem.	968	272
+10 EPS/sem.	1 667	172
Total	3 384	977

D'après le tableau ci-dessus, la catégorie 3 (+10 EPS/sem.) est la plus efficace de toutes en termes de mise sous ARV et de régularité de patients.

Tableau XIX : Représentation des malades perdus en fonction des EPS

Catégories	Malades perdus	Fréquence
(0-5) EPS/sem.	533	54,6 %
(6-10) EPS/sem.	272	27,8 %
+10 EPS/sem.	172	17,6 %
Total	977	100 %

La catégorie 1 représente, à elle seule, plus de la moitié des malades perdus, soit près de 54,6 %.

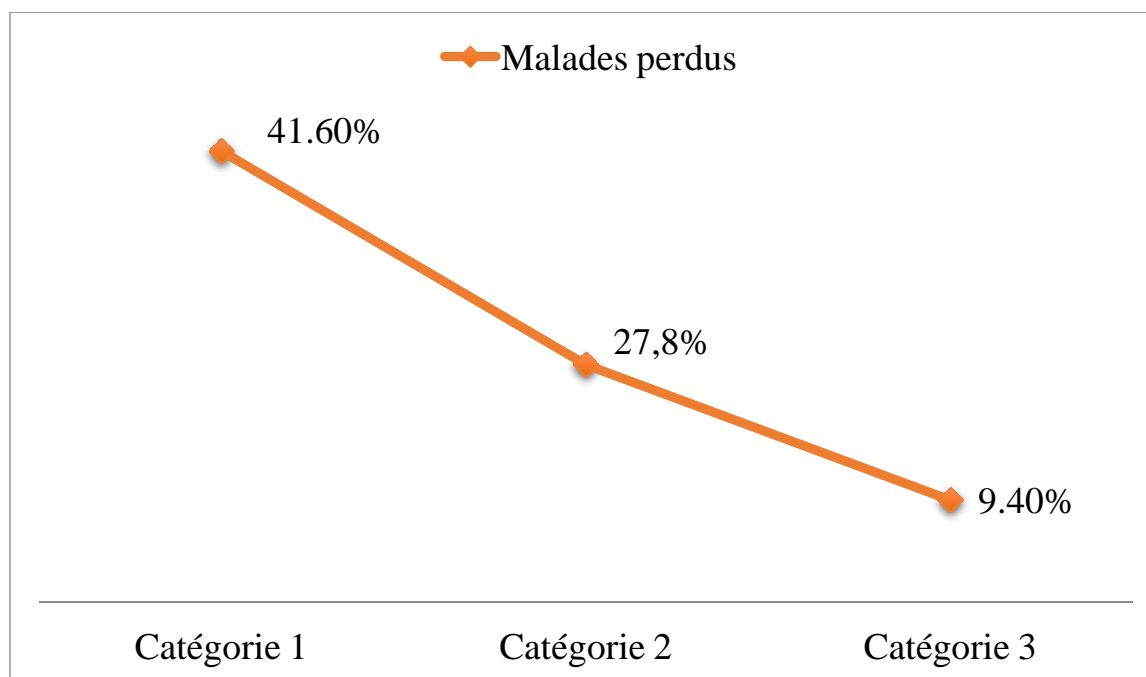


Figure 12 : Graphique représentant l'évolution des malades perdus en fonction des catégories d'EPS.

Le taux de malades perdus décroît avec l'augmentation de la fréquence des EPS.

Tableau XX : Représentation des malades réguliers en fonction des EPS.

Catégories	Malades traités	Fréquence
(0-5) EPS/sem.	749	22,1 %
(6-10) EPS/sem.	968	28,6 %
+10 EPS/sem.	1 667	49,3 %
Total	3 384	100 %

La catégorie 3 représente, à elle seule, près de la moitié des personnes traitées, soit 49,3 %.

