

Croyances et Comportement des femmes enceintes vis-à-vis de leur Séropositivité pour l'infection à VIH au service de Gynéco-obstétrique du centre de santé de référence de la commune II

Ministère de l'enseignement supérieur
et de la recherche scientifique

République du Mali
Un Peuple – Un But – Une Foi



Faculté de Médecine, de
Pharmacie et d'Odonto

Année Universitaire 2010 – 2011
Stomatologie

Thèse N° _____

D'ODONTOSTOMATOLOGIE

Thèse

**Croyances et Comportements des femmes
enceintes vis-à-vis de leur séropositivité pour
l'infection à VIH au service de Gynéco-
obstétrique du centre de santé de référence
de la commune II**

Présentée et soutenue publiquement le 13/12/2011

*devant la
Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odontostomatologie de
l'université*

de Bamako

Par Mme Makalou Awa Nazoum Diarra

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine (Diplôme d'état)

JURY

PRESIDENT : *Pr Salif DIAKITE*

MEMBRES : *Dr Youssouf TRAORE*

Dr Akory Ag IKNANE

DIRECTRICE: *Pr. SY Assitan SOW*

DEDICACES

ET

REMERCIEMENTS

Croyances et Comportement des femmes enceintes vis-à-vis de leur Séropositivité pour l'infection à VIH au service de Gynéco-obstétrique du centre de santé de référence de la commune II

Je dédie ce travail

A ALLAH, le tout Puissant, le Clément et le Miséricordieux ;

Par ta bonté et ta grâce tu m'as assistée et m'as permise de mener à bien ce travail; tu as toujours guidé mes pas. Donne-moi la force, la volonté et l'occasion d'élargir de plus en plus mes connaissances. Je peux aujourd'hui découvrir des choses que je ne soupçonnais pas hier car l'art est grand mais l'esprit de l'homme va toujours à la quête du savoir.

A mes grands-parents et tontons défunts (Mamadou Sacko, Souleymane Sacko, Philippe Diarra et Cheick F Diakité)

In mémoriam, j'espère que malgré votre absence vous me couvrirez de bénédictions et vous serez fiers de moi.

A mon père Nazoum Diarra

Trouve dans ce travail qui est aussi le tien, le témoignage de mon amour et de mon infinie reconnaissance. Tes principaux soucis ont toujours été la réussite et le bonheur de tes enfants pour lesquels tu as consenti des sacrifices incommensurables. Par ton soutien moral et matériel apporté au cours de ces longues années d'études ; tu as fait de moi ce que je suis aujourd'hui. Mille pardons pour les soucis et la fatigue que je t'ai causés.

Que Dieu te garde encore longtemps auprès de tes chers enfants afin que tu puisses goûter aux fruits de ton dur labeur !

A ma mère Fatoumata Sacko

Toi ma mère, toi qui as accepté de tout donner pour le bonheur de tes enfants, tu n'as ménagé aucun effort pour le bien être, le confort et la réussite de tes enfants.

Croyances et Comportement des femmes enceintes vis-à-vis de leur Séropositivité pour l'infection à VIH au service de Gynéco-obstétrique du centre de santé de référence de la commune II

Ce couronnement n'aurait jamais vu le jour si tu n'avais pas été aussi présente et déterminée. Infatigable et compréhensive, tu étais toujours présente lors de mes moments de peine et de joie.

Que puis-je faire Maman pour te remercier pour tous les efforts fournis pour notre éducation, pour nous avoir inculqué l'honnêteté et le respect de la personne humaine ? Rien, je ne peux que prier le bon Dieu pour qu'il t'accorde une santé de fer et longévité. Ce travail est le tien.

A Mr Traoré Sidy

Vous avez été un père pour moi, grâce à vous et au bon Dieu, j'ai pu franchir le cap du baccalauréat sans grande difficulté. J'ai admiré plus en vous un chef de famille responsable, soucieux de l'avenir de ses enfants.

Que ce travail soit pour vous, l'expression de ma reconnaissance la plus sincère. Merci infiniment.

A mon époux Dialla Makalou

Tu as été présent tout au long de ce travail. Merci pour ton soutien moral, matériel et surtout pour ton amour. Qu'Allah le Tout Puissant veille sur notre union. I love You.

A ma fille Awa Ibrahim Makalou

Les mots nous manquent pour t'exprimer tout notre amour pour toi.

Tu es venue illuminer notre foyer.

Que Dieu te donne longue vie et bonne santé à côté de maman et papa.

Mes remerciements :

A mes tontons :

Sékou Sacko, Sory Sacko, Issa Sacko, Alpha Sacko, Kinka L Diarra, Sangaré Toumani, Sangaré Boubacar B, Youssouf Traoré. J'ai beaucoup bénéficié de vos conseils sans lesquels d'ailleurs je n'aurais atteint ce niveau. Je vous en remercie.

A mes tantes:

Bassan Sacko, Sitan Sacko, Yaye Sacko, Assétou Doumbia, Fatoumata Kebe, Kadiatou Cissé, Saran Dembélé pour votre amour et tous les sacrifices consentis pour moi. Que ce travail soit pour vous un motif de réconfort.

A mes frères

Gaoussou F Diarra, Ibrahima JB Diarra

Merci pour l'amour, le soutien et la confiance que vous m'avez témoignés. Puisse Dieu renforcer les liens d'amour et de fraternité qui nous unissent. Je vous aime.

A mon cousin Moussa M Diarra

Tu as été plus qu'un cousin pour moi, un frère, un complice.

Je te remercie pour ton encouragement et tes conseils tout au long de mon parcours scolaire. Que Dieu te donne longue vie.

Croyances et Comportement des femmes enceintes vis-à-vis de leur Séropositivité pour l'infection à VIH au service de Gynéco-obstétrique du centre de santé de référence de la commune II

A mes cousins et cousines

Yacouba Diarra, Adama Sacko, Assitan Doumbia, Habibatou Sacko, Massitan Sacko, Mariam I Sacko, Mariam Diarra, Hinsi Diarra.

Aux médecins du service :

Haïdara Mamadou, Dao Seydou Z, Diaby Mohamed, Koné Bocari, Traoré Lamine, Koné Issa, Diarra Issa, Diaby Moctar, Fomba Dramane, Doumbia Daouda, Diarra Sirama, Coulibaly Gada, Fofana Oumar, Bagayoko Yacouba, Koné Jean W, Koné Bourema, Niambélé Abdoulaye, Camara Sory, Sanogo Aïcha Cissé, Coulibaly Salimata Kan et Sidibé Boubacar.

Merci pour la qualité de l'enseignement que j'ai reçu.

A mes amis :

Aminata Touré: tu as été là du début à la fin de ce travail. Merci pour ton humanisme, tes conseils et d'avoir partagé la galère avec moi. Plus qu'une amie tu es une soeur pour moi. Puisse Dieu renforcer davantage ce lien.

Zeinab Koné: Pour ta gentillesse, ta disponibilité et surtout ton bon cœur. Tu as été pour moi un exemple de courage qu'il fallait suivre. Sois sûre de mon amitié.

Faïty Diarra, Sanata Coulibaly, Anta Traoré, Assan Traoré, Mariam Diarra, Sadjo Coulibaly, Sogona Dembélé, Sira Dembélé, Mariam Sissako, Aïssata Koné dite Julie, Sanata Touré, Mariam Guindo, Maïmouna Konaté, Fatoumata Touré et toute la 2^e promotion de Numéris clausus de la FMPOS (Promotion Aly Guindo).

Merci pour votre soutien, vos conseils au moment où il le fallait. Ce travail est le vôtre.

Croyances et Comportement des femmes enceintes vis-à-vis de leur Séropositivité pour l'infection à VIH au service de Gynéco-obstétrique du centre de santé de référence de la commune II

A mes collègues de service :

Niagalé Sylla, Yacouba Coulibaly, Adama Thiam, Salif Diabaté, Ibrahim Fomba, Kader Ouattara, Boubacar Kassambara, Mohamed Korenzo, Sinclair Faulefack, Almamy Goïta, Sory I Cissé.

Merci pour l'aide mutuelle, les échanges de connaissance et les moments inoubliables passés ensemble. Puisse Dieu renforcer les liens d'amitié qui nous unissent.

Aux sages femmes, infirmier(e)s et aides soignantes du service.

A tous ceux qui de près ou de loin ont contribué à l'élaboration de ce travail et que j'ai hélas omis. Merci à tous.

HOMMAGES

Croyances et Comportement des femmes enceintes vis-à-vis de leur Séropositivité pour l'infection à VIH au service de Gynéco-obstétrique du centre de santé de référence de la commune II

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DU JURY

PROFESSEUR SALIF DIAKITE

Professeur Honoraire de gynécologie et d'obstétrique à la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odonto Stomatologie de l'université de Bamako

Cher Maître,

Nous sommes reconnaissants pour la spontanéité avec laquelle vous avez accepté de présider ce jury.

La qualité de votre enseignement, votre haute culture scientifique font de vous un grand maître aimé et admiré de tous.

Honorable Maître, la probité, l'honnêteté, le souci constant du travail bien fait, le respect de la vie humaine, le sens social élevé, la rigueur, la faculté d'écoute sont des vertus que vous incarnez et qui font de vous un grand médecin.

Merci pour votre disponibilité au quotidien.

Puisse vos distinctions scientifiques nous servir de modèle.

A NOTRE MAITRE ET JUGE

DOCTEUR YOUSOUF TRAORE

*Gynécologue obstétricien au centre hospitalier universitaire Gabriel
TOURE*

Maitre assistant à la FMPOS

*Secrétaire général de la société malienne de gynécologie et
obstétrique*

Cher Maitre,

C'est l'occasion aujourd'hui de vous dire merci .Merci pour tout ce que vous avez fait et que vous faites pour la science.

Votre rigueur, votre esprit de sacrifice, votre abnégation et surtout votre humilité font de vous un maitre admiré et respecté de tous.

Puisse ALLAH vous donner une longue vie et la santé pour que vous continuez à servir la science.

Croyances et Comportement des femmes enceintes vis-à-vis de leur Séropositivité pour l'infection à VIH au service de Gynéco-obstétrique du centre de santé de référence de la commune II

A notre maître et Juge

Docteur Akory AG IKNANE

*Maître assistant à la faculté de médecine et
d'odontostomatologie (FMPOS)
Spécialiste en santé publique
Chef de service Nutrition à l'INRSP
Premier médecin directeur de l'ASACOMA
Président du réseau malien de nutrition (REMANUT)
Secrétaire général de la société malienne de santé
publique (SOMASAP)*

Cher Maître,

Nous voudrions que ce travail soit un reflet des riches enseignements que vous nous avez donné durant notre formation.

Vous nous avez toujours témoigné de votre constante disponibilité et vous n'avez ménagé aucun effort pour l'encadrement et la formation des étudiants.

Vous nous avez toujours incités au travail bien fait et à la rigueur.

Cher maître vous resterez pour nous un modèle, veuillez accepter toute notre gratitude et notre profonde admiration.

A NOTRE MAITRE ET DIRECTRICE DE THESE

PROFESSEUR SY AIDA SOW

Professeur Honoraire de gynécologie et d'obstétrique à la Faculté de Médecine Pharmacie et d'Odonto Stomatologie de l'université de Bamako.

Présidente de la Société Malienne de Gynécologie et d'Obstétrique (S.O.M.A.G.O)

Chevalier de l'Ordre National du Mali

Cher Maître,

Ce jour est le vôtre. Vous nous avez accordé votre confiance en nous donnant ce travail,

Vous nous avez accueilli et traité dans votre service avec respect et amour.

Vous avez su inculquer en nous la rigueur, l'honnêteté, le sens du sacrifice et du travail bien fait.

Votre sens de l'humour témoigne de votre grande simplicité.

C'est le jour pour nous de vous avouer toute notre joie et notre fierté d'être passé dans votre service.

Permettez nous aujourd'hui de vous exprimer toute notre profonde gratitude pour le savoir que vous nous avez transmis.

