

UNIVERSITE DES SCIENCES TECHNIQUES ET TECHNOLOGIQUES DE BAMAKO

Faculté de Médecine et d'Odonto Stomatologie

Année Universitaire 2012/2013

Thèse N°/2013

**ETUDES DE LA DISCRIMINATION ET DE LA
STIGMATISATION DES PERSONNES VIVANT
AVEC LE VIH/ SIDA
CAS DE LA COMMUNE IV DU DISTRICT DE
BAMAKO**

THESE DE MEDECINE

**Présentée et soutenue publiquement devant la faculté de
Médecine, le 16-03- 2013**

Par
Monsieur Abdoulaye DAMA
Pour obtenir le Grade de **Docteur en Médecine**
(**DIPLOME D'ETAT**)

JURY :

PRESIDENT : Pr. Saïbou MAIGA

MEMBRES : Dr. Issiaka Nanourou DEMBELE

CO-DIRECTEUR : Dr. Sékou BAH

DIRECTEUR DE THESE : Pr. Elimane MARIKO

Dédicaces

A Allah le Tout Puissant et Très Miséricordieux.

Nous implorons votre pardon, que vous nous montriez le droit chemin et en nous éloignant du mal. Gloire à Dieu, l'omniscient, le maître des maîtres qui nous a permis de mener à bien ce travail et de voir ce grand jour.

Au Prophète Mohamed (Paix et salut sur lui) : que la paix et la bénédiction de Dieu soit sur toi et sous tes fidèles compagnons Amen.

A mon père Abdramane Dama : qui malgré ses occupations, pour ses enfants fut un model de droiture et de réussite. Tu m'as enseigné l'honneur, la dignité, le pardon, l'amour et le respect du prochain. Ton sens de la justice, ton courage, ta franchise, ta sagesse, sont autant de qualités qui ont forgé ma propre personnalité.

A ma mère Aïssata Poudiogo : tu as guidé mes premiers pas. Les mots me manquent pour te signifier mon amour, ma reconnaissance, mon admiration, tu as toujours été là, rendant les moments difficiles supportables. Tu es pour moi un model de courage d'abnégation et de générosité.

Tes sages conseils et tes bénédictions nous accompagnent toujours dans la vie. Que le tout puissant t'accorde une longue vie. Je t'aime Maman.

REMERCIEMENTS

A mon Oncle et mes Tantes :

Ce travail est le fruit de votre éducation. Veuillez trouver ici toute ma reconnaissance affectueuse.

A mes frères et Sœurs.

Amadou, Abdramane, Soumaïla, Samba, Boureïma, Ibrahim, Sambala, Youssouf, Madou, Hawa, Lamata, Salimata, Kadiatou.

Ce travail est aussi le vôtre. Que cette joie et cette bonne ambiance qui arrivent et caractérisent nos rencontres et demeurent à jamais un signe de fraternité et d'amour.

A mes cousins et cousines :

Votre sympathie et votre courtoisie ne m'ont pas fait défaut. Trouvez ici l'expression de ma profonde affection.

A mes beaux frères :

Trouvez dans ce travail l'expression de ma profonde gratitude.

A mes belles sœurs :

Vos sentiments humains ne m'ont pas manqué.

A mes neveux et nièces :

Persévérance et courage dans vos études.

A mes amis :

Dr Abdoulaye Arama, Dr Amadou Togo, Dr Dramane Issouf Koné, Dr Kalil Dicko, Dr Nouh Diallo, Dr Moussa Niangaly, Dr Mori Elimane Mariko, Mr Oumane Djimdé, Mr Cheick Oumar Guindo, Mr Amadou Barry, Mr Abdoulaye Barry, Mr Yacouba Keita, Mr Yacouba Traoré, Mr Biassou Dembélé, Mr Zoumana Sogodogo, Lt Salla Diallo, Mr Bekaye Douyon, Commissaire de Police Florentin Douyon, Sgt/chef Mamadou Camara, Mr Badra Aliou Mariko, Ingenieur Nouh Daou, Melle Gna Marie Thérèse Diarra, Mr Papa Sidiki Diarra, Mr Bocar Guindo.

L'amitié n'a pas de prix. Mon amitié pour vous sera votre récompense, vous qui avez été au début, pendant et à la fin de cette thèse. Jamais je ne trouverai les mots exacts pour vous exprimer tout mon amour, mon admiration et ma fierté. Trouvez ici l'expression de ma profonde affection.

Aux Défunts :

Amadou Dama, Mariam Dama.

J'ai voulu partager cette joie avec vous qu'Allah vous accorde la paix éternelle et vous accepte dans son paradis.

-Au corps professoral de la faculté de médecine, d'odonto-stomatologie et de la faculté de pharmacie.

Pour l'enseignement de qualité qu'ils nous ont dispensés. C'est le lieu et le moment pour moi d'exprimer toute ma reconnaissance et mon profond respect.

-Tout le personnel de la pédiatrie du CHU de l'hôpital TOURE Merci pour votre collaboration ; ce travail est le votre.

-Tout le personnel du PSI/MALI : pour leur collaboration à la réalisation de ce travail, Veuillez accepter l'expression de ma profonde gratitude.

-Toute la population de la commune IV du district de BAMAKO

Mes remerciements et encouragements ne suffiront peut être pas pour exprimer toute ma reconnaissance à votre endroit. Cette étude portait sur vos connaissances sur le quotidien des PVVIH. Votre disponibilité, votre patience et votre curiosité je ne saurai assez vous remercier.

Qu'ALLA vous satisfasse.

-Je ne saurai terminer sincèrement sans remercier toutes les personnes de bonne volonté qui m'ont aidé de près ou de loin à la réussite de ce travail. Merci infiniment.

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DU JURY

PROFESSEUR SAÏBOU MAIGA

- ❖ **MAITRE DE CONFERENCES EN LEGISLATION A LA FACULTE DE PHARMACIE, USTTB ;**
- ❖ **MEMBRE DE COMITE D'ETHIQUE A L'USTTB;**
- ❖ **MEMBRE DU COMITE NATIONAL D'ETHIQUE ;**
- ❖ **MEMBRE DU COMITE NATIONAL DE LA PHARMACOVIGILANCE ;**
- ❖ **CHEVALIER DE L'ORDRE DU MERITE DE LA SANTE DU MALI ;**
- ❖ **PROPRIETAIRE TITULAIRE DE L'OFFICINE DU POINT G ;**
- ❖ **CHEF DE DER DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES, FAPA.**

Nous sommes heureux de l'honneur que vous nous faites en acceptant de présider ce jury malgré vos multiples occupations.

Cher Maître, acceptez nos humbles remerciements pour la qualité de l'encadrement et les conseils prodigués tout au long de ce travail.

Permettez-nous de souligner vos qualités de pédagogue, votre rigueur scientifique, votre disponibilité et votre dynamisme faisant de vous un maître admiré et respecté.

Veillez recevoir cher maître, l'expression de notre profonde reconnaissance.

A NOTRE MAITRE ET JUGE

Dr ISSIAKA NANOUROU DEMBELE

- ❖ **MEDECIN COORDINATEUR DE L'USAC – CNAM DE 2007-2011 ;**
- ❖ **MEDECIN CHARGE DE SUIVI ET EVALUATION DES ACTIVITES D'ARCAD/SIDA.**

Cher maître votre force de caractère, votre humanisme dans l'exercice de la profession médicale, la clarté de vos raisonnements scientifiques sont autant de qualités qui font de vous l'Homme qu'il nous fallait pour constituer la fondation de notre carrière professionnelle.