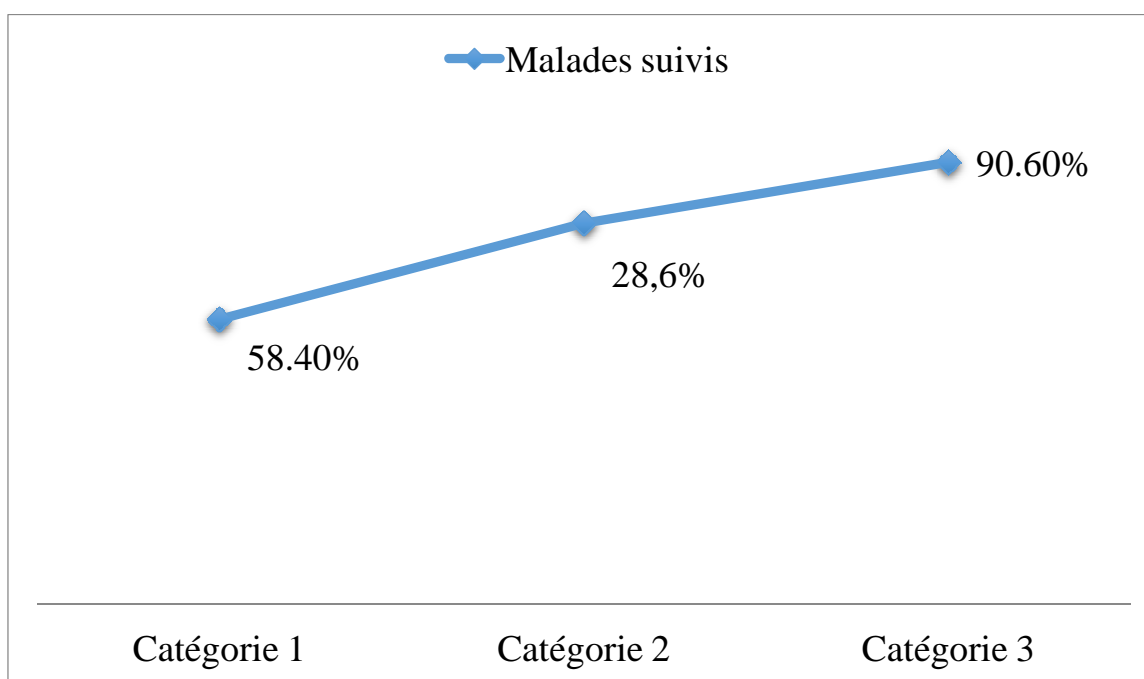


Figure 13 : Graphique représentant l'évolution des malades suivis en fonction des différentes catégories d'EPS.

Le taux de malades suivi régulièrement évolue positivement avec la fréquence des EPS.

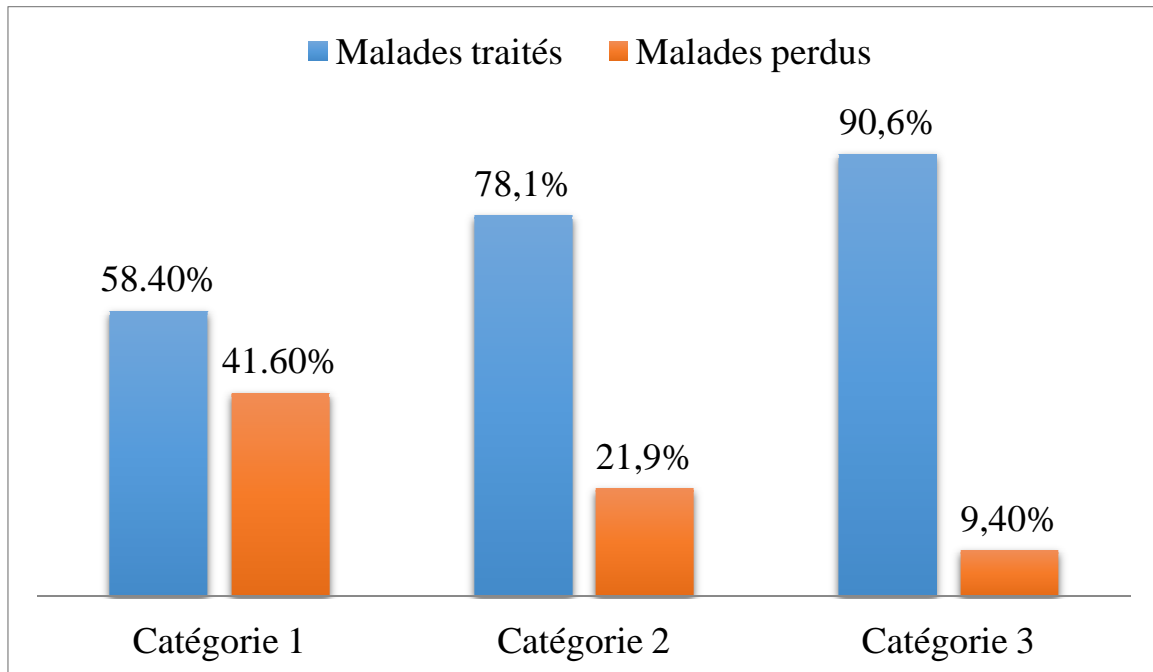


Figure 14 : Histogramme représentant la régularité en fonction des EPS.

La catégorie 3 des EPS détenait le taux de malades traités le plus élevé, soit près de 90,6 % de l'échantillon.