Puisse ALLAH le Tout Puissant vous garder encore plus longtemps auprès de nous.

LISTE DES ABBREVIATIONS

ADN : acide desoxy ribo nucléique

AMP : aide médicale à la procréation

ARN: acide ribo nucléique

CCC: communication pour un changement de comportement

CDC: center for disease control and prevention

CHU: centre hospitalier universitaire

CSCOM: centre de santé communautaire

CSREF CII: centre de santé de référence de la commune II

CPN: consultation prénatale

GRID: gay related immune deficiency

IEC : information, éducation, communication

IST: infection sexuellement transmissible

ONUSIDA: organisation des nations unies de lutte contre le SIDA

PEV: programme élargi de vaccination

PMI: protection maternelle et infantile

PTME: prévention de la transmission mère enfant

SIDA: syndrome d'immuno-déficience acquise

VIH: virus de l'immuno-déficience humain

SOMMAIRE

I- INTRODUCTION	1-3
II- OBJECTIFS	4-5
III- GENERALITES	6-18
IV- METHODOLOGIE	19-25
V- RESULTATS	26-50
VI- COMMENTAIRES ET DISCUSSION	51-55
VII-CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS	56-59
VIII-REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	-60-65
VIX-ANNEXES	.-66-70

1- INTRODUCTION :

L'infection à VIH, véritable fléau des temps modernes, n'épargne aucun continent, aucune race, ni aucune classe sociale. En 1981 le premier cas d'infection par le VIH a été découvert aux Etats-Unis chez des homosexuels [24]. En 1985, le premier cas a été décrit au Mali chez un migrant à l'hôpital Gabriel Touré [24].

La pandémie du VIH s'inscrit incontestablement parmi les problèmes de santé actuels qui préoccupent tous les Etats en particulier ceux d'Afrique au sud du Sahara [2-30-31]. En fin 2009, d'après le rapport ONUSIDA, le nombre de personnes vivant avec le VIH était estimé à 33,3millions [31,4millions-35,3millions]. Le nombre de personnes nouvellement infectées était estimé à 2,6millions [2,3millions-2,8millions] et le nombre de personnes décédées était de l'ordre de 1,8millions [1,6millions-2,1millions] avec un recul de 20% sur les cinq dernières années [38]. Selon le rapport 2010 de la surveillance sentinelle du VIH chez la femme enceinte au Mali, la prévalence globale du VIH était de 2,7% mais variant considérablement d'une région à l'autre [8]. Elle a été de 2,5% chez les femmes enceintes suivis à l'unité PTME du CSREF CII.

La séropositivité et les maladies afférentes suscitent chez les femmes en particulier et dans la communauté en générale, des représentations diverses engendrant parfois des attitudes inopportunes modifiant les relations sociales [7-22-42]. Ces femmes sont soumises à de rudes épreuves d'ostracisme, de discrimination en plus du fardeau quotidien de leur vécu physique.

Le soutien psychologique et moral suppose l'acceptation du statut des malades et le respect de la confidentialité. L'absence de stigmatisation, de rejet et de condamnation morale des individus, sont considérées par les malades comme

Croyances et Comportement des femmes enceintes vis-à-vis de leur Séropositivité pour l'infection à VIH au service de Gynéco-obstétrique du centre de santé de référence de la commune II

une manifestation de solidarité. Cela est encore plus important à leurs yeux que toute forme de soutien financier [19]. Le recours à la solidarité familiale était conseillé comme réponse totale ou partielle aux besoins des personnes infectées par le VIH avant qu'on évoque le traitement ARV. En 1994, la difficulté de la prise en charge du sida conduisant l'OMS à déclarer « la famille dont les liens s'appuient sur l'amour, la confiance et l'ouverture sont les mieux placées pour protéger les membres de l'infection et apporter compassion, soins et soutien à ceux qui sont infectés par le VIH ou malade du sida » [19] .

Afin de mieux connaître ces représentations nous avons décidé de mener cette étude psycho comportementale qui s'assigne comme objectifs :

2-Objectifs

2-1-Objectif général

- Etudier la croyance et le comportement des femmes enceintes séropositives au VIH vues en consultation au service de Gynéco Obstétrique du centre de santé de référence de la commune II du District de Bamako d'Avril 2009 à Mars 2010.

2-2-Objectifs spécifiques

- Déterminer la proportion des femmes enceintes séropositives au VIH vues en consultation prénatale dans le service d'Avril 2009 à Mars 2010.
- Décrire le profil sociodémographique des femmes enceintes séropositives au VIH en consultation au service de Gynéco Obstétrique du centre de santé de référence de la commune II du District de Bamako d'Avril 2009 à Mars 2010.
- Décrire les facteurs influençant les croyances et les comportements des femmes enceintes séropositives.

3- GENERALITES

3-1-définition :

L'infection à VIH est une maladie d'origine virale caractérisée par une diminution des défenses immunitaires de l'organisme, plus précisément une diminution du nombre de lymphocytes CD4 [12].

3-2-Historique du VIH : [18]

Le VIH est étroitement lié aux virus entraînant des maladies semblables au sida chez les primates, le virus d'immunodéficience simien (VIS). Il existe plusieurs théories sur l'origine du sida, mais il est communément admis que le VIH-1 est une mutation du VIS. Ce dernier infecte notamment les chimpanzés Pan troglodytes, qui sont des porteurs sains du VIS. La transmission chez l'homme a été rendue possible par une mutation du virus. Le premier échantillon recensé du VIH fut recueilli en 1959 à Léopoldville (aujourd'hui Kinshasa), dans l'actuelle République démocratique du Congo. Parmi les premiers échantillons recueillis, on compte également le cas d'un [américain](#) homosexuel en 1969 et d'un marin hétérosexuel norvégien en 1976.

Au début de l'épidémie, des recherches ont été entreprises pour déterminer le patient zéro qui aurait propagé le virus aux États-Unis. Pendant un temps les soupçons se sont portés sur Gaétan Dugas, un steward canadien homosexuel qui est mort le 30 mars 1984. Une étude fait remonter l'entrée du VIH aux États-Unis vers 1969, par un immigré haïtien célibataire [36]. Les premiers signes de l'épidémie remontent à la fin des années 1970, lorsque des médecins de New York et de San Francisco s'aperçoivent que nombreux sont leurs patients homosexuels souffrant d'asthénie, de perte de poids et parfois même de formes rares et atypiques de cancer (comme le sarcome de Kaposi qui s'attaque aux leucocytes).

L'existence d'un problème sanitaire est avérée en juillet 1981 lorsque le Center for [Disease Control and Prevention](#) (CDC) d'Atlanta relève une fréquence anormalement élevée de sarcomes de Kaposi, en particulier chez des patients homosexuels. L'apparition d'un nouveau virus est évoquée dès 1982. Le virus est d'abord connu sous le nom de GRID (Gay-related immune deficiency) aux États-Unis, avant d'adopter l'appellation VIH en juillet 1982.

Croyances et Comportement des femmes enceintes vis-à-vis de leur Séropositivité pour l'infection à VIH au service de Gynéco-obstétrique du centre de santé de référence de la commune II

En 1983, l'équipe du Professeur Jean Claude [Chermann](#) de l'Institut Pasteur, sous la direction de Luc Montagnier, découvre et isole le VIH.

3-3-Description médicale

3-3-1-la description du virus : [3-31-13-35]

C'est un rétrovirus, un virus dont l'enzyme de réplication, la reverse transcriptase ou transcriptase inverse permet de transcrire l'ARN viral en ADN pro viral dans le cytoplasme de la cellule infectée. Il existe plusieurs rétrovirus responsables du sida, chacun infectant une espèce particulière. Le plus connu d'entre eux est le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) infectant l'Homme, le VIS infectant les singes et le VIF pour le chat.

- Le VIH-1, sérotype le plus présent, classé en trois groupes: le groupe M (majeur); le groupe O (outlier) présent au Cameroun et au Gabon mais faiblement présent en Afrique de l'Ouest et le groupe N récemment identifié au Cameroun [16].

- Le VIH-2 très présent en Afrique de l'Ouest avec 5 sous-types naturellement résistants aux inhibiteurs non nucléosidiques de la transcriptase inverse est peu sensible au nelfinavir et à l'amprenavir [16].

Une même personne peut être infectée par VIH-1+2 (double infection ou dual) ou par des virus recombinants qui peuvent devenir prédominants et résistants aux antirétroviraux [35].

3-3-2-le stade évolutif de l'infection à VIH : [33-41-14]

Dans les semaines qui suivent l'infection, 50 % à 90 % des personnes touchées présentent des symptômes semblables à ceux de la grippe ou de la mononucléose .

L'infection passe alors dans sa deuxième phase (ou infection asymptomatique). Toutes les personnes infectées (même celles qui n'ont pas de symptômes) fabriquent des anticorps contre le VIH. La séroconversion est le moment où une personne séronégative (pas d'anticorps dans le sang) devient séropositive (présence d'anticorps dans le sang). La séroconversion se produit habituellement dans un délai d'un à trois mois après l'infection. L'infection entre dans sa troisième phase (ou infection symptomatique) lorsque

Croyances et Comportement des femmes enceintes vis-à-vis de leur Séropositivité pour l'infection à VIH au service de Gynéco-obstétrique du centre de santé de référence de la commune II

divers symptômes persistants se manifestent : fièvre, sueurs nocturnes, perte de poids, gonflement des ganglions, diarrhées, infections de la peau, etc. C'est à la suite qu'apparaissent des affections dites opportunistes et que le diagnostic de syndrome d'immunodéficience acquise (sida) est posé.

3-3-3-Personnes à risque [33-41-14]

- Ce sont des personnes qui ont reçu des produits sanguins ou une transfusion sanguine de 1977 à 1985.
- Les enfants nés d'une mère séropositive non traitée au cours de la grossesse.
- Les ressortissants des pays où l'infection au VIH est fréquente : Afrique subsaharienne et les Caraïbes.

3-3-4-Mode de transmission:

Trois voies de transmission ont été observées :

3-3-4-1-la voie sexuelle :

est la principale voie de contamination (voie horizontale). C'est également la plus fréquente en Afrique (75-80%) [59] de la transmission du VIH.

3-3-4-2-la voie sanguine : [14]

Elle concerne particulièrement les utilisateurs de drogues injectables, les hémophiles, les transfusés et les professionnels de santé au cours de piqûres ou de blessures accidentelles avec du matériel contaminé ou projection de sang sur les muqueuses.

3-3-4-3-La Transmission materno-fœtale : [12]

3-3-4-3-1-La Transmission in utero : 5%

La possibilité d'infection in utero est connue par la mise en évidence dès la naissance de la virémie. Cette contamination est associée à un risque accru d'évolution rapide de la maladie chez l'enfant. Il semble que la transmission ait lieu essentiellement dans les dernières semaines de la grossesse [12].

3-3-4-3-2-Transmission intra partum: 15% [12]

Elle représente 2/3 des cas. La contamination fœtale a lieu principalement au moment de l'accouchement. La transmission au cours de l'accouchement se fait le plus souvent par le biais de micro transfusions au cours des contractions utérines.

3-3-4-3-3-Transmission par l'allaitement maternel 10% [4-40]

Le VIH est excrété dans le colostrum et dans le lait, sous forme de particules virales et de cellules infectées. La transmission par l'allaitement est certaine et très probablement responsable du taux de contamination plus élevée des enfants en Afrique.

3-4-Aspect psychologique de l'infection à VIH : [45]

Plusieurs réactions psychologiques peuvent apparaître mais cela n'est pas systématique :

Avant l'annonce du diagnostic : on observe souvent une période d'attente anxieuse des résultats.

A l'annonce du diagnostic :

Tout semble bouleversé et quelques fois, il existe un véritable choc émotionnel fait d'anxiété et de réactions dépressives. On peut aussi voir une culpabilité, une

honte ; ce qui amène de la tristesse et un repli sur soi. Il existe souvent une peur de révéler sa séropositivité à l'entourage, accompagnée d'une peur d'être jugé et rejeté. La peur de la mort et de nombreux sentiments d'incertitude entraînent une angoisse de l'avenir.