Soyez rassuré très cher maître de notre profond respect et de notre reconnaissance.

A NOTRE MAITRE ET CO-DIRECTEUR DE THESE

DR SEKOU BAH

- ❖ **MAITRE ASSISTANT DE PHARMACOLOGIE A LA FACULTE DE PHARMACIE, USTTB ;**
- ❖ **PHARMACOLOGUE A LA PHARMACIE HOSPITALIERE DU POINT G**
- ❖ **TITULAIRE D'UN MASTER EN SANTE COMMUNAUTAIRE INTERNATIONALE ;**
- ❖ **COLLABORATEUR DU DMT SUR L'ETUDE DE L'EFFICACITE**
- ❖ **DES PLANTES MEDICINALES**
- ❖ **PHARMACIEN CHEF AU SERVICE DE PHARMACIE HOSPITALIERE AU CHU DU POINT G.**

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

Ce travail est le résultat d'un encadrement permanent et d'un encouragement sans faille dont nous avons bénéficié de votre part.

Recevez ici cher maître l'expression de nos plus grandes distinctions.

A NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR DE THESE

PROFESSEUR ELIMANE MARIKO

- ❖ **PROFESSEUR TITULAIRE EN PHARMACOLOGIE A LA FACULTE DE PHARMACIE, USTTB ;**
- ❖ **COLONEL MAJOR DES FORCES DES ARMEES DU MALI, CHARGE DE MISSION AU MINISTERE DE LA DEFENSE ET DES ANCIENS COMBATTANTS ;**
- ❖ **CHEF DE DER DES SCIENCES DU MEDICAMENT, FAPA ;**
- ❖ **COORDINATEUR DE LA CELLULE SECTORIELLE DE LUTE CONTRE LE VIH/SIDA AU MINISRERE DE LA DEFENSE ET DES ANCIENS COMBATTANTS.**

C'est un grand honneur que vous nous faites en acceptant de diriger ce travail.

Votre abord facile, votre rigueur scientifique, votre disponibilité, votre grande simplicité et surtout votre abnégation, nous imposent l'estime et l'admiration.

Vous avez cultivé en nous l'esprit de justice, de vérité, d'humilité et du travail bien fait.

C'est l'occasion pour nous de rendre hommage à la clarté de votre enseignement, à vos qualités de père et de formateur.

Honorable maître, puisse le seigneur vous accorder santé et longévité.

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS

AMM	Autorisation pour la Mise sur le Marché
ARV.....	Antirétroviral
CMV	Cytomégalovirus
CDC.....	Centers for diseases control
CVD.....	Center of vaccin developement
EDSM III.....	Enquête démographique et de santé/Mali
FAST.....	Faculté des Sciences et Techniques
IMAARV.....	Initiative malienne d'accès aux antirétroviraux
INNRT.....	Inhibiteur non nucleosidique de la reverse transcriptase
INRT.....	Inhibiteur nucléosidique de la reverse transcriptase
IP.....	Inhibiteur de protease
LGP.....	Lymphadenopathie généralisées persistantes
OMD.....	Objectifs du millénaire pour le developpement
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONUSIDA.....	Programme commun des nations unies pour le SIDA
PCR	Polymerase Chain reaction
PRB.....	Population référence bureau
PSI.....	Population service international
PVVIH.....	Personnes vivant avec le VIH
RIPA	Radio immuno precipitation essay
SE	Secteur d'énumération
T CD4T	Cluster of differentiation 4
VIH.....	Virus de l'immunodéficience humaine

SOMMAIRE

I-INTRODUCTION.....	1
II-OBJECTIFS.....	3
III- GENERALITES	4
III-1- Définition de la stigmatisation et de la discrimination.....	4
III-1-2- Causes de la stigmatisation et de la discrimination	4
III-1-3 Différentes formes de la stigmatisation et de la discrimination.....	5
III.-2 Le syndrome de l’immunodéficience acquise	6
III-2-1 Epidémiologie	6
III-2-2 Modes de transmission.....	7
III-2-3 Les facteurs de la transmission sexuelle	8
III-2-4 Historique de l’infection à VIH et des ARV	10
III-2-5 Notion de virologie fondamentale	12
III-2-7 Cellules cibles des VIH.....	17
III-2-8 Notion d’histoire naturelle, classification et diagnostic	17
III-3 Traitement antirétroviral	24
III-3-1 But du traitement	25
III-3-2 Les moyens.....	25
III-3-2-1 Inhibiteurs de la transcriptase inverse.....	25
III-3-2-1-1 Inhibiteurs nucléosidiques de la reverse transcriptase	25
III-3-2-1-2 Inhibiteurs non nucléosidiques de la reverse transcriptase	28
III-3-2-2 Inhibiteurs de protéase	29
III-3-2-3 Association d’ARV	32
III-3-2-4 Inhibiteurs de fusion	32
III-3-2-5 Les molécules ARV en développement	32
III-3-3 Indication du traitement ARV	35
III-3-4 Schémas thérapeutiques utilisés au Mali	36
III-3-5 Les éléments de surveillance.....	37

IV-METHODOLOGIE	38
V- RESULTAT	43
VI- COMMENTAIRES ET DISCUSSION	61
VII-CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS	68
VIII-REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	71
IX-ANNEXES	76

I- INTRODUCTION

La stigmatisation et la discrimination constituent de nos jours un véritable obstacle à la prévention, la prise en charge et le traitement des personnes vivant avec le VIH.

Par stigmatisation, on entend toute attitude négative à l'égard des personnes infectées ou supposées l'être et de celles qui sont atteintes par ricochet, les orphelins, les enfants et les familles des PVVIH. La discrimination, selon le protocole de l'ONUSIDA, recouvre toute forme de distinction arbitraire, d'exclusion ou de préjudice visant des personnes à cause de leur statut réel ou supposé de séropositivité à VIH (1).

La discrimination est plus simplement, la conséquence de la stigmatisation. La stigmatisation et la discrimination liées au sida sont observées partout dans le monde. Mais leurs manifestations varient d'un lieu à un autre (2). Elles sont très répandues et remarquablement persistantes dans presque toutes les sociétés, quelles que soient les caractéristiques locales de l'épidémie. La réaction et les attitudes à l'endroit des PVVIH tirent leur origine dans la crainte de l'infection, l'ignorance, le manque d'information, la perception sociale de l'infection au VIH, et surtout le mode de contagion par voie sexuelle.

Ainsi les PVVIH sont considérées comme des individus aux mœurs légères tels que les professionnels de sexe, les homosexuels ou les toxicomanes. Ce type de jugement de valeur affecte la vie au sein des familles, des communautés, sur le lieu de travail, dans les écoles, et dans les structures de soins. Face à ces situations l'ONUSIDA et les institutions en charge de la gestion de la pandémie ont été amenés à adopter des lois allant dans le sens de la non discrimination des PVVIH, et le respect des droits des personnes malades du SIDA.

Entre 2003- 2005 environ 115 rapports ont été soumis à l'ONUSIDA concernant les pays de l'Afrique subsaharienne, les régions d'Asie Pacifique et l'Europe orientale. Dans ces rapports, on a noté une certaine amélioration dans les cadres nationaux juridiques relatifs aux droits humains, les lois et la réglementation relative à la promotion et la protection des droits humains(3).

Malgré ce progrès constaté, plusieurs exemples de non respect des droits, de la violation flagrante des lois et certaines attitudes et comportement ont été signalés à l'endroit des PVVIH. En Russie, les malades du sida perdent immédiatement leur emploi sans aucune forme d'explication et de traitement. Au Canada c'est surtout le refus de louer des appartements à des personnes vivant avec le VIH /SIDA ou à des organismes de services relatifs au SIDA. Aux Etats-Unis, les patients séropositifs sont négligés et maltraités dans les structures de soins(4).