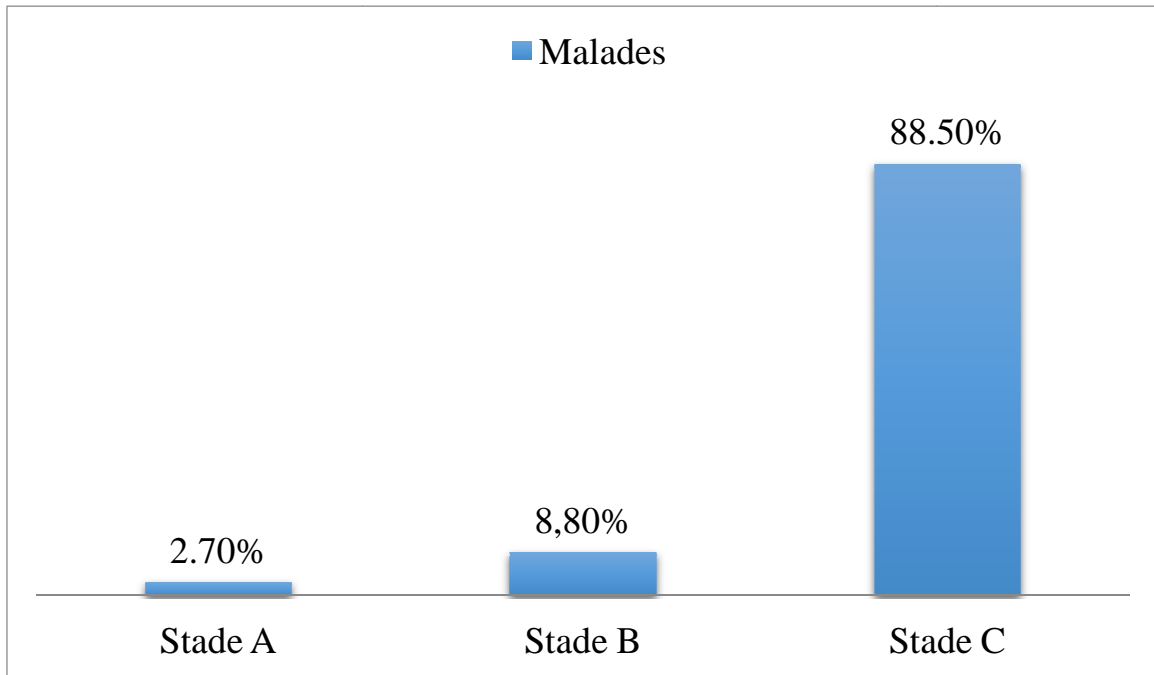


Figure 15 : Histogramme représentant les malades en fonction des stades.

Les malades au Stade C étaient majoritaires à 88,5%.

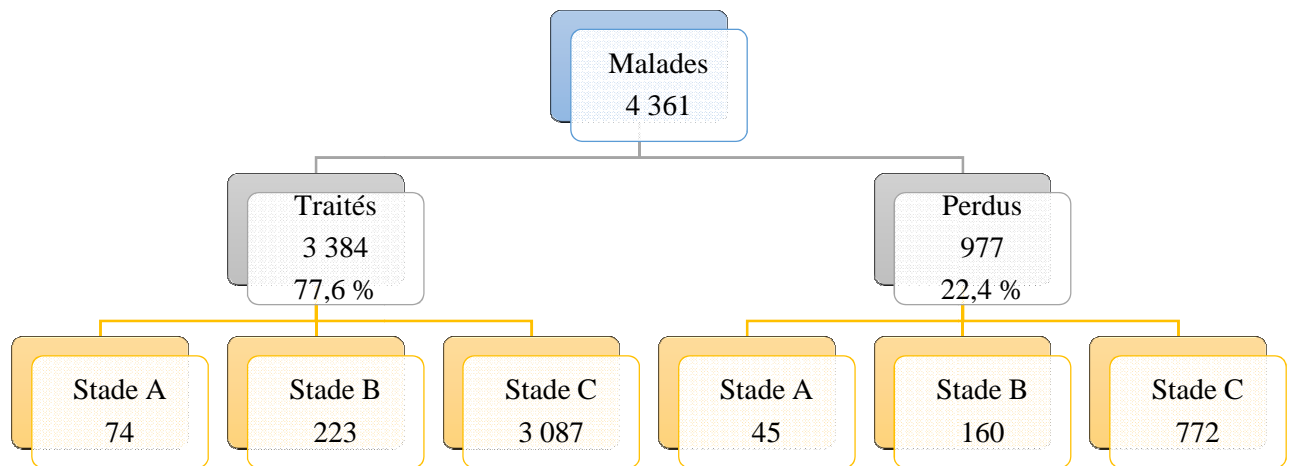


Figure 16 : Organigramme répartiissant les malades en fonction du suivi.

La majorité des malades traités était dans le Stade C au moment de l'étude, soit près de 70,9%.