3-5- Stigmatisation -Discrimination

Parler du VIH/sida revient à aborder autant les phénomènes sociaux que les préoccupations biologiques et médicales. Dans une déclaration classique, le sociologue Erving Goffman [17] a défini un stigmaté comme un attribut qui discrédite de manière importante une personne ayant une différence non souhaitée. La stigmatisation est un moyen puissant de contrôle social qui consiste à marginaliser, à exclure et à exercer un certain pouvoir sur des individus qui possèdent certaines caractéristiques. Alors que le rejet par la société de certains groupes (homosexuels, consommateurs de drogues injectables, professionnel (le)s du sexe) peut être antérieur au VIH/sida, dans de nombreux cas cette maladie a renforcé l'attitude de stigmatisation. En rejetant le blâme sur certains individus et groupes particuliers, la société peut s'absoudre de la responsabilité des soins et de l'aide à leur apporter [27]. Gilmore et Somerville [15] ont décrit ce qu'ils considèrent comme les quatre principales caractéristiques de toute réaction stigmatisante : le problème qui en est la cause ; l'identification du groupe ou de l'individu à cibler ; l'attribution d'un stigmaté à cet individu ou groupe ; et la mise en œuvre de la réaction stigmatisante. Le stigmaté lié au VIH/sida est complexe. Il puise dans les perceptions et attitudes à l'égard d'une infection incurable, de la maladie et de la mort; de l'activité sexuelle et des infections transmissibles sexuellement; de l'homosexualité, du travail sexuel, de l'usage de drogue, et de l'ethnicité. La discrimination, telle que définie par la Campagne mondiale contre la stigmatisation et la discrimination liées au VIH/sida, se produit lorsqu'on fait une distinction entre des personnes, ce qui a pour effet que

Croyances et Comportement des femmes enceintes vis-à-vis de leur Séropositivité pour l'infection à VIH au service de Gynéco-obstétrique du centre de santé de référence de la commune II

ces individus sont traités de manière inégale et injuste parce qu'ils appartiennent, ou parce qu'ils sont considérés comme appartenant, à un groupe particulier [32]. Les droits de la personne sont universels. Autrement dit, tous les individus ont des droits puisqu'ils sont des personnes humaines. Ces droits découlent de la dignité et de la valeur inhérente à chaque être humain. Ils ne peuvent être suspendus ni retirés. Depuis l'entrée en vigueur de la Charte des Nations Unies et de la Déclaration universelle des droits de l'homme en 1948, la plupart des États du monde ont ratifié des conventions qui ont force de loi et qui protègent les droits de la personne [39]. Les droits humains protégés par ces conventions incluent le droit à la nourriture, au logement, à un revenu adéquat, à l'emploi, à l'éducation, à la vie privée, à la jouissance des progrès scientifiques et des bienfaits qui en résultent, au meilleur état possible de santé physique et mentale, à la liberté d'association et de réunion, à la liberté de déplacement, à la protection contre tout traitement cruel, inhumain ou dégradant et à la protection contre la discrimination.

3-5-1-Causes de la stigmatisation, de la discrimination et du rejet associés au VIH/sida [31] :

Une perspective historique et socioculturelle peut aider à comprendre les réactions négatives déclenchées par le VIH/sida. Auparavant, pendant une épidémie, la contagiosité réelle ou supposée de la maladie aboutissait à l'isolement et à l'exclusion des personnes contaminées. Outre la croyance largement répandue que le VIH/sida est une maladie honteuse [27], ces stéréotypes permettent également à certains de ne pas accepter les possibilités d'être personnellement contaminés ou concernés par le virus. Dans de nombreuses sociétés, les personnes touchées par le VIH/sida sont considérées comme vivant dans l'ignominie. Le VIH/sida peut être considéré comme la conséquence d'une «perversion» et comme un châtement. Dans les sociétés

Croyances et Comportement des femmes enceintes vis-à-vis de leur Séropositivité pour l'infection à VIH au service de Gynéco-obstétrique du centre de santé de référence de la commune II

individualistes, le VIH/sida peut être considéré comme le résultat d'une irresponsabilité personnelle. En d'autres circonstances encore, le VIH/sida est ressenti comme amenant la honte sur la famille et la communauté. La manière dont les gens réagissent en présence du VIH/sida varie par conséquent en fonction des idées et des ressources que la société met à leur disposition. Alors que des réactions négatives vis-à-vis du VIH/sida ne sont nullement inévitables, elles se nourrissent fréquemment de la conception du bien et du mal de l'idéologie dominante en ce qui concerne le sexe et la maladie, ainsi que les comportements corrects et incorrects. De Bruyn [44] a récemment identifié cinq facteurs qui contribuent à la stigmatisation liée au VIH/sida:

- Le VIH/sida est une maladie mortelle
- Les gens ont peur d'être contaminés par ce virus
- Cette maladie est associée à des comportements (comme les relations sexuelles entre hommes et la consommation de drogues injectables) faisant déjà l'objet d'une stigmatisation dans de nombreuses sociétés
- Les gens vivant avec le VIH/sida sont souvent considérés comme étant responsables d'avoir contracté cette maladie
 - Certaines croyances religieuses ou morales amènent à conclure qu'avoir le VIH/sida est dû à une faute morale (avoir des mœurs légères ou des activités sexuelles «déviantes») qui méritent un châtement.

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

sociales qui ont été construites autour de cette maladie sont incapables de la contenir. Il faut donc trouver d'autres moyens de prévention plus efficaces.

3-5-2-Les différentes formes de stigmatisation, de discrimination et de rejet associées au VIH/sida

La discrimination, la stigmatisation et le rejet associés au VIH/sida peuvent être ressentis et vécus à plusieurs niveaux: à celui notamment de la société et de la communauté, et à celui de l'expérience propre de l'individu. La Société, la communauté, les lois, les règlements, les politiques et les procédures peuvent aboutir à la stigmatisation des personnes vivant avec le VIH/SIDA. Dans nombre de pays, certaines pratiques discriminatoires comme le dépistage obligatoire de certaines populations ou «groupes à risque» causent à la fois une stigmatisation supplémentaire de ces groupes et un faux sentiment de sécurité chez ceux qui ne se considèrent pas comme appartenant à ces catégories de population. Un examen récent a toutefois souligné que les politiques nationales plus libérales étaient loin de se traduire par des mesures concrètes [18].

Même lorsque des lois favorables existent bien, elles peuvent être appliquées partiellement, inégalement ou même pas du tout.

3-5-3-Expérience individuelle

L'expérience vécue de la stigmatisation et de la discrimination associée au VIH/sida dépend des croyances communes, des formes que prend la stigmatisation exercée par la société et de la possibilité, par exemple, de bénéficier des réseaux de soutien constitués par leurs pairs, des parents ou de la famille. Il faut aussi prendre en compte, parmi de nombreuses autres variables, le stade de l'épidémie et le fait que l'individu ait le sentiment de pouvoir évoquer franchement sa séropositivité, son âge, son sexe, sa sexualité et son statut social. Se trouvant dans un milieu qui les condamne fortement, les gens peuvent se

Croyances et Comportement des femmes enceintes vis-à-vis de leur Séropositivité pour l'infection à VIH au service de Gynéco-obstétrique du centre de santé de référence de la commune II

replier sur eux-mêmes afin de se protéger. Cet isolement peut aboutir à une exclusion des relations sociales et sexuelles et, dans certaines circonstances extrêmes, conduire à une mort prématurée par suicide ou euthanasie [17]. Toutefois, cet ostracisme cause le plus souvent une sorte de mort sociale dans laquelle les individus ont le sentiment de ne plus faire partie de la société et n'ont plus accès aux services et au soutien dont ils ont besoin [9].

A qui parler ? Comment et quand ? Voilà les questions qui suscitent la peur et l'angoisse chez de nombreuses personnes vivant avec le VIH/sida et peuvent les empêcher de rechercher un traitement et des soins [28]. Même lorsque des lois ont été promulguées pour protéger les droits et la vie privée des personnes vivant avec le VIH/sida, peu de personnes sont prêtes à entamer des poursuites, de peur que leur identité ne devienne largement connue. Dans de nombreux pays en développement, ils sont déjà défavorisés du point de vue économique, culturel et social et n'ont que difficilement accès aux traitements, au soutien financier et à l'éducation. Etrangères aux structures du pouvoir et de prise de décision, elles peuvent se voir refuser la possibilité de participer sur un pied d'égalité à la vie de la société, et doivent obéir à des lois, normes et pratiques répressives exerçant un contrôle sur leur corps et leurs relations sexuelles. Dans certaines sociétés, ce sont les femmes qui sont considérées à tort comme responsables de la propagation des infections sexuellement transmissibles (IST), lesquelles sont parfois qualifiées de «maladies féminines» [32]. De même que les croyances traditionnelles concernant le sexe, le sang et d'autres sortes de transmission de maladies, ces perceptions fournissent un terrain fertile pour accroître encore la stigmatisation des femmes dans le contexte du VIH/sida. Les récentes études entreprises par l'ONUSIDA sur les réactions des familles et des communautés au VIH/sida dans les pays en développement [1-43] apportent la preuve que les femmes séropositives ont toutes les chances d'être traitées très différemment des

Croyances et Comportement des femmes enceintes vis-à-vis de leur Séropositivité pour l'infection à VIH au service de Gynéco-obstétrique du centre de santé de référence de la commune II

hommes. Alors que l'on trouvera des «excuses» aux hommes pour un comportement qui a causé cette infection, ce ne sera pas le cas pour les femmes. Dans certains pays africains, les femmes dont les maris sont morts d'infections associées au sida ont été tenues pour responsables de leur décès. Le reste de la famille peut aussi chasser l'épouse survivante de son domicile [1]. Craignant de telles situations, certaines femmes préfèrent ne pas connaître leur statut sérologique ou le tenir secret. Par conséquent, il est possible que le déni personnel du risque et de la vulnérabilité ne soit pas une réaction inhabituelle à l'épidémie. Le déni peut se manifester par une prise de distance par rapport au problème et, dans certains cas extrêmes, aboutir à une perception erronée de l'individu de sa propre vulnérabilité. Cette attitude peut également entraîner un refus du test volontaire, notamment chez les membres des groupes particulièrement vulnérables, accroissant de ce fait le risque potentiel de transmission du VIH au sein de la communauté et diminuant l'efficacité de la prévention, des soins et du soutien.

3-5-4-Lieux où se manifestent la stigmatisation, la discrimination et le rejet associés au VIH/sida

3-5-4-1-La famille et la communauté :

Dans la majorité des pays en développement, ce sont principalement les familles qui s'occupent des personnes malades et jouent un rôle important dans le soutien et les soins à dispenser à ceux qui vivent avec le VIH/sida [43]. Toutefois, la réaction de la famille n'est pas toujours positive. Les membres de la famille qui sont malades ou directement concernés peuvent être stigmatisés ou faire l'objet de manifestations de discrimination au sein même du foyer. Les efforts de la famille pour faire face à la stigmatisation exercée par la communauté ont également des conséquences sur la qualité des soins. Les familles peuvent protéger leurs membres affectés de la communauté en les gardant à la maison ou

Croyances et Comportement des femmes enceintes vis-à-vis de leur Séropositivité pour l'infection à VIH au service de Gynéco-obstétrique du centre de santé de référence de la commune II

en les protégeant de toute interrogation. Le succès de ces stratégies pourra dépendre des ressources du ménage concerné et de sa capacité à fournir des soins sans faire appel à l'aide des membres de la communauté. La peur d'être rejetées et stigmatisées par leur famille et la communauté où elles vivent peut empêcher les personnes vivant avec le VIH/sida de révéler leur statut sérologique aux membres de leur famille [27]. Les familles peuvent aussi rejeter les membres séropositifs en raison non seulement du caractère honteux associé au VIH/sida, mais également des connotations d'homosexualité, de toxicomanie et de mœurs légères répréhensibles qu'évoque le VIH/sida.