En Afrique plus précisément en Tanzanie une personne atteinte du sida est traitée de « maiti inayotembea » ce qui veut dire (un cadavre ambulante) ou de « marehemu mtarajiwa » ce qui veut dire (qui va mourir bientôt) (5).

Au Mali des efforts louables ont été faits par le gouvernement par la création du HCNLS doté d'un secrétariat exécutif et l'adoption de la déclaration de politique nationale de lutte contre le sida ainsi que des engagements internationaux et nationaux (la déclaration d'Abuja, les OMD et la session spéciale des nations unies sur le VIH/SIDA, l'initiative 5x5 d'accès aux ARV de l'OMS la déclaration de politique de lutte contre le VIH/SIDA adopté au Mali en AVRIL 2004 etc.) Ce qui a permis de réduire considérablement le taux d'infection jusqu'à 1,3% (6).

Mais force est de reconnaître que les PVVIH continuent d'être victimes de certains actes et attitudes négatifs. L'enquête démographique de santé du Mali (EDSM III) révélait que plusieurs personnes interrogées exprimaient au moins un point de vue hostile. S'il est vrai qu'il existe un petit nombre d'études sur le sujet au Mali, force est cependant de reconnaître qu'on ne sait pas grand-chose sur les causes de ces réactions négatives ni sur la façon de s'y attaquer au mieux. C'est Pourquoi nous avons initié cette étude afin de mieux connaître le vécu des PVVIH.

II- OBJECTIFS

1. Objectif général

Etudier la stigmatisation et la discrimination des personnes vivant avec le VIH/SIDA dans la commune IV du district de BAMAKO.

2. Objectifs spécifiques

- Déterminer le niveau des personnes sur la connaissance du VIH (voies de transmission et préventions);
- Identifier les sources d'informations sur le statut des personnes vivant avec le VIH ;
- Identifier les causes de la stigmatisation et de la discrimination des personnes vivant avec le VIH;
- Identifier les manifestations de la discrimination et de la stigmatisation des personnes vivant avec le VIH.

III- GÉNÉRALITES

III-1 Définition de la stigmatisation et de la discrimination

La stigmatisation est un processus dynamique de dévaluation qui discrédite significativement un individu aux yeux des autres et à ses propres yeux (7). La stigmatisation associée au VIH s'appuie sur des pensées négatives déjà implantées notamment le commerce du sexe, la consommation des drogues, l'homosexualité et la transsexualité et les renforce. La discrimination renvoie à toute forme de distinction, d'exclusion, ou de restriction arbitraire à l'égard d'une personne dont le statut VIH est confirmé ou supposé positif.

III -1-2 Les causes de la stigmatisation et de la discrimination

III-1-2-1 Les causes de la stigmatisation

- Une mauvaise compréhension de la maladie.
- Les mythes concernant la transmission du SIDA.
- L'influence de l'accès aux traitements.
- Un mauvais traitement des informations sur le SIDA par les médias.
- Le fait que le SIDA soit encore incurable.
- Les préjugés et les craintes liés aux questions sensibles d'ordre social comme la sexualité et la consommation de drogue.

III-1-2-2 Les causes de la discrimination :

- . Discrimination liée à l'apparence physique : critère de l'obésité, la calvitie, couleur de cheveux, tour de poitrine ;
- . Discrimination liée à l'origine : la langue, l'accent, la couleur de la peau, la non acceptation de la différence ;
- . Discrimination liée à l'état de santé : séropositivité ;

- . Discrimination liée aux handicaps : handicap mental, handicap physique ;
- . Discrimination liée à l'orientation sexuelle : homosexualité, bisexualité, transsexualité ;
- Discrimination liée aux mœurs : la manière de vivre, fumer, boire, jouer ;
- . Discrimination liée aux opinions politiques, religieuses ;
- . Discrimination liée aux classes et à l'origine sociale.

III-1-3 Les différentes formes de la stigmatisation et de la discrimination

III-1-3-1 Les formes de la stigmatisation :

Il existe trois formes de stigmatisation :

- Forme I : la présence de déformations externes, telles que les cicatrices et les manifestations physiques d'anorexie mentale, de lèpre, d'infirmités physiques ou handicap social, telle que l'obésité.
- Forme II : les déviations de traits personnels, incluant troubles mentaux, toxicomanie, alcoolisme et antécédents criminels.
- Forme III : les groupes ethniques et nationalités, ou religions perçues comme étant hors des normes sociales.

III-1-3-2 Les formes de la discrimination :

Discrimination directe et indirecte

La discrimination peut être directe ou indirecte. Dans le premier cas, la discrimination est patente : elle peut être constatée et dénoncée. Mais suite au développement de la lutte contre les discriminations, il existe un certain nombre de pratiques dissimulées. Ces pratiques visent à écarter des candidats de manière indirecte. La notion de discrimination indirecte a été introduite suite aux tentatives de rééquilibrage entre les différents groupes de population. La mesure de la représentation des différents groupes dans les différents

Secteurs d'activité (en particulier aux Etats-Unis) a permis de détecter des variations des à la suite du développement de certaines pratiques irréprochables, mais qui en fait lésaient un groupe particulier. Le repérage de la discrimination direct relève d'une analyse juridique qui permet de déceler une différence de traitement opposée à l'égalité. Le repérage de la discrimination indirecte relève de l'analyse statistique : on la repère par les effets, non par les causes. L'intention de l'auteur de la mesure (apparemment neutre) n'est par prise en compte, seul compte le résultat.

III-2- LE SYNDROME D'IMMUNODEFICIENCE ACQUISE

III-2-1. Epidémiologie

L'infection au VIH a commencé à se propager à la fin des années 1970 et continue de se répandre dans le monde entier.

Les dernières estimations de l'ONU/SIDA en juillet 2007 révèlent que 33,2 millions de personnes dont 30,8 millions d'adultes, 15,4 millions de femmes et 2,5 millions d'enfants vivent avec le VIH ou le SIDA. La distribution par zone géographique montre que l'Afrique sub-saharienne est la plus touchée avec 22,5 millions de personnes vivant avec le VIH/SIDA. Le sud et le sud-est asiatique représentent la seconde région à forte concentration (4,9 millions de personnes infectées).

Il existe de grandes variations selon les pays. Le taux d'infection par le VIH chez les adultes dans certains pays d'Afrique de l'Ouest est demeuré en dessous de 5% comme au Mali (1,3%) et au Ghana (2,2%). Cela contraste avec le taux chez les adultes au Botswana (25,2%), au Zimbabwe (18,1%), en Afrique du sud (16,2%) et au Swaziland (25,9%).

Toutefois, dans la plupart des pays de l'Afrique centrale et occidentale, la prévalence est au dessus de 5%, comme au Cameroun (5,5%), République Centre Africaine (6,2%).

Selon l'ONU SIDA, en 2007 il a été enregistré 2,5 millions de nouveaux cas d'infection à VIH dont 2,1 millions d'adultes. Le même rapport fait état de 2,1 millions de décès. Les adultes représentaient 1,7 millions de ces décès et les enfants 330000 environ dont (90%) en Afrique subsaharienne.