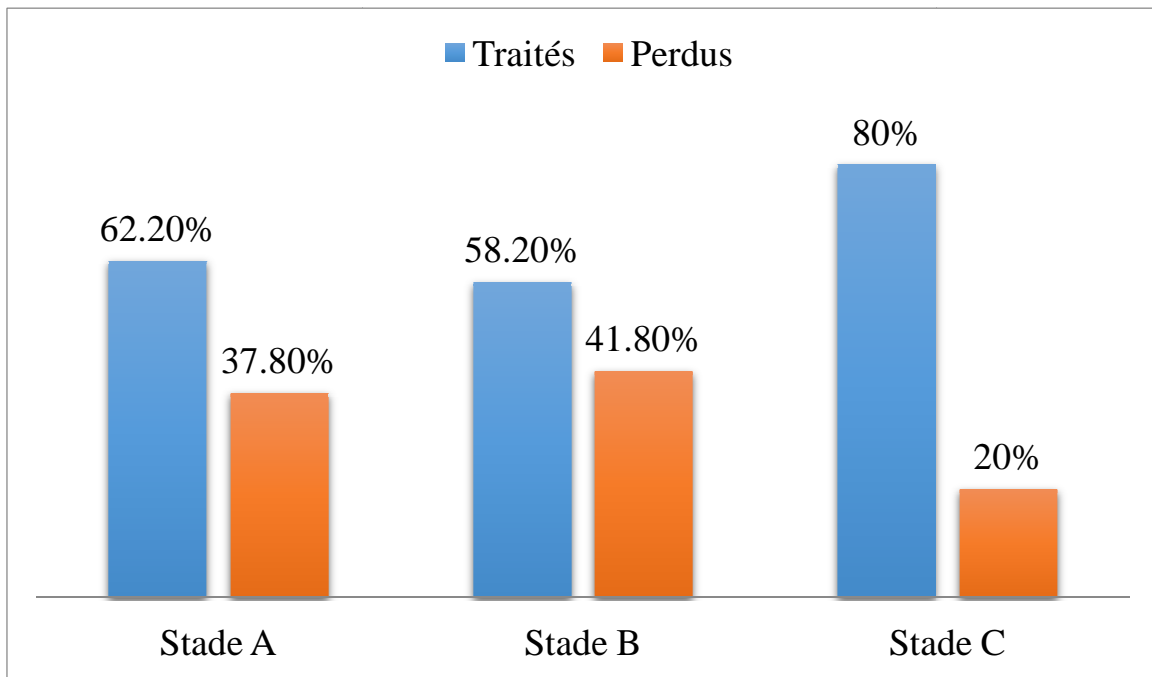


Figure 17 : Histogramme représentant le suivi en fonction des stades.

Parmi les malades traités, la catégorie la plus mieux suivie était au Stade C.

7. Commentaires et discussion

7.1 Limites et difficultés rencontrées

Comme pour toute étude, ce travail comporte des limites. C'est pourquoi des difficultés d'ordre général ont été notifiées :

- ✓ Le manque d'informatisation de la base de données dans certains centres ;
- ✓ L'indisponibilité de certains agents à répondre au questionnaire ;
- ✓ La limite du séjour dans la ville d'enquête.

7.2 Données sur les agents

Au terme de cette étude, nous avons pu constater l'intérêt et l'engouement que les agents de santé ont porté à cette dernière. Ils ont répondu au questionnaire de façon claire et précise. Certains d'entre eux ont même manifesté de l'enthousiasme et ainsi formulé bon nombre de recommandations.

Au cours de l'étude, Yonis Toussaint était le centre qui employait le plus grand nombre d'agents de santé avec 26,5 % soit 9 agents sur les 34. Il faut savoir que ce centre est spécialement dédié à la lutte et à la prévention contre le VIH/sida et que le personnel qui y travaille est formé uniquement dans ce but et parmi on y trouve toutes les catégories professionnelles : médecins, infirmiers, AT, APS, laborantins et psychologue. Ceci est utile dans le sens où il est important de savoir les différents points de vue des agents mais aussi dans la mesure où ils peuvent savoir quelles sont les attentes/craintes des PVVIH. À titre de comparaison, les centres comme Arhiba, Dar El Hanan ou Einguela suivaient respectivement 1,8 %, 0,1 % et 1,0 % des malades recensés. Ce sont de petites structures sanitaires, dans le suivi des PVVIH, équivalents aux CSCOM que l'on trouve à Bamako.

Parmi les agents que nous avons rencontrés, 55,9 % était des hommes, contre 44,1 % de femmes. Par ailleurs les médecins représentaient la catégorie professionnelle dominante avec 32,4 % soit 11 parmi les 34 agents. Il est

important de rappeler que ce sont eux qui sont tout en haut de la pyramide sanitaire dans la PEC des PVVIH. Ils décident du schéma thérapeutique à adopter pour tel malade, où changer telle molécule contre-indiquée chez telle personne car susceptible de donner tel ou tels effets indésirables. Ils suivent l'évolution clinique, biologique, virologique et immunologique des individus. Ainsi les données récoltées auprès des médecins constituaient un outil précieux pour pouvoir décrire et évaluer la qualité de la prise en charge des PVVIH.

Par ailleurs, 44,1 % des agents soit 15 agents sur les 34 ne pouvaient consulter qu'au maximum 5 malades par semaine, un chiffre assez bas au vu du nombre de malades : c'est la catégorie 1 des EPS (Entretiens Psychosociologiques par Semaine). 35,3 % d'entre eux se situaient dans la catégorie 2 (6-10 EPS/sem.). Ceux qui avaient opté pour la catégorie 3 constituaient 20,6 %, soit près du cinquième de l'effectif total. La catégorie 3 étant celle où les agents prennent en charge plus de 10 malades par semaine. L'étude consistait à déterminer, entre autres, s'il y a un lien entre la fréquence des EPS et la qualité du suivi ; c'est-à-dire la nécessité pour les agents de pouvoir obtenir le plein consentement de leurs malades ainsi que le suivi régulier avec une adhésion totale au traitement, aux contrôles réguliers et la participation des PVVIH aux séances de rencontres avec leurs soignants.