3-5-4-2-L'emploi et le lieu de travail :

Alors que le VIH se propage rarement dans la majorité des lieux de travail, le risque supposé de contagion a été utilisé par nombre d'employeurs pour mettre fin à un emploi ou refuser une embauche [30]. Les faits montrent que les personnes vivant avec le VIH/sida qui parlent franchement de leur séropositivité au travail risquent de faire l'objet d'une stigmatisation et d'un ostracisme de la part de leurs collègues [18].

3-5-4-3-Le système de santé :

Nombre de rapports révèlent que des individus sont l'objet de stigmatisation et de discrimination de la part du personnel de santé. Les soins sont refusés de plus en plus fréquemment [9-32]. On cite également des cas où les malades ont été laissés dans leur lit sans que le personnel hospitalier ne s'en occupe [9] ; des cas de test de séropositivité sans consentement préalable, des entraves à la vie privée, et de refus d'accès aux installations hospitalières et aux médicaments. Ces réactions sont en partie dues à l'ignorance qui entoure les conditions de transmission du VIH/sida ; aux présomptions moralisatrices de culpabilité; et au fait que le VIH/sida est une maladie perçue comme incurable. Tous ces éléments

Croyances et Comportement des femmes enceintes vis-à-vis de leur Séropositivité pour l'infection à VIH au service de Gynéco-obstétrique du centre de santé de référence de la commune II

(contribuent à faire apparaître comme inutile la prestation de soins de santé de bonne qualité. Ces lieux ne sont pas les seuls dans lesquels on peut constater une stigmatisation et une discrimination associées au VIH/sida. Il faut que nous examinions de plus près les domaines où l'on rencontre des attitudes de stigmatisation, les formes que prend la discrimination associée au VIH/sida, les facteurs déterminants et les réactions suscitées par cette stigmatisation. C'est seulement en comprenant mieux tous ces processus qu'il sera possible de mettre au point des programmes et des interventions susceptibles de prévenir la stigmatisation associée au VIH/sida et les conséquences négatives qui en découlent.

3-6-Dispositions législatives et réglementaires [46]

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

4- METHODOLOGIE :

4-1-cadre d'étude :

Notre étude a été menée dans le service de gynécologie obstétrique du centre de santé de référence de la commune II du District de Bamako. Dispensaire puis **PMI** (Protection Maternelle et Infantile) jusqu'en 1998 où il fut érigé en Centre de santé de Référence. C'est un centre de Deuxième niveau de la pyramide sanitaire du Mali et de premier niveau de référence. En plus il existe cinq centres de santé communautaires en commune II : (ASACOHI (Hippodrome), ASACOME (Médine), ASACO Benkadi (Bakaribougou), BONIABA (Niarela), ABOSAC (Bozola) et un mutuel valentin de Pablo (TSF).

4-2-Situation géographique :

La commune II couvre une superficie de 17 Km² avec une population de 147 238 habitants (en 2009) et une densité de 8541habitants/ Km² soit environ 7% de la superficie totale du district de Bamako 267 km². Elle est limitée :

- Au nord par le pied de la colline du point G ;
- Au sud par le fleuve Niger ;
- A l'Est par le marigot de Korofina ;
- A l'Ouest par la route goudronnée (Boulevard du peuple passant par l'institut d'ophtalmologie tropicale d'Afrique (IOTA) traversant le grand marché jusqu'au pont des martyrs).

Elle comporte 12 quartiers (Bagadadji, Bakaribougou, Bougouba, Bozola, Hippodrome, Médina coura, Missira, Niaréla, N'gomi, Quinzanbougou, TSF, Zone industrielle,).

Le centre de santé de référence se trouve à Missira rue 20 porte 1121.

Croyances et Comportement des femmes enceintes vis-à-vis de leur Séropositivité pour l'infection à VIH au service de Gynéco-obstétrique du centre de santé de référence de la commune II

Il comporte plusieurs unités :

- L'administration,
- Le bureau des entrées,
- L'infirmierie,
- Le laboratoire,
- La pharmacie,
- Le service d'oto-rhino-laryngologie,
- Le service d'ophtalmologie,
- Le service de médecine,
- Le service d'odontostomatologie,
- Le service de pédiatrie,
- Le service du PEV (Programme Elargi de vaccination),
- Le service social,
 - Description du service de gynéco obstétrique :
 - Le service de gynécologie obstétrique occupe le rez-de-chaussée.
 - Il comporte :
 - Un bloc opératoire
 - Un bureau de la sage femme maîtresse,
 - Une salle de dépistage du cancer du col de l'utérus,
 - Une salle des médecins en spécialisation en gynéco- obstétrique
 - Une salle d'accouchement avec trois tables,
 - Une salle de prise en charge des nouveau-nés,
 - Une salle d'échographie,
 - Une salle de garde pour les infirmiers anesthésistes et réanimateurs,
 - Trois salles d'hospitalisation avec une capacité totale de 14 lits.

Croyances et Comportement des femmes enceintes vis-à-vis de leur Séropositivité pour l'infection à VIH au service de Gynéco-obstétrique du centre de santé de référence de la commune II

- Une toilette externe pour le personnel,
- Une unité de planification familiale,
- Une unité de consultation prénatale,
- Une unité de consultation post natale,
- Une unité de PTME (Prévention de la transmission mère enfant),
- Une unité de gynécologie et de grossesse à haut risque,
 - Le personnel comprend :
 - Un Professeur titulaire en gynécologie obstétrique qui est le chef de service ;
 - Six médecins généralistes ;
 - Dix sept étudiants en médecine faisant fonction d'interne ;
 - La sage femme maîtresse ;
 - Vingt quatre sages femmes ;
 - Quatre infirmières obstétriciennes ;
 - Trois infirmiers anesthésistes réanimateurs ;
 - Vingt aides –soignantes ;
 - Cinq manœuvres ;
 - Trois chauffeurs ;
 - Quatre étudiants en spécialisation de gynécologie obstétrique.
 - Fonctionnement du service :

Le service dispose d'une salle d'accouchement, qui fonctionne vingt quatre heures sur vingt quatre, un bloc opératoire pour les urgences chirurgicales gynécologiques et obstétricales qui fonctionne également vingt quatre heures sur vingt quatre. Les consultations gynécologiques et obstétricales sont assurées par la gynécologue obstétricienne deux jours par semaine (Lundi et Mercredi). Les autres unités fonctionnent tous les jours ouvrables et sont gérées par des sages

Croyances et Comportement des femmes enceintes vis-à-vis de leur Séropositivité pour l'infection à VIH au service de Gynéco-obstétrique du centre de santé de référence de la commune II

femmes avec l'aide des infirmières et des aides-soignantes. Le dépistage du cancer du col de l'utérus est effectué les mardis et les mercredis. L'équipe de garde est composée de médecins en spécialisation, d'étudiants en médecine, de sages femmes, d'infirmières obstétriciennes, d'infirmiers anesthésistes réanimateurs, d'aides soignantes, de manœuvres, et d'un chauffeur d'ambulance. Régulièrement, un staff se tient chaque matin du lundi au vendredi à huit heures trente au cours duquel l'équipe de garde effectue le compte rendu de ses prestations. Une à deux fois par semaine (mercredi ou vendredi à 11 heures) un exposé est organisé pour discuter de la prise en charge de certaines pathologies fréquemment rencontrées dans le service.

4-3-Type et période d'étude :

Il s'agit d'une étude longitudinale, quantitative et descriptive portant sur les croyances et comportements des patientes séropositives au VIH vis-à-vis de leur séropositivité.

La période d'étude s'étend d'avril 2009 à mars 2010.

4-4- Population d'étude :

Toutes les femmes enceintes infectées par le VIH, venues d'elles mêmes ou adressées par un CSCOM et de celles diagnostiquées à l'unité CPN du CSREF de la commune II.

4-5- Critères d'inclusion :

Toute patiente séropositive enceinte informée de son statut sérologique ayant accepté de participer librement à notre enquête.

4-6- Critères de non inclusion

Toute gestante séropositive suivie dans un autre centre ou non enceinte et celle nouvellement dépistée.

4-7- Déroulement de l'étude :

Pour notre étude, nous avons recensé les femmes séropositives enceintes dépistées dans notre centre et qui venaient pour leur suivi prénatal.

Un questionnaire était rempli après consentement de chaque patiente répondant aux critères d'inclusion. L'interrogatoire s'est déroulé en tête à tête dans une enceinte isolée et fermée.

Les fiches d'enquête ont été numérotées par ordre d'arrivée afin d'éviter toute traçabilité des femmes après l'interrogatoire par soucis de confidentialité. Pour s'assurer de la bonne compréhension de la gestante interrogée, les questions étaient toutes traduites en bambara (langue nationale).

4-8- Collecte des données

La collecte des données a été faite sur une fiche comportant les résultats de l'interrogatoire, et ceux du registre de suivi à l'unité PTME.

4-9-Traitement informatique des données

Les données ont été saisies et analysées sur les logiciels SPSS version 11, Epi info 3. 3. 2 et WORD 2003.

4-10-Considérations éthiques

Le résultat de notre étude permettra une meilleure prise en charge des femmes enceintes séropositives et à la communauté d'apporter aide et assistance aux personnes vivants avec le VIH.

4-11-Les difficultés de l'étude

-Les refus d'adhésion de certaines patientes parce ce n'étant pas prêtes psychologiquement à accepter le résultat du test qui venait de leurs être annoncé.

-Les patientes arrivées au service en travail. (Interrogatoire difficile et environnement inadéquat pour le counseling)

4-12- Définition opératoire :

Comportement : La manière de se conduire, ensemble des réactions observables objectivement d'un individu.

Counseling : Relation dans laquelle une personne tente d'aider une autre à comprendre et à résoudre des problèmes auxquelles elle doit faire face.

Croyances et Comportement des femmes enceintes vis-à-vis de leur Séropositivité pour l'infection à VIH au service de Gynéco-obstétrique du centre de santé de référence de la commune II

Croyance : conviction, le fait de tenir quelque chose pour vrai indépendamment des preuves éventuelles de son existence.

Discrimination : Distinction entre des personnes ayant pour effet que ces individus sont traités de manière inégale et injuste parce qu'ils appartiennent à un groupe particulier.

Grande multigeste : Patiente ayant contractée au moins sept grossesses.

Grande multipare : Patiente ayant accouché au moins sept fois.

Multigeste : Patiente ayant contracté quatre à six grossesses

Multi partenariat : Le fait d'avoir plusieurs partenaires sexuels.

Multipare : Patiente ayant accouché quatre à six fois.

Nullipare : Patiente n'ayant jamais accouché.

Observance : Respect des instructions et des prescriptions du médecin

Paucigeste : Patiente ayant contracté deux à trois grossesses.

Paucipare : Patiente ayant accouché deux à trois fois.

Primipare : Patiente n'ayant accouché qu'une seule fois.

Primigeste : Patiente étant à sa toute première grossesse.

Stigmatisation : Attitudes et croyances très défavorables à l'encontre d'une personne ou d'un groupe de personne.

Connaissances sur le VIH: modes de transmission, moyens de prévention, conséquences de la maladie.

Les patientes ayant une connaissance approfondie sur le VIH étaient celles qui avaient des explications claires et cohérentes sur les modes de transmissions, les moyens de prévention et les conséquences de la maladie.

Sources d'information: les medias (télé, radio, presse), affiches publicitaires, PVVIH.

5- RESULTATS :

5-1-La fréquence

Sur une période allant d'Avril 2009 à Mars 2010 nous avons recensé 100 gestantes séropositives sur un total de 3521 vues en consultation soit une fréquence de **2,8%**.