- Au Mali, l'ONU/SIDA estime à environ 130000 le nombre d'adultes et d'enfants vivant avec le VIH avec des extrêmes de [96000 et 160000]. La prévalence elle est estimée à 1,7%. En 2006 l'enquête démographique et de santé du Mali avait estimé la prévalence globale du VIH/SIDA à 1,3%, répartie de façon irrégulière sur l'ensemble du territoire : La région de Bamako reste la plus touchée (2,0%), Mopti (1,6%), Ségou (1,5%), Koulikoro (1,4), Gao (1,4), Kidal (0,6), Tombouctou (0,7%), Sikasso (0,7%), Kayes (0,7%).

III-2-2 Modes de transmission du VIH

En dehors du sang, du sperme, des sécrétions vaginales et du lait, le VIH a été isolé dans de nombreux liquides biologiques et notamment dans le liquide céphalo-rachidien, le liquide pleural, et le liquide broncho alvéolaire, les larmes, les urines, mais en raison de la faible concentration virale et de la présence éventuelle de composants inactivant le virus, le risque de transmission est considéré comme nul. En effet pour qu'il y ait transmission, il faut une porte d'entrée et une charge virale importante pour la contamination. Cette transmission peut se faire par :

- Transmission par voie sexuelle : elle se fait par l'intermédiaire des muqueuses buccales, génitales ou rectales, lorsqu'elles sont en contact avec les sécrétions sexuelles ou le sang contenant le virus.
- Transmission par voie sanguine : elle concerne principalement les professionnels de santé en milieu de soins et en laboratoire victimes d'accidents d'exposition au sang, les toxicomanes par voie I.V, les hémophiles et les transfusés.
- Transmission verticale (mère enfant) : elle survient surtout au moment de l'accouchement, mais elle peut aussi survenir in utero dans les semaines précédant l'accouchement.

III-2-3 Facteurs de risque de la transmission sexuelle :

Il ne peut y avoir transmission de VIH sans exposition préalable. Pour des populations qui ont été exposées au risque d'infection, le risque de transmission n'est pas identique. Les comportements sexuels favorisant l'exposition sont donc déterminants dans l'évolution de l'épidémie, mais il existe toute une série de déterminants qu'on appelle cofacteurs, qui peuvent influencer fortement le risque de transmission et donc l'évolution de l'épidémie.

Il a été montré que les rapports sexuels pendant les règles, les rapports anaux, et l'application de substance déchiquetée sur la muqueuse vaginale sont associés à un risque plus élevé de l'infection à VIH. On connaît mal la répartition de ces pratiques dans les différentes populations d'Afrique subsaharienne, mais il semble peu probable qu'elle y soit majeure dans l'évolution des épidémies du VIH.

-Les pratiques sexuelles :

Ces pratiques participent de façon différente au risque de transmission selon leur nature et leur fréquence. Le risque de transmission est plus élevé lors des rapports anaux que vaginaux. Plus que la fréquence des rapports sexuels, ce sont les types de pratiques qui influencent sur la transmission. Des enquêtes de séroconversion ont montré que lors des rapports anaux, le risque d'infection est plus élevé.

-Irritation vaginale et dry sex :

Toutes les pratiques pouvant provoquer des irritations ou des lésions de la paroi vaginale favorisant la transmission du VIH. Il y a alors de ces lésions, une affluence des cellules qui constituent le point d'attaque du VIH.

Les dry sex, pratique connue en plusieurs endroits d'Afrique dans les relations hétérosexuelles, mettent en cause l'introduction de substance dans le vagin pour en provoquer l'assèchement ou la contraction afin d'accroître le plaisir masculin. Il pourrait constituer un facteur favorable de transmission du VIH par une irritation de la paroi vaginale

Les méthodes de contraction traditionnelle nécessitant l'introduction de produits dans le vagin, et l'avortement, surtout s'il est clandestin, peuvent aussi provoquer des lésions importantes.

L'excision peut causer des lésions, plus ou moins importantes selon le type d'opération. Les complications liées à la pratique sont, à court terme, des infections de la plaie pouvant aller jusqu'au tétanos ou à la gangrène. A long terme, il s'agit d'infections chroniques, d'infections urinaires ou kyste.

-Circoncision masculine :

Deux études de nature écologique ont révélé une association négative entre la circoncision masculine et la prévalence de l'infection à VIH en AFRIQUE subsaharienne. Plusieurs études ont trouvé une association entre l'absence de circoncision et de l'infection à VIH au niveau individuel ; d'autres études ont échoué à le démontrer. Biologiquement, il est plausible que l'absence de circoncision augmente la susceptibilité au VIH, mais on ne sait pas vraiment si la circoncision a un effet direct dans la transmission du VIH, ou indirectement à travers, par exemple, son rôle protecteur vis-à-vis des IST ulcéraives.

L'utilisation du préservatif : l'usage du préservatif a besoin d'être étudié en tenant compte du contexte d'utilisation ; ce n'est pas le nombre ou le pourcentage d'utilisation le plus important, mais avec qui il est utilisé. De même il ne suffit pas de mesurer le nombre, mais il faut les caractériser et connaître le type d'activité sexuelle protégée ou non protégée qu'il a eu avec chacun d'eux.

En Afrique, l'utilisation du préservatif est faible. Cependant, sa bonne utilisation pour chaque rapport empêche la transmission du VIH influe sur l'extension de l'épidémie. Le préservatif doit être pris en compte dans un schéma général des déterminants. Le risque de transmission n'est cependant pas nul, car ce sont les conditions d'utilisation du préservatif qui importe le plus. Le préservatif peut ne pas être utilisé à chaque rapport sexuel, mais selon les partenaires.

-Les maladies sexuellement transmissibles :

La présence d'autres maladies sexuellement transmissibles, ulcéraives ou non ulcéraives, augmente le risque de transmission sexuelle du VIH. L'ulcère génital et le chancre en particulier augmenteraient fortement la probabilité de transmission.

III-2-4- Historique de l'infection à VIH et des ARV (8)

1952 : Premiers cas probables américains d'infection au VIH

1959 : Premier cas rétrospectif européen, un marin anglais mort en 1959 à Manchester (Grande-Bretagne) a présenté un tableau clinique évocateur du SIDA. Premier cas d'infection par VIH identifié chez un Zaïrois.

1981 : Les premiers cas d'une insolite défaillance du système immunitaire sont observés parmi des hommes gays, des femmes et des consommateurs de drogues injectables.

1982 : En août la maladie est désignée sous le nom de SIDA (syndrome d'immunodéficience acquise).

1983 : En mai, le rétrovirus dénommé LAV est découvert par une équipe française dirigée par le professeur Luc Montagnier.

1984 : Le 24 avril, découverte du virus HTLV-III par l'équipe dirigée par Robert Gallo aux Etats-Unis.

1985 : En avril à Atlanta, on assiste à la première conférence internationale sur le SIDA

1987 : En mars, la zidovudine (AZT) devient le premier antirétroviral anti-VIH à obtenir une autorisation de mise sur le marché français en même temps qu'aux Etats-Unis.

1988 : L'OMS déclare le 1^{er} décembre journée mondiale du Sida.

1991 : Le ruban rouge devient un symbole international de sensibilisation au Sida

1994 : Février ; les résultats de l'essai franco-américain ACTG-ANRS 024 démontrent l'intérêt d'un traitement par l'AZT pendant la grossesse l'accouchement et les premières semaines de vie de l'enfant.

1995 : septembre ; la bithérapie (AZT-ddI ou AZT-ddC) serait plus efficace qu'une monothérapie pour ralentir l'évolution de la maladie.

1996 : Juillet ; Xe conférence internationale sur le SIDA à Vancouver (Canada).L'efficacité des trithérapies est confirmée. (9) 1997 : Création du conseil mondiale de l'entreprise, contre le VIH /SIDA

1998 : Le premier schéma thérapeutique de brève dure à prévenir la transmission mère enfant est annoncé.