En outre, dans cette étude, il était primordial de déterminer s'il y avait l'existence de mesures d'éthique dans la PEC. Ainsi donc, au terme de l'enquête, nous avons pu trouver que 94 % des agents considéraient les patients comme des personnes vulnérables, alors que 5,9 % pensaient l'inverse. Par ailleurs, il est capital de savoir que 100 % des agents avaient affirmé qu'ils cherchaient toujours, avant tout et avant toute chose, à informer les malades pour obtenir leurs pleins consentements au cours du dépistage, mais aussi tout au long de la procédure de cette PEC. Encore, 100 % des agents garantissent l'anonymat aux malades. Ceci est d'abord à saluer car dans l'éthique médicale la

recherche du consentement éclairé, de la garantie de l'anonymat et d'un esprit de justice constituent les piliers fondamentaux dans toute recherche mettant en jeu la vie d'êtres humains. Aussi, est-il très important de souligner qu'au cours de la PEC, 44,1 % des agents affirmaient que le plus important pour eux c'était la confidentialité. Alors que 44,1 % autres prétendaient que le plus important était le respect de la personne. Il est à noter qu'au cours de l'enquête seulement 5,9 %, soit 2 agents sur les 34 de l'effectif total, déclarait avoir reçu une formation en éthique médicale. Ces chiffres dévoilent en fait, un état des lieux en matière d'éthique au cours de la PEC des PVVIH.

Toutefois, il semblerait que sans avoir reçu de formations spécifiques d'éthique médicale, les agents se conformaient aux grands principes d'éthique médicale, peut-être, sans même le savoir. Ce qui nous amène à conclure que ces mesures font partie intégrante de la PEC : ce sont des standards fixés, intégrés et recommandés par l'OMS à tous les agents suivant et traitant des PVVIH. Ceci nous a aussi amené à savoir s'il existait un code d'éthique médicale ou un ensemble de bases légales relatives aux règles d'éthique. À notre grand dam, nous avons appris que, mis à part le comité d'éthique mis en place pour la PEC des PVVIH, il n'y avait aucune structure ou code d'éthique permettant aux agents de santé d'éviter toute infraction aux règles d'éthique. Et de ce point de vue, il y a encore beaucoup à faire dans l'avenir.

7.3 Données sur les malades

Au cours cette étude, nous avons eu à recenser 4 361 patients suivis par les 34 agents enquêtés. Parmi ces 4 361 personnes, 3 384 (soit 77,6 %) étaient sous traitement et régulièrement suivies, tandis que les 977 personnes (soit 22,4 %) étaient perdues de vue (et/ou décédées), et ainsi donc exposées aux échecs thérapeutiques et aux résistances des souches virales. Ces résultats sont comparables aux travaux de Houssein ^[7] qui avait enregistré un suivi à 77,4 %, un taux de létalité à 5,3 % ; 4,3 % perte de vue et 9,1 % de transfert dans d'autres centres. Au Kenya, Marston et al. ^[16] avaient enregistré un suivi de 84 %, un taux de létalité à 4 %, 8 % de perte de vue et 1 % de transfert. Résultats également comparable à ceux de Saliou ^[19] qui a trouvé un taux de décès à 4 % et 10 % de transfert.

Parmi les centres de suivis, Yonis Toussaint était celui où l'on suivait le plus grand nombre de malades, 53,5 % (soient 2 336 patients sur les 4 361 malades de toute l'étude). Ce qui est tout à fait logique, car ce centre a été exclusivement créé pour la prévention et la lutte contre les VIH/sida.

Près de 88,5 % (soient 3 859 personnes sur les 4 361) des malades étaient au stade C du score CDC Atlanta ; c'est-à-dire, qu'ils étaient au stade où les manifestations cliniques de la maladie sont déjà apparentes (une des principales causes d'hospitalisation des PVVIH dans les pays en voie de développement). Les malades du stade A représentaient 2,9 % (119 personnes) tandis que les malades du stade B formaient 8,8 % (383 personnes). Ces résultats concordent plus ou moins avec ceux obtenu en Côte d'Ivoire ^[8] par en 2000 où 75 % des patients étaient au stade B ,16 % des patients au stade A et 8 % au stade C.

Dans une étude antérieure faite à Djibouti-ville, la répartition selon le stade clinique montrait que plus de 85,26 % des patients étaient symptomatiques, c'est-à-dire qu'ils étaient au stade C (53,21 %), au stade B (32,05 %) et que seulement 14,74 % d'entre eux étaient reçus au stade A. ^[16] Et

toujours dans cette même étude, la majorité de la population d'étude 80,77 %, résidait à Djibouti-Ville. Ceci s'expliquait par le fait que seule Djibouti-ville disposait des meilleurs sites de prescription, de distribution et des meilleurs suivis. Les difficultés d'accessibilités géographiques à ces sites justifiaient la faible fréquentation des patients résidant à l'intérieur du pays. Il y a donc une nécessité impérieuse de décentraliser la prescription et la distribution des ARV dans le souci d'une lutte plus efficace contre cette maladie.