5-2- Le profil sociodémographique :

TABLEAU I : Répartition des patientes selon l'âge

AGE	Effectif	Pourcentage
16-19	16	16,0
20-25	28	28,0
26-32	32	32,0
33-42	24	24,0
Total	100	100,0

La tranche d'âge de **26-32 ans** était la plus représentée avec **32,0%**.

L'âge moyen était de **27,16 ans** avec un écart-type de 3,75 et des extrêmes de **16 et 42 ans**.

TABLEAU II : Répartition des patientes selon leur niveau d'instruction

Croyances et Comportement des femmes enceintes vis-à-vis de leur Séropositivité pour l'infection à VIH au service de Gynéco-obstétrique du centre de santé de référence de la commune II

Niveau d'instruction	Effectif	Pourcentage
non scolarisée	37	37,0
primaire	32	32,0
secondaire	25	25,0
supérieur	6	6,0
Total	100	100,0

Les patientes scolarisées ont représenté **63,0 %** des cas.

TABLEAU III : Répartition des patientes selon la profession

Profession	Effectif	Pourcentage
Ménagère	53	53,0
Sans emploi	12	12,0
Commerçante	11	11,0
Elève/Étudiant	9	9,0
Aide ménagère	9	9,0
Fonctionnaire	6	6,0
Total	100	100,0

Les ménagères ont été les plus représentées avec **53,0%**.

TABLEAU IV : Répartition des patientes selon la religion pratiquée

	Effectif	Pourcentage
--	----------	-------------

Croyances et Comportement des femmes enceintes vis-à-vis de leur Séropositivité pour l'infection à VIH au service de Gynéco-obstétrique du centre de santé de référence de la commune II

Musulmane	96	96,0
Chrétienne	4	4,0
Total	100	100,0

La religion musulmane a été la plus pratiquée avec **96,0%**.

TABLEAU V : Répartition des patientes selon la situation matrimoniale

Statut matrimonial	Effectif	Pourcentage
Mariée	76	76,0
Célibataire	19	19,0
Divorcée	4	4,0
Veuve	1	1,0
Total	100	100,0

Les femmes mariées ont été les plus représentées avec **76,0%**.

TABLEAU VI : Répartition des patientes selon le régime du mariage

Régime du mariage	Effectif	Pourcentage
Monogamie	46	60,52
Polygamie	30	39,48
Total	76	100,0

La monogamie a été la plus représentée avec **60,52%**.

TABLEAU VII : Répartition des patientes selon la profession du conjoint

profession du conjoint	Effectif	Pourcentage
Profession libérale	66	66,0
Fonctionnaire	21	21,0
Porteur d'uniforme	12	12,0
Enseignant coranique	1	1,0
Total	100	100,0

La **profession libérale** (Ouvrier, commerçant, routier) a été la plus représentée avec **66,0%**.

5-3- Caractéristiques cliniques

TABLEAU VIII : Répartition des patientes selon le mode d'admission

Mode d'admission	Effectif	Pourcentage
Venue d'elle-même	83	83,0
Référée	17	7,0

Croyances et Comportement des femmes enceintes vis-à-vis de leur Séropositivité pour l'infection à VIH au service de Gynéco-obstétrique du centre de santé de référence de la commune II

Total	100	100,0
-------	-----	-------

Les patientes venues d'elles-mêmes étaient majoritaires avec **83,0%**.

TABLEAU IX : Répartition des patientes selon le motif de consultation

Motif de consultation	Effectif	Pourcentage
Consultation prénatale	86	86,0
Altération de l'état général	6	6,0
Contraction utérine douloureuse	6	6,0
Anémie	2	2,0
Total	100	100,0

LA Consultation prénatale a été le motif de consultation le plus représenté avec **86,0%**.

TABLEAU X : Répartition des patientes en fonction de l'âge de la grossesse

Age de la grossesse	Effectif	Pourcentage
1er trimestre	39	39,0
2eme trimestre	33	33,0
3eme trimestre	28	28,0
Total	100	100,0

Les patientes dépistées au 1^{er} trimestre étaient les plus fréquentes avec **39,0%**.

TABLEAU XI : Répartition des patientes selon le motif du test de dépistage

Motif du test de dépistage	Effectif	Pourcentage
Dépistage systématique	87	87,0
Maladies Opportunistes	2	2,0
Altération de l'état clinique	11	11,0
Total	100	100,0

Le dépistage systématique volontaire a été le motif le représenté avec **87,0%**

TABLEAU XII : Répartition des patientes en fonction de l'existence d'antécédents médicaux

Antécédents médicaux	Effectif	Pourcentage
Aucun antécédent	79	79,0
Candidoses buccales	10	10,0
Fièvre au long court	6	6,0
Prurigo	2	2,0
Tuberculose	1	1,0
Drépanocytose	1	1,0
Zona	1	1,0

Croyances et Comportement des femmes enceintes vis-à-vis de leur Séropositivité pour l'infection à VIH au service de Gynéco-obstétrique du centre de santé de référence de la commune II

Total	100	100,0
-------	-----	-------

Les patientes n'ayant pas d'antécédents médicaux étaient majoritaires avec **79,0%**.

TABLEAU XIII : Répartition des patientes selon la gestité

Gestité	Effectif	Pourcentage
Paucigeste	45	45,0
Primigeste	26	26,0
Multi geste	23	23,0
Grande Multi- geste	6	6,0
Total	100	100,0

Les paucigestes étaient les plus représentées avec **45,0%**.

TABLEAU XIV : Répartition des patientes selon la parité

Parité	Effectif	Pourcentage
Primipare	28	41,1
paucipare	23	34,0
multipare	15	22,0
Grande Multipare	2	2,9
Total	68	100,0

Les primipares étaient les plus représentées avec **41,1%**.

TABLEAU XV: Répartition des patientes selon les antécédents gynécologiques

Antécédent gynéco	Effectif	Pourcentage
Leucorrhées	57	57,0
Sans antécédent	27	27,0
Ulcérations Génitales	10	10,0
Contraception	2	2,0
Stérilité	4	4,0
Total	100	100,0

La majorité n'avaient pas d'antécédents particuliers seulement 10 cas d'ulcérations génitales et 4 cas de stérilité ont été signalés.

5-4- Informations sur le VIH et profil psychologique

TABLEAU XVI: Répartition des patientes selon les craintes de l'affection

craintes de l'affection	Effectif	Pourcentage
-------------------------	----------	-------------

Croyances et Comportement des femmes enceintes vis-à-vis de leur Séropositivité pour l'infection à VIH au service de Gynéco-obstétrique du centre de santé de référence de la commune II

Stigmatisation/ Discrimination	43	43,0
Enfant Séropositif	41	41,0
La Mort	8	8,0
Le Traitement à vie	5	5,0
les maladies opportunistes	3	3,0
Total	100	100,0

La stigmatisation/discrimination était la crainte la plus retrouvée chez les patientes avec **43,0%**.

TABLEAU XVII: Répartition des patientes selon la réaction à l'attente du résultat

La réaction à l'attente du résultat	Effectif	Pourcentage
Sereine	63	63,0
Angoissée	37	37,0
Total	100	100,0

L'**angoisse** était présente chez **37,0 %** des patientes.

TABLEAU XVIII : Répartition des patientes selon la sensibilisation par le médecin à accepter le résultat du test.

Sensibilisation par le médecin	Effectif	Pourcentage
Oui	93	93,0
non	7	7,0
Total	100	100,0

Croyances et Comportement des femmes enceintes vis-à-vis de leur Séropositivité pour l'infection à VIH au service de Gynéco-obstétrique du centre de santé de référence de la commune II

Les patientes ayant été préparées psychologiquement à accepter le résultat étaient majoritaires avec **93,0%**.

TABLEAU XIX : Répartition des patientes en fonction de leur réaction à l'annonce du résultat

La réaction à l'annonce	Effectif	Pourcentage
Sereine	51	51,0
Peur d'être rejetée	21	21,0
Refus de croire au résultat	20	20,0
Sensation de mort imminente	8	8,0
Total	100	100,0

A l'annonce du résultat **21,0%** des patientes avaient peur d'être rejetées.

TABLEAU XX : Répartition des patientes en fonction de leur croyance à l'existence du VIH/sida

Croyance à la maladie	Effectif	Pourcentage
Oui	98	98,0
Non	2	2,0
Total	100	100,0

Les patientes croyant à l'existence du VIH/sida étaient de **98,0%**,

TABLEAU XXI: Répartition des patientes selon leur niveau de connaissance sur le VIH/SIDA depuis la découverte de leur séropositivité

Niveau de connaissances sur le VIH	Effectif	Pourcentage
Approfondies	62	62,0
Superficielles	37	37,0
Rien du tout	1	1,0
Total	100	100,0

Les patientes ayant une connaissance approfondie sur le VIH étaient les plus représentées avec **62,0%**. Toutes les patientes avaient pour source d'information les médias.

TABLEAU XXII : Répartition des patientes selon leur explication culturelle du VIH/sida

Selon la culture	Effectif	Pourcentage
Aucune explication	77	77,0
Malédiction	21	21,0
Transgression d'un interdit	1	1,0
Sort lancé par un ennemi	1	1,0
Total	100	100,0

Les patientes n'ayant aucune explication sur la survenue de la maladie étaient les plus représentées avec **77,0%**.

TABLEAU XXIII: Répartition des patientes selon la relation entre VIH et religion

La relation entre VIH et religion	Effectif	Pourcentage
Aucune	63	63,0
Punition de Dieu	25	25,0
Maladie des prostituées	11	11,0
Maladie des pécheurs	1	1,0
Total	100	100,0

Les patientes n'ayant aucune explication religieuse étaient les plus représentées avec **63,0%**.

TABLEAU XXIV : Répartition des patientes en fonction de leur adhésion à une association de PVVIH

Adhésion	Effectif	Pourcentage
non	64	64
oui	36	36
Total	100	100

Les patientes n'ayant pas adhéré à une association de prise en charge étaient de **64,0%**.

TABLEAU XXV : Répartition des patientes selon la décision d'informer le personnel médical avant tout acte à risque

Croyances et Comportement des femmes enceintes vis-à-vis de leur Séropositivité pour l'infection à VIH au service de Gynéco-obstétrique du centre de santé de référence de la commune II

Information du personnel médical	Effectif	Pourcentage
Oui	45	45,0
non	55	55,0
Total	100	100,0

Les patientes décidées à ne pas informer le personnel médical avant tout acte à risque étaient de **55,0%**.

TABLEAU XXVI : Répartition des patientes en fonction des personnes à informer sur son statut sérologique

Les personnes à informer	Effectif	Pourcentage
Conjoint	48	48,0
Aucune Personne	40	40,0
Parents	10	10,0
Amis	2	2,0
Total	100	100,0

Les patientes ayant décidé d'informer leurs conjoints étaient de **48,0%**.

TABLEAU XXVII : Répartition des patientes selon l'annonce de la séropositivité au conjoint

Annonce de la séropositivité	Fréquence	Pourcentage
Au conjoint		

Croyances et Comportement des femmes enceintes vis-à-vis de leur Séropositivité pour l'infection à VIH au service de Gynéco-obstétrique du centre de santé de référence de la commune II

Non	52	52,0
Oui	48	48,0
Total	100	100,0

Les patientes décidées à ne pas annoncer leur séropositivité au conjoint étaient de **52,0%**.

TABLEAU XXVIII : Répartition des patientes selon les raisons de l'absence d'information du conjoint

Raisons de l'absence d'information du conjoint	Fréquence	Pourcentage
Peur du divorce	32	61,6
Peur d'être traitée d'infidèle	14	26,9
Résultat Confidentiel	6	11,5
Total	52	100,0

La peur du divorce était la raison la plus représentée avec **61,6%**.