1999 : Les Nation Unies lancent le partenariat international contre SIDA en Afrique, dans le but de réunir les principales parties.

2000 : Juillet ; XIIIe conférence internationale sur le SIDA à Durban (Afrique du sud), les laboratoires pharmaceutiques ont annoncé des mesures concrètes afin d'aider les pays pauvres.

2001 : La première session extraordinaire de l'assemble générale des Nations Unies sur le VIH/SIDA, qui déclare le SIDA catastrophe mondiale et demande un engagement pour le combattre

L'organisation mondiale du commerce(OMC) adopte la déclaration de Doha permettant un accès plus large aux traitements du VIH grâce aux médicaments génériques.

2002 : Le Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme devient opérationnel et approuve un premier cycle de subventions.

2003 : le président des Etats-Unis George Bush annonce la mise en place du plan d'aide d'urgence du président pour la lutte contre le SIDA, à hauteur 15 milliards de dollars, au cours de son discours sur l'état de l'union.

L'OMS et l'ONUSIDA lancent l'initiative 3milliards d'ici 2005 ; dans le but d'aider les pays à faibles revenu à accroître le nombre de personne ayant accès a la thérapie antiretroviral de 400000 à 3 million au terme 2005.

2004 : L'ONUSIDA lance la coalition mondiale sur les femmes et le sida.

2005 : Au sommet de G8 à Gleneagles, Ecosse, les leaders s'engagent à s'approcher le plus possible de l'accès universel aux traitements antiretroviraux dans le monde 2010

III-2-5- Notions de virologie fondamentale

III-2-5-1- Définition des VIH

Aujourd'hui, le VIH est certainement le virus humain le mieux connu. C'est un membre de la famille des rétrovirus. Ces virus sont définis par leur mode de réplication qui passe par une étape de rétro transcription de leur matériel génétique constitué de deux molécules d'ARN identiques, en ADN. Cette étape indispensable à la multiplication du virus est possible grâce à une enzyme présente dans le virus : la transcriptase inverse.

III-2-5-2- Classification des VIH

Il existe trois catégories de rétrovirus classés selon les critères de pathogénie et de divergences génétiques : les oncovirus, les lentivirus et les spumavirus.

Les VIH sont rattachés à la catégorie des lentivirus. Ces derniers provoquent des maladies à évolution lente. Les oncovirus sont souvent associés aux tumeurs ou à des leucémies. Les spumavirus sont quant à eux considérés jusqu'à présent comme non pathogènes pour l'hôte.

III-2-5-3- Structure des VIH

Comme tous les rétrovirus, les VIH 1 et VIH 2 sont libérés par bourgeonnement à la surface des cellules qui les produisent. Le virus possède une membrane, une matrice et une capsid.

- La membrane est d'origine cellulaire et en elle sont ancrées les molécules
- de glycoprotéine d'enveloppe externe (SU gp120) et de glycoprotéines transmembranaires (TM gp141).
- L'intérieur de la particule virale est tapissée de molécules correspondant aux protéines de la matrice (p17 MA) et contient également la protéase virale.

➤ La capsid virale est constituée de protéines internes du virus (p24 CA), des protéines de la nucléocapside (p7 MC), deux des trois enzymes virales nécessaires à sa réplication et le matériel génétique du virus constitué de deux molécules ARN identiques.

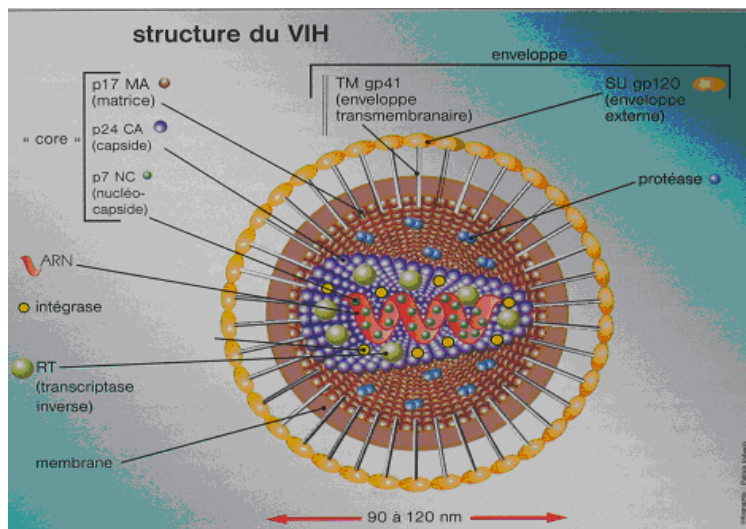


Fig. 1 : Structure du VIH

II-1-4-4- Génome et variabilités génétiques des VIH

L'organisation génétique des VIH1, VIH2 et du SIV est similaire (10). Sur la base des distances génétiques entre les VIH1 retrouvés chez les patients,

une classification en trois groupes distincts appelés M, N et O a été établie (11) (12).

Le groupe M (majoritaire) regroupe jusqu'à présent, au moins 10 sous types VIH-1 désignés de A à J. Au niveau mondial ce sont les infections par le sous type C qui sont majoritaires. Des phénomènes de recombinaison génétique chez les sujets co-infectés par des sous types distincts de VIH-1 sont également à l'origine de nouveaux virus recombinants (13).

Les VIH-1 du groupe O (outlier) identifiés au Cameroun et au Gabon sont plus rares (14). Il en est de même des infections au VIH-1 du groupe N, également identifiés au Cameroun. Les liens phylogénétiques récemment établis entre les virus N et des SIV de chimpanzés indiquent que des événements d'anthropozoonose pourraient être à l'origine de l'infection VIH-1(15).

III-2-6- Cycle répliatif des VIH

Les principales étapes du cycle répliatif du VIH sont communes à tous les rétrovirus (16). Leur connaissance est essentielle à la compréhension de la physiopathologie de l'infection au VIH, et surtout, chacune de ces étapes constitue une cible potentielle pour une thérapeutique antirétrovirale.

Plusieurs évènements marquent la répliation du VIH. Ce sont des étapes précoces que sont la reconnaissance et l'entrée du virus dans la cellule hôte, la rétro transcription du génome viral et son intégration dans le génome de la cellule. Les évènements tardifs de la répliation du VIH sont constitués des étapes transcriptionnelles et post-transcriptionnelles dans lesquelles intervient la machinerie cellulaire mais également des protéines de régulation du VIH et il en résulte la formation de nouveaux virions.