Des 3 384 personnes traitées et bien suivies, nous avons 74 malades au stade A, 223 personnes au stade B et 3 087 malades au stade C. Alors que parmi les 977 perdus de vue, 45 malades étaient au stade A, 160 au stade B et 772 malades au stade C. Cette situation serait due aux refus de dépistage précoce qui pourrait s'expliquer par 2 raisons :

- d'une part le sida est une affection tabou, on a peur d'être stigmatiser par la société ;
- d'autre part, le sida est perçu dans nos conditions d'exercice comme étant une affection létale à 100 % à ± long terme, donc il y a la peur de mourir si tôt, si jeune.

Ce retard de dépistage entraîne un retard dans la prise en charge de pathologies opportunistes aggravant ainsi la maladie.

La catégorie 3 était celle qui regroupait le plus grand nombre de malades avec près de 42,2 % (soit 1 839 personnes). La catégorie 1 détenait 29,4 % (1 282 malades) et la catégorie 2 était à 28,4 % des malades (1 240 PVVIH). La catégorie 1 était composée de 1 282 malades dont 749 traités (58,4 %) et 533 perdus (41,6 %). La catégorie 2 était composée de 1 240 PVVIH, dont 968 malades traités (78,1 %) et 272 malades perdus (21,9 %). La catégorie 3 était composée de 1 839 malades dont 1 667 personnes traitées (90,6 %) contre 172 personnes perdues de vue (9,4 %). Il faut souligner que la plupart des agents appartenant dans la catégorie 1 et 2 se trouvaient dans les structures sanitaires de base, bien moins spécialisées pour la PEC des PVVIH. Tandis que les agents de la catégorie 3 se trouvaient dans les grands centres bien spécialisés tels que Yonis Toussaint, au Service des Maladies Infectieuses et Tropicales de l'Hôpital Général Peltier (HGP) ou encore au Service de Pneumo-phtisiologie du Centre Paul Faure (CPF). Ainsi donc, ses derniers sont mieux spécialisés et possèdent davantage de ressources pour la mise en œuvre d'une PEC de meilleure qualité.

On s'est aperçu que dans l'ensemble des malades perdus de vue, 54,6 % étaient de la catégorie 1, 27,8 % de la catégorie 2 et enfin 17,6 % étaient de la catégorie 3. On pourrait en déduire que le taux de pertes de vue et d'échecs thérapeutiques décroît avec l'amélioration des EPS. Par comparaison, on obtient un résultat inverse si l'on regarde les malades suivis et traités ; dans cet ensemble, la catégorie 1 formait 22,1 %, la catégorie 2 formait 28,6 % et la catégorie 3 représentait à elle seule 49,3 % de tous les malades traités. On en déduit que les EPS permettent de réduire les pertes des malades, les échecs thérapeutiques et améliorent la régularité des malades à la prise des ARV, des contrôles réguliers, facilitent l'accompagnement et le soutien psychologique que nécessite la prise en charge des PVVIH.

8. Conclusion

Au terme de cette étude se dégagent les conclusions suivantes :

Le centre Yonis Toussaint employait 26,5 % des agents rencontrés et la majorité des agents était des hommes, soit 55,9 %. Les médecins représentaient 32,4 % d'entre eux. Sur le plan éthique, 94,1 % des agents considéraient les malades comme vulnérables. 88,2 % de ces mêmes agents ont répondu que la confidentialité et le respect de la personne sont la clé de la prise en charge. Et 94,1 % d'entre eux affirmaient n'ayant reçu une formation de base en éthique médicale. Près de 77,6 % des malades au cours de l'étude étaient mis sous traitement et régulièrement suivis. Parmi ces malades, 53,5 % étaient suivis au centre Yonis Toussaint et 88,5 % d'entre eux étaient au Stade C. Par ailleurs, chez les malades du Stade C, 80 % étaient sous ARV et régulièrement suivis. Près de 20,6 % des agents de l'étude (soit 7 agents) suivaient 42,2 % des malades (soit 1 839 personnes) et faisaient partie de la catégorie 3 des EPS. Cette catégorie 3 était la plus efficace en termes de mise sous traitement avec près de 90,6 % des malades sous ARV et régulièrement suivis.

9. Propositions

Au vu des résultats obtenus au terme de cette étude, nous formulons les recommandations suivantes :

9.1 Aux autorités sanitaires

- ✓ Former le personnel sanitaire en éthique médicale ;
- ✓ D'instaurer un code ou une charte d'éthique à l'intention de tous les agents de santé, même en dehors du cadre de la PEC des PVVIH ;
- ✓ D'encourager des études pour faire un état des lieux régulièrement.

9.2 Aux agents de santé

- ✓ Créer une relation de confiance avec les malades ;
- ✓ Faire un bon counseling avant tout traitement ARV et renforcer l'éducation thérapeutique pour garantir une meilleure observance ;
- ✓ Faire le maximum de RDV et d'EPS pour être efficace en termes de régularité et de suivis des malades ;
- ✓ Faire des séances ou des ateliers axés sur l'éthique médicale et le VIH/sida.