TABLEAU XXIX: Répartition des patientes selon la réaction du conjoint à l'annonce de la séropositivité

Croyances et Comportement des femmes enceintes vis-à-vis de leur Séropositivité pour l'infection à VIH au service de Gynéco-obstétrique du centre de santé de référence de la commune II

Réaction du conjoint à l'annonce	Fréquence	Pourcentage
Motivation au dépistage Volontaire	22	45,8
Soutien total	14	29,2
Indifférence	8	16,6
Rejet/Séparation	4	8,4
Total	48	100,0

La motivation au dépistage volontaire a été la réaction la plus représentée avec **45,8%**.

TABLEAU XXX : Répartition des patientes en fonction du dépistage du conjoint

Dépistage du conjoint	Fréquence	Pourcentage
Oui	37	77,1
Non	11	22,9
Total	48	100,0

Les conjoints informés ayant été dépistés étaient majoritaires avec **77,1%** parmi lesquels 27 séropositifs soit **73,0%** et 10 séronégatifs soit **27,0%**.

TABLEAU XXXI: Répartition des patientes selon la mise sous ARV

Mise sous ARV	Fréquence	Pourcentage
Oui	76	76,0
non	24	24,0

Croyances et Comportement des femmes enceintes vis-à-vis de leur Séropositivité pour l'infection à VIH au service de Gynéco-obstétrique du centre de santé de référence de la commune II

Total	100	100,0
-------	-----	-------

Les patientes sous ARV étaient de **76,0%**.

TABLEAU XXXII : Répartition des patientes selon le respect des rendez-vous du suivi

Respect du rendez vous	Fréquence	Pourcentage
Oui	80	80,0
non	20	20,0
Total	100	100,0

Les patientes ayant respecté les rendez-vous ont représenté **80,0%**.

TABLEAU XXXIII : Répartition des patientes en fonction de la bonne observance du traitement

Bonne observance	Fréquence	Pourcentage
Oui	63	82,9
non	13	17,1
Total	76	100,0

Une bonne observance du traitement était retrouvée chez. **82,9%**.

Les 13 autres ont signalé le nombre élevé du médicament à prendre

TABLEAU XXXIV: Répartition des patientes selon la croyance à l'efficacité du traitement

Croyance à l'efficacité du traitement	Fréquence	Pourcentage
---------------------------------------	-----------	-------------

Croyances et Comportement des femmes enceintes vis-à-vis de leur Séropositivité pour l'infection à VIH au service de Gynéco-obstétrique du centre de santé de référence de la commune II

Oui	90	90,0
non	8	8,0
Aucune idée	2	2,0
Total	100	100,0

Les patientes croyant à l'efficacité du traitement étaient les plus représentées avec **90,0%**.

Deux patientes ont signalé d'autres possibilités: le tradipraticien et le prêtre/pasteur.

TABLEAU XXXV: Répartition des patientes selon le choix du mode d'allaitement de l'enfant

Mode d'allaitement	Effectif	Pourcentage
Alimentation artificielle	53	53,0
Allaitement maternel	47	47,0
Total	100	100,0

L'allaitement artificiel a été le plus représenté avec **53,0%**

TABLEAU XXXVI: Répartition des patientes selon l'existence de nouveaux partenaires sexuels depuis la connaissance du statut

Nouveaux partenaires sexuels	Fréquence	Pourcentage
non	90	90,0
Oui	10	10,0
Total	100	100,0

Les patientes n'ayant pas eu de nouveaux partenaires sexuels depuis la connaissance du statut étaient de **90,0%**.

TABLEAU XXXVII : Répartition des patientes selon l'idée d'isolement

Idée d'isolement	Fréquence	Pourcentage
Oui	16	16,0
non	84	84,0
Total	100	100,0

Les patientes préférant l'isolement étaient de **16,0%**.

TABLEAU XXXVIII: Répartition des patientes selon l'envie aux activités de loisir

Envie aux activités de loisir	Fréquence	Pourcentage
Oui	66	66,0
non	34	34,0
Total	100	100,0

Les patientes ayant goût aux activités de loisir étaient les plus représentées avec **66,0%**.

TABLEAU IXL: Répartition des patientes selon l'utilisation du préservatif après la découverte du statut de la gestante

L'utilisation du préservatif	Effectif	Pourcentage
Oui	26	26,0
non	74	74,0
Total	100	100,0

Les patientes n'ayant pas opté exclusivement pour le préservatif ont été les plus représentées avec **74,0%**.

TABLEAU XL : Répartition des patientes selon le désir de grossesse

Désir de grossesse	Fréquence	Pourcentage
Oui	67	67,0
non	33	33,0
Total	100	100,0

Les patientes désireuses de maternité ont été les plus représentées avec **67,0%**.

TABLEAU XLI : Répartition des patientes selon l'image négative sur leur personnalité

Patiente ayant une image négative	Fréquence	Pourcentage
non	69	69,0
Oui	31	31,0
Total	100	100,0

Les patientes n'ayant pas une image négative sur leur personnalité ont été les plus représentées avec **69,0%**.

TABLEAU XLII: Répartition des patientes selon la peur de décéder du VIH/sida

Patiente ayant peur de décéder	Fréquence	Pourcentage
non	55	55,0
Oui	45	45,0
Total	100	100,0

La peur de décéder n'a pas été éprouvée chez **55,0%** des patientes.

TABLEAU XLIII : Répartition des patientes selon l'idée du suicide

Croyances et Comportement des femmes enceintes vis-à-vis de leur Séropositivité pour l'infection à VIH au service de Gynéco-obstétrique du centre de santé de référence de la commune II

Patientes ayant eu l'idée du suicide	Fréquence	Pourcentage
non	94	94,0
Oui	6	6,0
Total	100	100,0

Les patientes n'ayant pas eu l'idée du suicide ont été les plus représentées avec **94,0%**.

6-COMMENTAIRES ET DISCUSSION

6-1-Caractères sociaux démographiques :

Dans notre étude la majorité des patientes avaient un âge compris entre 26-32 ans soit 32,0% avec une moyenne de 27,16 ans et un écart-type de 22. Gnohio T en Côte D'Ivoire en 2007 [16] dans son étude a trouvé un âge de patiente vivant avec le VIH compris entre 30-35 ans.

Les ménagères ont été les plus représentées dans notre étude avec 53,0% de même que chez Gnohio T en Côte D'Ivoire en 2007 [16], Ouédraogo T et al en 2005 au Burkina Faso [34], Eholie SP et coll en Côte D'Ivoire en 1994 [13], Ki-Zerbo et coll au Senegal en 2005 [23] mais avec des fréquences élevées à savoir respectivement 76,9%, 73,8%, 75,0% et 62,1%.

La majorité de nos patientes 63,0% avaient reçu une instruction scolaire. Ces données sont largement inférieures à celles de Gnohio T en Côte D'Ivoire en 2007 [16] et coll, Ouedraogo T et coll en 2005 au Burkina Faso [34], et Eholie SP et coll en Côte D'Ivoire en 1994 [13] qui ont trouvé respectivement un taux des femmes ayant un niveau scolaire de 73,1%, 80,0% et 81,0%.

Croyances et Comportement des femmes enceintes vis-à-vis de leur Séropositivité pour l'infection à VIH au service de Gynéco-obstétrique du centre de santé de référence de la commune II

Rappelons que l'instruction est un atout majeur pour l'accès à l'information et le recours aux soins de santé.

Nous constatons avec 76,0%, de même que Doumbia D au Mali en 2005 [12] avec 95,26% au Mali en 2008, que les femmes de l'étude sont nombreuses à vivre au foyer.

Par contre les données de Gnohio T en Cote d'Ivoire en 2007[16], Eholie SP et coll en Côte D'Ivoire en 1994 [13], Cléopâtre K en Côte D'Ivoire en 2006 [8] et Ouedraogo et coll au Burkina Faso en 2005 [34], diffèrent des nôtres avec respectivement 34,6%, 36,0%, et 37,3%,41,0% de femmes vivant au foyer.

Nous pensons comme dans la plupart des cas que le lieu de contamination serait le foyer d'autant plus que dans plusieurs traditions africaines, compte tenu du multi partenariat des hommes, les femmes vivant en ménage éprouvent plus de difficultés que les femmes libres à se protéger contre le VIH.

Le régime monogamique a occupé une place importante dans cette étude avec 60,52% en accord avec Bagayoko A au Mali en 2004 [4], Guindo A au Mali en 1994 [20] et Kattrra N M au Mali en 1990 [21]. Les paucigestes ont été les plus représentées soit 45%, tout comme chez Doumbia D au Mali en 2005 [12] avec 61,14% mais en contradiction avec Gnohio T en Côte D'Ivoire en 2007[16] chez qui les plus représentées ont été les grandes multipares soit 36,5%.

Les nullipares ont représenté 32,0%, en deçà des données rapportées par Doumbia D au Mali en 2005 [12] avec 47,39%.

En Afrique, faire un enfant est le fondement du couple. Selon Mandelbrot [25] dans la revue du praticien en 2008, malgré le risque de

Croyances et Comportement des femmes enceintes vis-à-vis de leur Séropositivité pour l'infection à VIH au service de Gynéco-obstétrique du centre de santé de référence de la commune II

contamination ou de sur contamination dans le couple, les femmes séropositives éprouvent un désir ardent de maternité.

6-3-les facteurs influençant le comportement des patientes séropositives :

La stigmatisation /discrimination a été la crainte de la majorité de nos patientes avec 43,0%. Même constat chez Gnohio T en Côte D'Ivoire en 2007 [16] où nous trouvons un taux nettement élevé 96,0%. Cette stigmatisation /discrimination est à la base de la plupart des échecs thérapeutiques.

Dans notre étude 77,0% et 63,0% des patientes respectivement n'avaient d'explication ni religieuse, ni culturelle sur le VIH/sida.

Sur le plan religieux, 25,0% des femmes avaient une conception culpabilisante selon laquelle la maladie est considérée comme une punition divine consécutive à une vie de libertinage. Ces chiffres sont supérieurs aux 21,0% rapportés par Sunday A et al à partir du rapport ONUSIDA 2001 [30] mais inférieurs aux 58,3% obtenus par Gnohio T en Côte D'Ivoire en 2007 [16].

Du point de vue culturel, 21,0% de nos patientes, assimilaient l'infection par le VIH/sida à un sort lancé par un ennemi et seulement 1,0% à une malédiction tandis que Gnohio T en 2007 en Côte D'Ivoire trouvait un taux supérieur de l'ordre de 44,9 %.

6-4-Le Vécu psychologique de la patiente :

A l'attente du résultat 37,0% de nos patientes étaient angoissées. Cependant Thomas R en Suisse en 2000 [42] a rapporté l'histoire individuelle

Croyances et Comportement des femmes enceintes vis-à-vis de leur Séropositivité pour l'infection à VIH au service de Gynéco-obstétrique du centre de santé de référence de la commune II

des patientes avec le VIH, a relevé 50,0% de patientes redoutant d'être infectées alors que 30,0% s'attendaient à un résultat positif et n'avaient pas peur.

A l'annonce du résultat, 51,0% de nos patientes ont accepté le résultat du test avec une certaine sérénité, 21,0% avaient peur d'être rejetées par l'entourage et 20,0% avaient refusé d'admettre leur nouveau statut. Gnohio T en Côte D'Ivoire en 2007 [16] de son côté a relevé 31,4 % des patientes refusant d'admettre leur nouveau statut, 16,7 % éprouvant un sentiment de mort imminente et 29,5 % éprouvant une peur d'être rejetées par leur conjoint et/ou la famille.

Ces résultats diffèrent des nôtres mais tous deux mettent en évidence l'importance du pré-counselling (avant le test), du counselling (après le test) suivi de l'annonce du résultat du test de dépistage.

Nos sociétés africaines abritent divers types d'union (unions formelles, informelles, coutumière, légales), sous entendu chacun dans le terme conjoint d'après Natalie L. en France en 2005 [29]. Nous retrouvons donc dans cette catégorie, des femmes mariées, des concubines et ainsi que des célibataires ayant des partenaires réguliers.