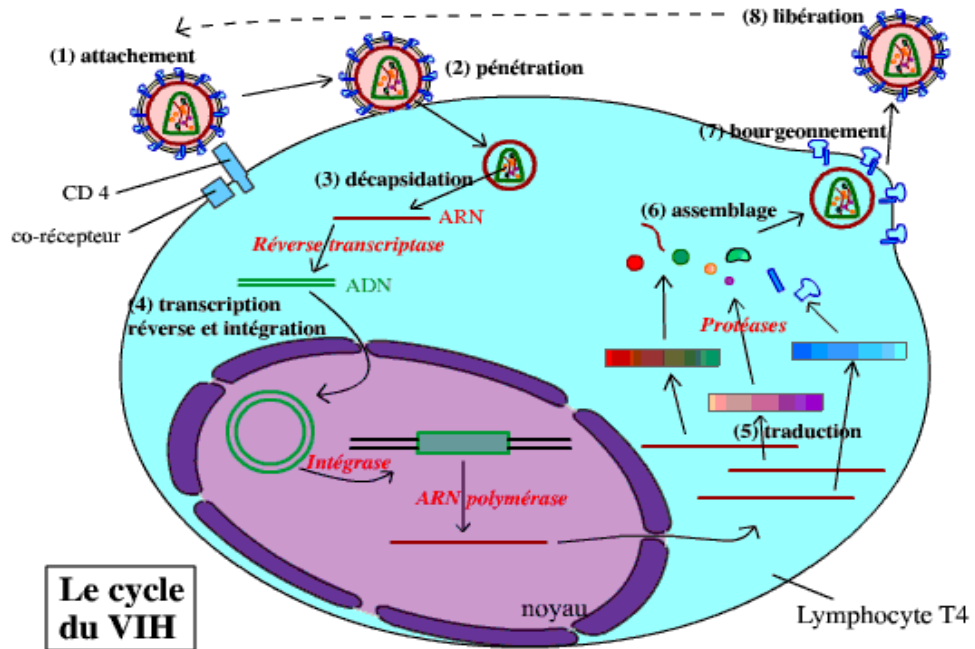


Figure 2 : LE CYCLE DU VIH

Tableau I : LE CYCLE DU VIH

<i>Légende</i>	
<p>(1)attachement Le virus se fixe sur le lymphocyte T4, par reconnaissance entre la protéine virale gp120 et la protéine CD4 du lymphocyte (ainsi qu'un co-récepteur).</p>	<p>(5)traduction Après avoir été transcrits par l'ARN polymérase de la cellule, les ARN messagers viraux sont traduits en trois précurseurs protéiques. Ces précurseurs sont clivés par des protéases, pour donner les différentes protéines du virus.</p>
<p>(2) pénétration Les deux membranes (du virus et du lymphocyte) fusionnent, ce qui permet la pénétration de la nucléocapside (les deux capsides + le matériel génétique, etc.) du virus dans le cytoplasme.</p>	<p>(6) assemblage Les protéines virales et l'ARN viral (transcrit par ailleurs) sont associés pour reformer des virus (sans la membrane). Les protéines virales membranaires sont intégrées à la membrane du lymphocyte.</p>
<p>(3) décapsidation Les deux capsides se dissocient, libérant l'ARN viral dans le cytoplasme.</p>	<p>(7) bourgeonnement Le virus bourgeonne, emportant un fragment de la membrane plasmique du lymphocyte (qui contient uniquement les protéines membranaires virales).</p>
<p>(4) réverse Transcription et intégration Grâce à la réverse transcriptase virale, l'ARN viral est rétro transcrit en ADN double brin. Cet ADN pénètre dans le noyau, où il s'intègre au génome du lymphocyte. Il est ensuite transcrit en ARN.</p>	<p>(8) libération Les nouveaux virus sont libérés dans le milieu intérieur. Ils peuvent infecter de nouveaux lymphocytes T4.</p>

III-2-7- Cellules cibles des VIH

Les cellules sensibles à l'infection VIH sont principalement celles qui expriment à leur surface le récepteur CD4 et un des co-récepteurs. Il s'agit de la sous population des lymphocytes TCD4+ helper (ou auxiliaire), mais aussi des monocytes/macrophages ou des cellules de la même origine telles les cellules dendritiques et les cellules de langherans ainsi que les cellules micro gliales du cerveau. Dans d'autres cellules, les virus sont simplement emprisonnés sans se répliquer. C'est le cas des cellules folliculaires dendritiques présentes dans les centres germinatifs des ganglions(17) (18).

III-2-8 Notions d'histoire naturelle, classifications et diagnostic

III-2-8-1- Histoire naturelle

Le terme histoire naturelle désigne l'ordre habituel et prévisible dans lequel se déroulent les manifestations cliniques et biologiques de l'infection à VIH. Grâce aux nombreuses études de cohortes mises en place dès le début de l'épidémie, cette histoire naturelle est aujourd'hui bien connue. L'évolution de la maladie a connu de nombreuses modifications du fait de l'introduction de plus en plus précoce des traitements ARV efficaces capables d'influencer le cours de l'infection.

L'évolution spontanée de l'infection à VIH peut être divisée en trois phases :

- La primo-infection ou phase aiguë. (dure quelques semaines)
- La phase chronique. (plusieurs années)
- La phase finale symptomatique

III-2-8-2- Définitions du SIDA et diagnostic clinique

Le SIDA représente une forme tardive et compliquée de l'infection par le VIH. Il a été défini initialement comme une maladie évoquant une atteinte de l'immunité à médiation cellulaire sans cause connue de diminution des résistances à cette maladie. Au fil du temps sa définition a évolué et s'est enrichie avec comme base clinique la proposition de CDC (Centers for Disease Control) faite en 1987. Aujourd'hui les critères de définition sont essentiellement basés sur la classification CDC révisée en 1993 et la classification en stades cliniques proposée par l'OMS.

-- Classification en stades cliniques proposée par L'OMS

Stade clinique 1 :

1. Patient asymptomatique
2. Adénopathie persistante généralisée

Degré d'activité 1 : patient asymptomatique, activité normale.

Stade clinique 2 :

3. Perte de poids supérieur à 10% du poids corporel.
4. manifestations cutanéomuqueuses mineures (dermatites séborrhéiques, prurigo, atteinte fongique des ongles, ulcérations buccales, chéilite angulaire
5. Zona au cours des cinq dernières années
6. infections récidivantes des voies aériennes supérieures

et/ou degré d'activité 2 : patient symptomatique, activité normale

Stade clinique 3 :

7. Perte de poids supérieure à 10% du poids corporel
8. Diarrhée chronique inexplicée pendant plus de 1 mois
9. Fièvre prolongée inexplicée (intermittente ou constante) pendant plus de 1 mois
10. Candidose buccale (muguet)

11. Leucoplasie chevelue buccale.
12. tuberculose pulmonaire dans l'année précédente.
13. Infections bactériennes sévères (pneumopathie, pyomyosite), et/ou degré d'activité 3 : patient alité moins de la moitié de la journée pendant le dernier mois

Stade clinique 4 :

14. Syndrome cachectique du VIH, selon la définition des CDC
15. Pneumopathie à pneumocystis carinii
16. Toxoplasmose cérébrale
17. Cryptosporidiose accompagnée de diarrhée pendant plus d'un mois
18. Cryptococcose extra pulmonaire.
19. Cytomegalovirose (CMV) touchant un autre organe que le foie, la rate ou les ganglions lymphatique
20. Herpes cutanéomuqueux pendant plus de 1 mois ou viscéral quelle qu'en soit la durée
21. Leucoencéphalopathie multifocale progressive.
22. Toute mycose endémique généralisée (histoplasmosse, coccidiomycose...)
23. Candidose de l'œsophage, de la trachée, des bronches, ou des poumons
24. Mycobactériose atypique, généralisée.
25. Septicémies à salmonelles non typhiques
26. Tuberculose extra pulmonaire
27. Lymphome
28. Maladie de Kaposi

29. Encéphalopathie à VIH selon la définition des CDC

Et/ou degré d'activité 4 : patient alité plus de la moitié de la journée pendant le dernier mois.

-- classification CDC d'Atlanta de 1993

Catégorie A :

Un ou plusieurs des critères listés ci-dessous chez un adulte ou un adolescent infecté par le VIH s'il n'existe aucun critère des catégories B et C :

- Infection VIH asymptomatique
- LGP (lymphadénopathies généralisées persistantes)
- primo-infection symptomatique

Catégorie B :

Manifestations cliniques chez un adulte ou un adolescent infecté par le VIH ne faisant pas partie de la catégorie C et qui répondent au moins à l'une des conditions suivantes :

- Elles sont liées au VIH ou indicatives d'un déficit immunitaire
- Elles ont une évolution clinique ou une prise en charge thérapeutique compliquée par l'infection à VIH.