9.3 Aux patients

- ✓ Respecter les posologies et le rythme des prises de médicaments ;
- ✓ Respecter les RDV avec les médecins et les autres agents de santé ;
- ✓ Effectuer régulièrement ses bilans de suivi.

9.4 À la population

- ✓ Recourir à un dépistage volontaire du VIH ;
- ✓ Eviter de stigmatiser et/ou de discriminer les personnes vivantes avec le VIH/sida ;
- ✓ Aborder sans tabou, le thème du VIH/sida et de la sexualité dans la société.

10. Références

1. **Anne Decoster.** : « **Syndrome d'immunodéficience acquise** ». Disponible à l'url : http://fr.wikipedia.org/wiki/Syndrome_d'immunodéficience_acquise/ [Consulté le 18 Oct. 2011 vers 18h].
2. **Association médicale mondiale**, manuel d'éthique médicale. 2^{ème} édition, 2009 : 140 Pages.
3. **L'éthique médicale** disponible à l'url : http://www.med.uottawa.ca/sim/data/Ethics_f.htm [consulté le 09/05/2013].
4. **L'éthique médicale et les droits de l'homme**, module de cours en ligne disponible à l'url : <http://cours1bichat-larib.weebly.com/index.html> [consulté le 28 avr. 2013 vers 12h].
5. **France**, décret 95-1000 portant code de déontologie médicale.
6. **France**, Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.
7. **Houssein Y. Darar.** : « Aspects épidémiologiques et immunologiques des patients VIH suivis au centre de Yonis Toussaint à Djibouti ». Mémoire Med, Dakar ; 2007 ; 90p.
8. **Kanga-Koffi CI, Barouan MC, Ani A, Memain-Jenou H, Diabaté S.** : « Place et importance de l'hôpital du jour (HDJ) dans la prise en charge des patients sous ARV en Afrique (USAC) » in CISMA, Burkina, Décembre 2001 [Abstract 11PT3-233].
9. **Kibangou N, Mbuzenakamwe MJ, Glélé C, Mohamed H, Ibrahim M, Coulibaly et al.** : « Guide d'utilisation des antirétroviraux chez l'adulte et l'adolescent ». Djibouti : [Ministère de la Santé](#), 2008 ; 56p.
10. **Le Conseil du CPME.** : « Cours de Base d'Éthique Médicale sur le Consentement, la Confidentialité et les Droits de l'Homme » 2008/159 EN/Fr) Disponible à l'url suivante : http://cpme.dyndns.org:591/Adopted/2009/CPME_AD_Brd_130609_159_final_FR.pdf/ [Consulté le 24 avr. 2013].
11. **Maiga FSM.** : « Efficacité, Tolérance et Observances des régimes de trithérapie (ARV) chez les malades sidéens dans trois sites du district de Bamako ». Thèse Med., Bamako; 2006; 96p.
12. **Mali**, Code de déontologie médicale. Annexé à la loi N° 86-35/AN-RM du 12 avril 1986 portant institution de l'ordre des médecins.

13. Mali, Loi N° 09-059 / du 28 décembre 2009 régissant la recherche biomédicale sur l'être humain.

14. Mali, Loi N° 06-028/ du 29 juin 2006 fixant les règles relatives à la prévention, à la prise en charge et au contrôle du VIH/sida.

15. Manoukian A et Massebeuf A, la relation soignant-soigné. Paris: Lamarre, 1995.

16. ONUSIDA : « Rapport sur l'épidémie mondiale de sida 2011 ». Disponible à partir de l'url : [http:// www.unaids.org/globalreport/global_report_fr.htm/](http://www.unaids.org/globalreport/global_report_fr.htm/) [Consulté le 24 nov. 2012 vers 23h].

17. Serment d'Hippocrate. Disponible à l'url [http://www.ordomedic.be/fr/l-ordre/serment-\(belgique\)/serment-hippocrates/](http://www.ordomedic.be/fr/l-ordre/serment-(belgique)/serment-hippocrates/) [consulté le 27/4/2013].

18. Programme National de Lutte contre le Sida. « Counseling et dépistage du VIH à Madagascar : normes et procédures » : Antananarivo, Ministère de la Santé Publique ; 2011 ; 82p.

19. Saliou M. "Suivi Clinique et biologique des patients sous ARV sur le site du CHU du Point G ». Thèse Méd. Bamako ; 2005 ; 108p.

20. TONGO Edwige : Étude des connaissances, des attitudes et des pratiques comportementales en milieu hospitalier et universitaire en matière d'éthique médicale: cas de la FMOS, des CHU du point G et de Gabriel Touré ; Thèse Med. ; Bamako, mars 2013 ; 86 pages.

21. Université Laval : « Partie 3 des représentations sociales du VIH/sida et des personnes vivant avec le VIH/sida en Guadeloupe ».

Disponible à l'url suivante : <http://theses.ulaval.ca/archimede/fichiers/22985/ch04.html/>, [Consulté le 28 avr. 2013 à 20h].