Parmi nos patientes, celles n'ayant pas révélé leur séropositivité à leur conjoint représentaient 52,0%. Nos résultats demeurent nettement supérieurs aux 21,7 %, 33,3% et 41,0%, obtenus respectivement par Gnohio T en Côte D'Ivoire en 2007 [16], Desclaux à Bangkok [10] et Cléopâtre K en Côte D'Ivoire en 2006 [8]. La non information du statut sérologique au conjoint est généralement lié à un risque de divorce. Ce risque était le principal motif de la plupart de nos de patientes soit 61,6%. Dans une étude menée au Burkina et en Tanzanie, pour le même motif, 80,0% des femmes n'avaient pas annoncé leur statut à leur conjoint de peur d'une

Croyances et Comportement des femmes enceintes vis-à-vis de leur Séropositivité pour l'infection à VIH au service de Gynéco-obstétrique du centre de santé de référence de la commune II

réaction négative de leur part [26; 30]. Cette vulnérabilité des femmes est liée au fait qu'elles dépendent totalement de leur conjoint sur le plan économique.

Le dépistage reste individuel et confidentiel mais les praticiens peuvent aider un conjoint à annoncer à l'autre son résultat positif dans le souci de lui apporter les informations nécessaires pour une bonne compréhension de la maladie et de sa prise en charge.

L'idée d'isolement était retrouvée chez 16,0% patientes, largement inférieur aux données de Gnohio T en Côte D'Ivoire en 2007 [16] avec 91,7%. Rencontrer d'autres personnes séropositives serait un besoin très important d'autant plus que cela permettrait d'échanger sur les réalités de vie avec le VIH, de créer ou de recréer un réseau social brisant ainsi l'isolement.

Malgré les multiples problèmes qu'elles rencontrent, les patientes séropositives éprouvent un désir ardent de grossesse soit 67,0% dans notre étude en accord avec Gnohio T en Côte D'Ivoire en 2007 [16] soit 60,9%.

L'augmentation de l'espérance de vie des PVVIH et les progrès médicaux en matière d'Aide Médicale à la Procréation (AMP) amènent de plus en plus de couples à désirer un enfant. Parmi ces patientes 53,0% ont opté pour l'alimentation artificielle.

La peur de mourir de la maladie avait été retrouvée chez la plupart de nos patientes soit 55,0% mais en deçà des 83,3% obtenus par Gnohio T en Côte D'Ivoire en 2007 [16].

Certaines patientes ont signalé qu'avoir peur de la mort était une chose bien évidente, d'autant plus que l'idée de la mort a de tout temps suscité la peur chez l'homme.

Croyances et Comportement des femmes enceintes vis-à-vis de leur Séropositivité pour l'infection à VIH au service de Gynéco-obstétrique du centre de santé de référence de la commune II

Dans notre série, aucune tentative de suicide n'a été confessée sans toute fois occulter l'existence de l'idée de suicide retrouvée chez 6,0% de nos patientes. Le recours au suicide comme "remède" radical au désespoir traduit toute la dimension de la charge émotionnelle qui accompagne l'infection à VIH [8] selon Cléopâtre K en Côte D'Ivoire en 2006. En effet, le caractère chronique de l'infection avec des épisodes d'attaques et de rémissions bouleverse la vie de ces femmes. Cette situation les amène à des modifications permanentes de leur état psychique.

La dépendance entraînée par la maladie est souvent vécue comme un échec ou un aveu d'impuissance qui affecte en retour le niveau d'estime de soi de la personne.

7-Conclusion :

Au terme de notre étude, les résultats montrent que 32,0% de nos patientes étaient des jeunes dont l'âge était compris entre 26-32 ans et vivant en ménage pour la plupart soit 76,0%. Ces femmes avaient plus peur de la séparation soit 61,6%.

Le constat est que toutes les formes de discrimination, d'ostracisme et de mépris à l'égard des personnes vivant avec le VIH constituent un frein à tout programme visant à apporter la riposte à la pandémie du VIH/sida.

9-RECOMMANDATIONS

❖ Aux autorités politiques et administratives

- Doter le centre de santé de référence de la commune II d'une unité de prise en charge adéquate des PVVIH.
- Créer des programmes de microcrédit pour aider les PVVIH à se prendre en charge.

❖ Aux leaders d'opinion, aux ONG et aux medias

- Sensibiliser davantage la communauté à manifester de l'amour à l'égard des PVVIH et leur apporter soutien moral et matériel.
- Encourager les conjoints à se faire dépisté systématiquement

Croyances et Comportement des femmes enceintes vis-à-vis de leur Séropositivité pour l'infection à VIH au service de Gynéco-obstétrique du centre de santé de référence de la commune II

- Renforcer les campagnes de sensibilisation contre la stigmatisation, discrimination et de rejet.
- Promouvoir les messages positifs et d'octroyer aide et/ou assistance aux PVVIH.
- Traduire en langues nationales le contenu d'IEC/CCC.

❖ **Aux prestataires de soins**

- Traiter sans discrimination tous les patient(e) s dans le cadre de leur mission de dispensateurs de soins.
- Faire l'accouchement des gestantes séropositives selon les normes.

❖ **Aux PVVIH (Personnes Vivant avec le VIH)**

- Adhérer aux associations et groupes de solidarité.

10-REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1-Aggleton PJ, Bharat S.

Facing the challenge. House hold responses to AIDS in India.
AIDS care 1999; 319:1022-26.

2-[ANRS 1201/1202 Ditrane Plus Study Group.](#)

Field efficacy of zidovudine, lamivudine and single-dose nevirapine to prevent peripartum HIV transmission.
AIDS 2005; 19: 309-318.

3-Aoussi E, Eholié S, Kra O et al.

Aspects épidémiologiques et cliniques du Sida à Abidjan.
1er Congrès scientifique de la société africaine de microbiologie,
Bamako 29- 31 janvier 1996, Mali. 85p.

4- Bagayogo A.

Prise en charge des femmes enceintes infectées par le VIH dans le service de gyneco-obst de l'hôpital Gabriel Touré à propos de 72cas,
Thèse de médecine, Bamako : 2004 ; 6 :81p.

5- Bailly L.

Maladie grave : l'annonce est-elle un événement traumatique ?
In : M. Diagnostic (Ed). Effet d'annonce.
L'Esprit du Temps Montreuil : 1998 : P(3-8).

6-Breitkreutz R, Pittack N, et al.

Improvement of immune functions in HIV infection by sulfur supplementation: two randomized trials.J Mol Med. 2000; 78(1):P(55-62).

7- CCSLS/CDC/INRSP :

Surveillance sentinelle du VIH et de la syphilis chez les femmes enceintes vues consultation prénatales. 5^{ème} édition. Bamako. Mali : 2009 ; 30p.

8- Cléopâtre K.

VIH/SIDA, genre et vulnérabilité de la femme : lutte contre la vulnérabilité des femmes infectées par une association de femmes vivant avec le VIH/SIDA à Abidjan (Côte d'ivoire) : 2006; 3; 6: 7p.

9- Daniel H et al.

We are all people living with AIDS, myths or realities of AIDS in Brazil. International journal of Health services 1991; 2; 3: P(39-5).

10- Desclaux A.

Transmission par l'allaitement : la prévention par les substituts du lait maternel négligée. Transcriptases ANRS informations, numéro spécial Bangkok : P(33-5).

11- Desgrées du Loû, Msellati P, Viho I et al.

Contraceptive use, protected sexual intercourse and incidence of pregnancies among African HIV-infected women.

DITRAME ANRS 049 Project, Abidjan, 1995-2000.

Int J STD AIDS 2002; 13: 462-8.

12- Doumbia D.

Prévention de la transmission mère-enfant du VIH de Janvier 2002 à Décembre 2005 dans le service de Gynéco-obst du CHU Gabriel Touré.

Thèse de médecine, Bamako : 2008; 3 :79p.

13- Eholié SP.

Etude des infections opportunistes au cours du SIDA à propos de 262 cas colligés dans le service des maladies infectieuses et tropicales.

Thèse de Médecine, Université Nationale de Côte-d'Ivoire (Abidjan): 1994.
n°1517 : 81p.

Croyances et Comportement des femmes enceintes vis-à-vis de leur Séropositivité pour l'infection à VIH au service de Gynéco-obstétrique du centre de santé de référence de la commune II

14-Folkers K, Morita M, Mc Ree J Jr.

The activities of coenzyme Q10 and vitamin B6 for immune responses.

Biochem Biophys Res Commun. 1993 May 28; 193 (1):88-92

15- Gilmore N, Someville M.

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

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

16-Gnohio T.

Croyances et comportements des patientes vis-vis de leur séropositivité pour l'infection à VIH au service de gynécologie et obstétrique du CHU

Cocody .Thèse de médecine, Abidjan : Nov 2002-Dec2007 ; P(78-84)

17- Goffman E.

Stigma : notes on the management of a spoiled identity.

New york, Simon and Schuster 1963.25p.

18- Gruskin S, Hendricks A, Tomesevski K.

Human rights and responses to HIV/AIDS.

In : AIDS in the world II. New York, oxford university press 1990.

19-Guide pour la prise en charge à domicile des malades du sida.

Génève ;OMS,1994 :WHO/GPA/HCS/93.2 :187p.

20-Guindo A .

Etude de la prévalence des principaux agents pathogènes responsable de MST/SIDA dans une population de femmes en âge de procréer dans le centre de santé de référence de la commune du district de Bamako,

Thèse pharmacie. Bamako : 1994 ; 3 :14p.

Croyances et Comportement des femmes enceintes vis-à-vis de leur Séropositivité pour l'infection à VIH au service de Gynéco-obstétrique du centre de santé de référence de la commune II

21-Kattra N M.

Etude de la prévalence des MST/SIDA et des facteurs de risque de l'infection par le VIH chez les femmes enceintes dans les régions de Koulikoro, Sikasso et Mopti en république du Mali.

Thèse de pharmacie, Bamako, 1999 ; 60 : 96p.

22 Kinscherf R, Fischbach T, et al.

Effect of glutathione depletion and oral N-acetyl-cysteine treatment on CD4+ and CD8+ cells.

FASEB J 1994 Apr 1;8(6):p(448-51).

23-Ki-zerbo G, ramos F,Viadro C, Sylla O et al.

Prise en charge psychosociale des personnes vivant avec le VIH. Etude dans le service des maladies infectieuses du CHU de Fann.

Dakar/Sénégal. Sidanet 2005, 2 ; 1 : P(766-76).

24-Maïga L.O.

Connaissance, attitudes et comportement sexuels en matières de MST/sida en milieu scolaire : école normale secondaire de Bougouni et le lycée Monseigneur monte-los de Sikasso en 2001.

Malintrop Afrique, Appit, john libbey 2002 : P(455-468).

25-Mandelbrot L. Prise en charge de la grossesse chez une femme séropositive pour le VIH. Revue du praticien. Gynécologie et Obstétrique 2008 ;

119 : p(23-7).

26- Mboussou F.

Fidélité conjugale et vulnérabilité de la femme au VIH. Transcriptases juillet/août 2004 ; 117p.

27-Mc Grath.

The biological impact of social responses to the AIDS, Epidemic, Medical anthropology, 1992; 15: P(63-79).

Croyances et Comportement des femmes enceintes vis-à-vis de leur Séropositivité pour l'infection à VIH au service de Gynéco-obstétrique du centre de santé de référence de la commune II

28-Moynihan L.

Living with HIV, issues of stigma and disclosure in women infected with HIV, HIV international women's conference, 1995.p(12-38).

29-Natalie-Lydié.

Les populations africaines d'Ile-de-France face au VIH/sida : Connaissances, attitudes, croyances et comportement.

Editions Inpes 2005 : P(1-21).

30-OMS.

Surveillance mondiale du SIDA. REL Epidémiologie Hebd 1997 ; 72 :P(357-60).

31-ONUSIDA.

AIDS epidemic update : décembre 1998 Genève.P(123-29).

32-ONUSIDA.

Discrimination, stigmatisation et rejet liés au VIH/SIDA.

Genève : Mai 2002.p(53-89).