Les pathologies suivantes font partie de la catégorie B, la liste n'est pas limitative :

- angiomatose bacillaire
- candidose oro-pharyngée
- candidose génitale, persistante, ou qui répond mal au traitement
- dysplasie du col (modérée ou grave), carcinome *in situ*
- syndrome constitutionnel : fièvre ($\geq 38,5^{\circ}\text{C}$) ou diarrhée supérieur à un mois.
- leucoplasie chevelue de la langue

- zona récurrent ou envahissant plus d'un dermatome
- purpura thrombopénique idiopathique
- salpingite, en particulier lors des complications par abcès tubo-ovariens
- neuropathie périphérique.

Catégorie C

Cette catégorie correspond à la définition du SIDA chez l'adulte. Lorsqu'un sujet a présenté une des pathologies de cette liste il est classé définitivement dans la catégorie C

- candidose bronchique, trachéale ou pulmonaire
- candidose de l'œsophage
- cancer invasif du col
- coccidiomycose, disséminée ou extra pulmonaire
- Cryptococcose extra pulmonaire
- Cryptosporidiose intestinale supérieure à un mois
- infection à CMV (autre que foie, rate, ou ganglions)
- rétinite à CMV (avec altération de la vision)
- encéphalopathie due au VIH
- infection herpétique, ulcères chroniques supérieures à un mois, ou bronchique pulmonaire, ou oesophagienne
- histoplasmose disséminée ou extra pulmonaire
- isosporidiose intestinale chronique (supérieure à un mois)
- sarcome de Kaposi
- lymphome de Burkitt
- lymphome immunoblastique

- lymphome cérébral primitif
- infection à *Mycobacterium avium* ou *Kansasii*, disséminé ou extra pulmonaire
- infection à *Mycobacterium tuberculosis*, quelque soit le site
- infection à mycobactéries, identifiées ou non, disséminée ou extra pulmonaire
- pneumonie à *Pneumocystis carinii*
- pneumopathie bactérienne récurrente
- leuco encéphalopathie multifocale progressive
- septicémie à salmonelles non typhi récurrente
- toxoplasmose cérébrale
- syndrome cachectique dû au VIH

Tableau II: de classification immunologique de l'infection au VIH selon OMS

Degré d'immunodépression	Nombre de TCD4 / mm ³
non significative	> 500
Modérée	350 – 499
Avancée	200 – 349
Sévère	< 200

III-2-8-3- Diagnostic biologique

Le diagnostic biologique de l'infection par le VIH est fondé sur la détection des anticorps sérique anti-VIH. Dans certaines conditions comme la primo-infection ou chez le nouveau né de mère séropositive pour le VIH, il est nécessaire de recourir à d'autres méthodes diagnostiques telles que la détection d'antigènes viraux circulants, la détection de matériel génétique à partir de plasma ou de cellules infectées ou encore la détection de virus par co-culture lymphocytaire (diagnostic direct).

III-2-8-3-1. Diagnostic indirect

III-2-8-3-1-1. Tests de dépistage

La détection des anticorps anti-VIH repose sur la réalisation et la visualisation d'une réaction antigène-anticorps entre les anticorps sériques du sujet infecté et les antigènes viraux produits en laboratoire. Les méthodes de référence pour la visualisation de cette réaction sont actuellement les méthodes immuno enzymatiques de type ELISA.

On distingue des ELISA de première, deuxième, et troisième génération.

III-2-8-3-1-2. Tests de confirmation

a) Le Western Blot

La technique de référence est le Western Blot où les protéines virales sont séparées par électrophorèse avant d'être transférées sur une membrane de nitrocellulose. Les anticorps dirigés contre chacune des protéines sont détectés sur ce support par une réaction immuno enzymatique qui matérialise la protéine sous forme de bande colorée.

b) La RIPA (Radio immuno precipitation assay)

C'est une technique difficile à standardiser, réservée aux laboratoires spécialisés et agréés.

c) Les tests de confirmation de deuxième génération

Encore appelés Line immuno assay « LIA », ces tests utilisent des protéines recombinantes et / ou des peptides synthétiques des VIH.

III-2-8-3-1-3. Diagnostic direct

III-2-8-3-1-3-1. Détection de l'antigène p24

Les méthodes ELISA commercialisées détectent essentiellement la protéine p24 du VIH-1. La positivité de la réaction peut être confirmée par un test de neutralisation qui permet d'exclure un possible faux positif. La recherche d'antigène p24 dans le sérum est aujourd'hui essentiellement indiquée chez le nouveau né de mère séropositive pour le VIH-1 et lors d'une suspicion de primo-infection.

III-2-8-3-1-3-2. Amplification génique

La PCR ou (polymérase Chain réaction) permet de détecter de faibles quantités plasmatiques d'ADN du VIH. L'intérêt de la PCR est de détecter de très faibles quantités de virus alors que les anticorps spécifiques ne sont pas encore dosables. Il permet également de rechercher le VIH dans les différents tissus ou cellules et de quantifier la charge virale.

III- 3 TRAITEMENT ANTIRETROVIRAL

III-3-1 - Buts du traitement

Le but du traitement antirétroviral est de rendre et maintenir la charge virale indétectable afin de restaurer l'immunité, permettant d'augmenter l'espérance de vie et d'améliorer la qualité de vie des patients.

III-3-2 Les Moyens

Les principaux antiretroviraux actuellement disponibles agissent au niveau de deux enzymes nécessaires à la réplication du VIH la transcriptase et la protéase. Il existe également des inhibiteurs de fusion qui agissent à plusieurs niveaux.

III-3-2-1 Les inhibiteurs de la transcriptase inverse

La transcriptase reverse ou inverse est une enzyme permettant la synthèse d'ADN complémentaire à partir de l'ARN viral et agit au début du cycle de réplication rétroviral avant l'intégration à l'ARN de la cellule hôte.

III-3-2-2 Les inhibiteurs nucléosidiques de la transcriptase reverse (INTR)

Ils agissent après avoir subi une triple phosphorylation dans la cellule infectée en bloquant la réplication due à la TR, entrant en compétition avec les nucléosidiques naturels

Zidovudine (AZT) Retrovir. AMM 1987

Présentation : gélules : 100 et 250 mg ; comprimé : 300 mg ; solution buvable : 100 mg /10ml ; perfusion : 200 mg /ml

Posologie : adulte : 600 mg en prise unique par jour

Enfant de plus 3 mois : 5 mg/ kg en 4 prises par jour

Interaction : l'utilisation concomitante des produits myélotoxiques est déconseillée

Effets secondaires : anémie, leuconutropénie, myalgies, céphalées, insomnie, nausées, vomissements, hépatomégalie, stéatose hépatique, hyperpigmentation de la peau et surtout des ongles, acidose Lactique.

Contre-indication :

Taux d'hémoglobine inférieur à 7,5 g/ dg, et polynucléaire neutrophile inférieur à 750/ mm

Passage placentaire : 85 %

Didanosine (DDI) : Videx. AMM : 1992

Présentation : Comprimés de 25, 50, 100, 150, 200, 250, et 400 mg ;

Gélule de 250 et 400 mg.