22. Wikipédia. : « République de Djibouti »

Disponible sur l'url : <http://fr.wikipedia.org/wiki/Djibouti/> [Consulté le 12 mars 2012 vers 12h].

23. Williams B, L'éthique et les limites de la philosophie, Paris, Gallimard, 1994 : 336 pages.

11. Annexes

11.1 FICHE D'ENQUÊTE

Les aspects socio-éthiques du VIH/sida à Djibouti

Directeur de thèse : Pr Samba DIOP (FMOS Bamako, Mali)

Thésard : Hassan ALI (6^e année médecine, has_ali1@yahoo.fr)

Fiche pour les agents de santé

1-Code d'identification anonyme/_____/, 2-Sexe/___/ 1=féminin 2=masculin

3-Centre de suivi/_____/ 4-Durée de suivi (en mois)/_____/

5-Pouvez-vous estimer le nombre de malades que vous suivez ? /_____/

6-Combien sont sous traitement ? /_____/

7-A quel stade de la maladie ? /___/ 1=stade A ; 2=stade B ; 3=stade C

8-Combien d'entretiens psychosociologiques faites-vous par semaine ? /___/ 1=0-5; 2=6-10; 3= plus de 10

9-Considérez-vous les malades comme des sujets vulnérables ? /___/ 1=oui ; 2=non

10-Respectez-vous l'anonymat des patients ? /___/ 1=oui ; 2=non

11-Cherchez-vous à obtenir le consentement éclairé des malades ? /___/ 1=oui ; 2=non

12-Quels sont les principaux axes de cette prise en charge ? /___/, 1=confidentialité 2=respect de la personne 3=bienfaisance 4=justice

13-Le premier contact est-il capital pour obtenir le plein consentement et une meilleure observance du traitement ? /___/ 1=oui 2=non

14-Pensez-vous que le suivi psychosociologique permet de réduire les abandons des traitements ? /___/ 1=oui 2=non

15-Faites-vous régulièrement des formations continues ou des ateliers sur les principes d'éthique ? /___/ 1=oui 2=non

16-Avez-vous des recommandations pour améliorer la qualité de la prise en charge ? /___/

1=oui 2=non si oui :

11.2 FICHE SIGNALÉTIQUE

Nom : ALI ELMI

Prénom : Hassan

Courriels :

- has_ali1@yahoo.fr,
- has_ali1@hotmail.com,
- hasali805@gmail.com.

Titre de la thèse : Les aspects socio-éthiques reliés au VIH et au sida à Djibouti.

Année : 2011-2012

Ville de soutenance : Bamako, République du Mali

Année de soutenance : 2013

Ville d'enquête : Djibouti-ville, république de Djibouti

Pays d'origine : République de Djibouti

Lieu de dépôt : Bibliothèque FMOS

Secteur d'intérêt : Santé Publique et Infectiologie.

Mots clés : Éthique, VIH/sida.

11.3 RÉSUMÉ

11.3.1 Résumé en français

Il s'agit d'une étude analytique prospective qui s'est déroulée du 25 décembre 2011 au 8 février 2012 à Djibouti-ville (république de Djibouti), auprès de 34 agents de santé répartis dans 11 centres et prenant en charge 4 361 personnes atteintes du VIH/sida. L'enquête était basée sur un questionnaire qui visait à déterminer à la fois, les connaissances des agents sur les principes

d'éthique, mais aussi sur les valeurs humaines et universelles incluses dans la prise en charge des malades atteints du VIH/sida. La majorité des agents, soit 94 % d'entre eux n'avaient pas reçu une formation sur l'éthique médicale. Néanmoins, 100 % des agents enquêtés cherchaient à obtenir le consentement éclairé et garantissaient l'anonymat des malades que ce soit lors du dépistage ou lors de la mise sous ARV. L'amélioration des connaissances pratiques de l'éthique médicale passe impérativement par des formations appuyées et par la mise en place de programmes de recyclage des personnels soignants. Ceci contribue à réduire les pertes des patients, les échecs de traitement, la survenue de résistances virales, et ainsi donc à améliorer la qualité de vie des personnes atteintes du VIH/sida.

11.3.2 English summary

This is a prospective analytical study was conducted from December 25 2011 to February 8, 2012 in Djibouti-ville (Republic of Djibouti), with 34 health workers in 11 health centers and supports about 4,361 people with HIV/AIDS. The survey was based on a questionnaire that sought to determine the agents' knowledge on ethical principles, but also on human and universal values included in the care of patients with HIV/AIDS. The majority of health workers, 94 % of them had not received training in medical ethics.

However, 100 % of surveyed agents sought to obtain informed consent and guaranteed the anonymity of patients either during testing or when initiating antiretroviral treatment. Access for knowledge of medical ethics is essentially passing by the training and the establishment of recycling programs for caregivers. This contributes significantly to reducing losses of patients, treatment failures, the occurrence of viral resistance to treatment, and thus improve the quality of life of people living with HIV/AIDS.

11.4 SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

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

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

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

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

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

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

Que je sois couvert d'opprobres et méprisé de mes confrères si j'y manque.

Je le jure.