33-ONUSIDA.

Rapport sur l'épidémie du SIDA. Introduction. Octobre 2006 : 5p.

34-Ouedraogo TL, Ouedraogo A, Kyelem N, Soubeiga A et al.

Les personnes vivant avec le VIH, vécu quotidien et gestion du risque de transmission à l'entourage : Etude à Ouagadougou.

Med Trop 2005; 65: P(143-48).

35-Patrick Y.

Prise en charge médicale des personnes infectées par le VIH.

Médecine-sciences Flammarion, Rapport 2006 : 368p.

36- Programme commun des nations unies sur le VIH/SIDA (ONUSIDA).

Rapport sur l'épidémie mondiale du sida 2008, Aide-mémoire – Amérique du Nord, Europe occidentale et centrale. [Consulté le 13 novembre 2008].

http://data.unaids.org/pub/GlobalReport/2008/20080715_fs_nawce_fr.pdf

Croyances et Comportement des femmes enceintes vis-à-vis de leur Séropositivité pour l'infection à VIH au service de Gynéco-obstétrique du centre de santé de référence de la commune II

37-Rapport ONUSIDA/OMS.

21 novembre 2006.p (5-12).

38-Rapport ONUSIDA/2010.

Génève novembre 2010.p(19-23).

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

L'illustration universelle des droits de l'homme,

Paris: Amnesty international 2006: 89p.

40-Sangaré K A, Coulibaly I M, Ehouman A.

Séroprévalence du VIH chez les femmes enceintes dans dix régions de Côte d'Ivoire, Santé 1998 ; 8,3 :P(198-6).

41-Santé et Services sociaux du Québec.

Guide Québécois de dépistage : infections transmissibles sexuellement et par le sang, 2006. [Consulté le 14 novembre 2008].

<http://library.catie.ca/PDF/P34/23376.pdf>

42-Thomas R.

Les besoins des personnes vivant avec le VIH en Suisse en 2000.

Raisons de santé ; 59 : 103p.

43-Vidal L.

L'annonce de la séropositivité : difficultés et initiatives en Afrique.

Développement et santé 1996; 121: P (22-5).

44-Warwick I.

Household and community responses to AIDS in developing countries, *critical public health* 1998, 8; 4(5): p (291-310).

45-<http://www.mst-sida-info.org/francais/psy.htm> 31/05/2010

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

Croyances et Comportement des femmes enceintes vis-à-vis de leur Séropositivité pour l'infection à VIH au service de Gynéco-obstétrique du centre de santé de référence de la commune II

FICHE SIGNALITIQUE

Nom: DIARRA

Prénom: Awa Nazoum

Titre: Croyances et comportements des femmes enceintes vis-vis de leur séropositivité pour l'infection à VIH au service de gynéco-obstétrique du centre de santé de référence de la commune II du district de Bamako.

Année universitaire: 2010-2011

Ville de soutenance: Bamako

Pays d'origine: République du Mali

Lieu de dépôt: Faculté de médecine de pharmacie et d'odonto-stomatologie du Mali

Secteur d'intérêt: Gynéco-obstétrique, santé publique

Résumé de thèse :

Dans notre étude longitudinale, quantitative et descriptive portant sur les croyances et comportements de 100 femmes enceintes séropositives au VIH vis-à-vis de leur séropositivité sur une période allant d'Avril 2009 à Mars 2010.

Sur un nombre total de 3521 femmes vues en consultation à l'unité PTME du service de gynéco-obstétrique du centre de santé de référence de la commune II du district de Bamako, d'Avril 2009 à Mars 2009, 100 cas de séropositivité soit une fréquence de 2,8% ont été dépistés. Au terme de cette étude, les résultats suivants ont été relevés :

- L'âge des patientes était compris entre 16 et 42 ans avec une majorité dans la tranche d'âge de 26-32 ans, une moyenne de **27,16** et un écart-type de 3,75.
- Les femmes vivant au foyer étaient de 76,0% avec un régime monogamique dans 60,52%, 53,0% étaient des ménagères.
- Le principal motif du test de dépistage était le dépistage systématique avec 87,0%.
- La peur du divorce a été le principal motif de dissimulation du statut sérologique 61,6%.
- La stigmatisation et la discrimination ont été les principales craintes avec 43,0%.

Croyances et Comportement des femmes enceintes vis-à-vis de leur Séropositivité pour l'infection à VIH au service de Gynéco-obstétrique du centre de santé de référence de la commune II

- Les patientes sous traitement ARV représentaient 76,0% avec un niveau d'observance du traitement de 82,9%.
- Les patientes qui désiraient avoir un enfant représentaient 67,0% et seulement 26,0% ont opté pour l'usage exclusif du préservatif.

Les différents aspects de la vie des patientes étaient touchés. Ceci est le fait du déficit d'informations de la communauté sur l'infection par le VIH, avec pour conséquence le phénomène de stigmatisation et de discrimination et de rejet des personnes vivant avec le VIH.

Mots clés : croyances, comportement, stigmatisation/discrimination, VIH/SIDA,

Croyances et Comportement des femmes enceintes vis-à-vis de leur Séropositivité pour l'infection à VIH au service de Gynéco-obstétrique du centre de santé de référence de la commune II

FICHE D'ENQUETE N°.....

CROYANCES ET COMPORTEMENT DES FEMMES ENCEINTES VIS-A-VIS DE LEUR SEROPOSITIVITE DANS LE SERVICE DE GYNECOLOGIE DU CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE LA COMMUNE II DU DISTRICT DE BAMAKO.

I/IDENTITE

Age :

Niveau d'instruction : 1-Sans 2-Primaire 3-Secondaire 4-Supérieur

✓ Profession : 1-Fonctionnaire 2-Sans emploi 3-Elève/Etudiant 4-Ménagère 5-Autres

✓ Ethnie :

✓ Religion :

✓ Situation matrimoniale : 1-Mariée 2-Concubine 3-Célibataire 4-Divorcée 5-veuve (préciser la cause du décès du conjoint)

Profession du mari ou du conjoint :

Régime du mariage 1-monogamie 2- polygamie

II/CARACTERISTIQUES CLINIQUES

✓ Mode d'admission : 1-Venue d'elle-même 2-Référée 3-Evacuée

✓ Motif de consultation :

✓ Date de dépistage : 1-Inconnue 2-Précise : (le/...../.....)

✓ Moment de découverte : 1-1^{er}trimestre,2-2^{ème}trimestre,3-3^{ème}trimestre 4-Accouchement

✓ Motif du test de dépistage : 1-Dépistage volontaire 2-PTME 3-Maladie opportuniste ou apparentée 4-Aggravation d'un état clinique 5- Autres.....

✓ Antécédents Médicaux :

Zona 1-Non 2-Oui.....

Candidoses buccale 1-Non 2-Oui

Prurigo 1-Non 2-Oui

Fièvre au long court 1-Non 2-Oui.....

Tuberculose 1-Non 2-Oui

HTA 1-Non 2-Oui.....

Croyances et Comportement des femmes enceintes vis-à-vis de leur Séropositivité pour l'infection à VIH au service de Gynéco-obstétrique du centre de santé de référence de la commune II

4-Sort lancé par un ennemi 5-Aucune explication

Selon vous, que peuvent être les autres possibilités de soins ?

1-Marabout 2- Tradipraticien 3- Prêtre 4-Pasteur 5-Imam 6- Aucunes

Que dit votre religion du VIH/SIDA ?

1-Punition de dieu 2-Maladie pécheurs 3-Maladie des prostituées 4-Maladie de ceux qui ont une vie sexuelle immorale 5-Autre (à préciser).....

IV/LA PREVENTION

Qui pensez-vous informer d'abord ?

1-Le conjoint 2-ascendants 3-Fratrie 4-Descendants 5-Amis 6-Autres

Comptez-vous informer le personnel médical avant tout acte médical ?

1-Non

2-Oui

Comment comptez-vous nourrir votre enfant ?

1- allaitement maternel 2-allaitement artificiel

V/LE VECU PSYCHOLOGIQUE DE LA PATIENTE

A-LE DEPISTAGE

1-Dans l'attente du résultat du test : 1- Sereine 2-Peur d'être infectée

2- Réaction à l'annonce de l'infection :

1- Refus de croire au résultat 2- Sereine 3-sentiment de mort imminente
4-Peur d'être rejetée 5- Autres à préciser.....

B- RAPPORT AVEC LE CONJOINT

Avez-vous annoncé votre séropositivité à votre conjoint ? 1-Non

2-Oui

Si non, pourquoi ?

1-risque de séparation 2-Culpabilité 3-Grossesse 4-Manque de courage
5-Résultat confidentiel 6-Rejet 7-Autres.....

Si oui, quelle fut sa réaction ?

1-Rejet/séparation 2-Soutien total 3-Indifférence

4-Motivation au dépistage volontaire 5-Autres.....

Avez-vous pu convaincre votre conjoint à faire le test ? 1-Non

2-Oui

Si non pourquoi ? 1- Crainte 2- inopportunité 3- Autre.....

Si oui quel est le résultat ? 1- Conjoint dépisté positif 2- Conjoint dépisté négatif

Croyances et Comportement des femmes enceintes vis-à-vis de leur Séropositivité pour l'infection à VIH au service de Gynéco-obstétrique du centre de santé de référence de la commune II

C-L'OBSERVANCE DU TRAITEMENT

Etes-vous sous traitement antirétroviral ?	1-Non	2- Oui	<input type="checkbox"/>
Si oui, suivez-vous correctement le traitement ?	1- Non	2-Oui	<input type="checkbox"/>
Si oui, suivez-vous correctement les rendez-vous ?	1-Non	2-Oui	<input type="checkbox"/>
Vous est-il arrivé de ne pas prendre vos médicaments ?			
Depuis le début du traitement ?	1-Non	2- Oui	<input type="checkbox"/>
Au cours des trois derniers mois ?	1-Non	2-Oui	<input type="checkbox"/>
Vous est-il arrivé de ne pas prendre vos médicaments parce que :			
Vous ne vous sentiez pas bien physiquement ou moralement			
Depuis le début du traitement	1-Non	2-Oui	<input type="checkbox"/>
Au cours des trois derniers mois	1-Non	2-Oui	<input type="checkbox"/>
Ne suivez vous pas correctement votre traitement ?			
1-Rupture de stocks 2-Quantité de comprimés à prendre 3-Indisponibilité du personnel de soin			<input type="checkbox"/>
4-Stigmatisation sociale 5-Effets secondaires 6-Autres (à préciser)			
Avez-vous foi quant à l'efficacité des traitements en cours ?	1-Non	2-Oui	<input type="checkbox"/>

D-MODE DE VIE DE LA PATIENTE

Avez-vous connu de nouveaux partenaires sexuels depuis la connaissance de votre statut sérologique ?	1-Non	2-Oui	<input type="checkbox"/>
Préférez-vous vivre isolée ?	1-Non	2-Oui	<input type="checkbox"/>
Prenez-vous plaisir aux activités de loisir ?	1-Non	2-Oui	<input type="checkbox"/>
Sentez-vous votre mémoire vide de toute activité ?	1-Non	2-Oui	<input type="checkbox"/>
Avez-vous opté exclusivement pour les préservatifs ?	1-Non	2-Oui	<input type="checkbox"/>
Avez-vous un désir de maternité ?	1-Non	2-Oui	<input type="checkbox"/>

VI/ LA PATIENTE ET SON INFECTION

Avez-vous une image négative de vous ?	1-Non	2-Oui	<input type="checkbox"/>
Eprenez-vous plus de peur pur la mort ?	1-Non	2-Oui	<input type="checkbox"/>
L'idée du suicide vous vient –elle souvent en tête ?	1-Non	2-Oui	<input type="checkbox"/>

Si oui à quel moment ?.....

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.
- ☉ Admise à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira 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.
- ☉ Respectueuse et reconnaissante envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leur père.
- ☉ Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.
- ☉ Que je sois couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque.

Je le jure