Poudre pour solution buvable 2 à 4 g /flacon

Posologie : en une prise par jour

Adulte : poids supérieur ou égal à 60 kg : 400 mg par jour

Poids inférieur à 60 kg : 250 mg par jour

Enfant supérieur à 30 mois : 10 mg/ kg par jour

Interaction : Les aliments diminuent de plus de 50% avec l'acidité gastrique l'absorption de la ddi d'où sa prise 1 heure avant ou 2 heures après le repas

Prendre ddi au moins 1heure avant l'indinavir et 2,5 heures avant le ritonavir ;

Association contre indique avec les médicaments pancréatotoxiques

L'association DDI/D4T est toxique

Effet secondaire : pancréatite, neuropathie périphérique, stéatose hépatique, altération de la fonction hépatique, trouble digestif (ballonnement et crampe abdominale, diarrhées), acidose lactique, hyper urécémie, xérostomie.

Contre indication : grossesse (n'utiliser qu'en dernier recours), allaitement, hypersensibilité

Lamivudine (3TC) : Epivir

Cette molécule est active sur l'hépatite

AMM : 1996

Présentation : comprime de 150 mg, solution buvable : 10 mg / ml

Posologie :

Adulte : 150 mg, deux fois par jour

Enfant plus de 3 mois : 4 mg/kg en 2 prises

Interaction : Eviter l'association 3TC ET DDC ;

Effet secondaire : asthénie, nausée, et une élévation des transaminases, peu fréquentes et peu réserve, rares ; mais pancréatite l'arrêt, hyperlactémie artérielle, acidose lactique

Passage placentaire : 100 %

Stavudine (D4T) : Zerit. AMM : 1996(cette molécule n'est plus utilisée)

Présentation : Gélules de 15, 20, 30, 40 mg

Posologie : adulte : poids inférieur à 60 kg : 30 mg, deux fois par jour

Poids supérieur ou égal à 60 kg : 40 mg, deux fois par jour

Posologie : Enfant, Supérieur ou à égal à 30 kg : 4mg/kg en deux prises

Inférieur à 30 kg : 2 mg/kg en 2 prises

Interaction : Ne doit pas être associée à l'AZT, en raison d'une compétition pour la phosphorylation intracellulaire ;

Effet secondaire : neuropathies périphériques, augmentation de la transaminase, précratite, acidose lactique, hépatique, hépatomégalie, stéatose.

Contre indication : hypersensibilité, grossesse, allaitement, neuropathie.

Abacavir (ABC) : Ziagen.AMM :1999

Présentation : comprimé de 300mg ; solution buvable 20mg/m

Posologie : adulte : 300 mg, deux fois par jour

Effets secondaires : risque d'intolérance cutanée avec rash, lésion muqueuse et d'intolérance systémique avec fièvre, céphalées, diarrhée, myalgie cytolysé hépatique, pan cytopénie

Contre indication : hypersensibilité, allaitement, insuffisance hépatique, éviter si grossesse et insuffisance rénale.

Emtricitabine (FTC).AMM :2004

Présentation : Gélule de 200mg, solution buvable de 10mg/ml

Posologie : adulte : 200mg, 1fois par jour

Effets secondaires : rares.

Tenofovir (TDF) : Viread 22

Présentation : comprimé de 200mg

Posologie : adulte : 300 mg en seul prise par jou

Effets secondaires : sont peu fréquents.

III-3-2-3 Les inhibiteurs non nucléosidiques de la transcriptase reverse (INNRT)

Ce sont des puissants inhibiteurs très sélectifs de la transcriptase reverse. Ils sont inactifs sur le VIH 2. Ils inhibent la transcriptase reverse de façon non compétitive, en se liant directement sur le site catalytique de l'enzyme pas de modification chimique pour être actif donc pas d'étape de phosphorylation préalable.

Les deux molécules qui ont une AMM, la névirapine et l'Efavirenz ont pour principale caractéristique d'avoir une demi- vie et d'élimination prolongées (> à 40 heures), ils sont éliminés par les cytochromes hépatiques.

Ils sont des propriétés inductrices enzymes.

Les INNRT, sont métabolisés au niveau du foie par le cytochrome et éliminés par le rein.

Nevirapine (NVP) : VIRAMUNE.AMM : 1998

Présentation : comprimé de 200 mg.

Posologie : 1 comprimé par jour pendant 14 jours puis 1 comprimés deux fois par jour

Effet secondaires : rashes cutanés : Steven Johnson (les 3 premières semaines), fièvre, nausée, vomissement, céphalées, hépatite.

Contre indication : hypersensibilité, insuffisance hépatique ou rénale, allaitement

Passage placentaire : important 100%

Efavirenz : stocrin, Sustiva.AMM : 1999

Présentation : gélules de 50, 100, 200 mg

Posologie : 600 mg prise unique par jour le soir au coucher

Effet secondaire : troubles neuropsychiques (vertiges, insomnie, troubles du sommeil, céphalée, troubles de la concentration), risque d'intolérance cutanée avec rash, hépatotoxicité.

Contre indication : hypersensibilité, affection hépatique sévères, grossesse, allaitement.

Delavirdine : comprimés de 100mg.

Présentation : 4 comprimés par jour

Prendre 1 heure avant ou après DDI ou un antiacide

Effet secondaires : éruption cutanée, prurit, fièvre, céphalées, anorexie, nausées, vomissements, diarrhées, augmentation des transaminases.

Contre indication : hypersensibilité, grossesse, allaitement

III-3-2-4 Les inhibiteurs de protéase (IP)

Les IP du VIH agissent au niveau du processus d'assemblage des protéines virales nouvellement synthétisées en inhibant l'action d'une enzyme clé c'est la protéase.

Les inhibiteurs de protéase conduisent à la production de viron immatures, défectifs et incapables d'infecter de nouvelles cellules. Ils sont actifs sur les cellules infectées de façon chronique contrairement aux inhibiteurs de la transcriptase inverse.

Indinavir (IDV : Crixivan* A MM : 1996

Présentation : Gélules de 200, 400 mg

Posologie : 400mg trois fois par jour

Interaction : aliments diminuent l'absorption de l'indinavir donc à prendre 1heure avant ou 2 heures après les repas

Effet secondaires : hématurie et lithiase urinaire (surtout si hydratation insuffisante) ;

Hyper bilirubinémie et cytolysé hépatique ; dyslipidémie et intolérance glucidique.

Contre indication : hypersensibilité, grossesse, aliment, insuffisance hépatique sévère

Saquinavir (SQV) : Invirase , Fortovase . AMM : 1996

Présentation : Gélule à 200 mg (Inverse*), capsule à 200mg (Fortovase*)

Posologie : Invirase : 600 mg toutes les 8 heures au cours d'un repas ou 2 heures après

Fortose : 200 mg (6 capsules), trois fois par jour

Effets secondaires : trouble digestifs à type de nausées, vomissements, diarrhées, douleurs abdominales. Diabète, lipodystrophie, augment des transaminases (ALAT)

Contre indication :

- Hypersensibilité, grossesse (sauf nécessité absolue), allaitement ;
- Insuffisance hépatique sévère (Fortovase) ;

Passage placentaire: nul

Ritonavir (RTV) : Norvir*. AMM : 1996

Présentation : capsule à 100mg, solution buvable 600mg /7,5 ml,

Suspension orale à 100 mg /1,25ml (solution alcoolique)

Posologie : 600mg deux fois par jour, à atteindre progressivement en 15 jours si possible au cours du repas

L'absorption : est de 80%

Effet secondaire : nausées, vomissement, douleur abdominale, anorexie, agueusie, neuropathie périphérique, érythème, lipodystrophie, augmentation des transaminases, lipide augmente, diabète

Nelfinavir (NFV) : Viracept* AMM : 1999 (cette molécule n'est plus utilisée)

Présentation : Capsule, comprimé à 250 mg ; solution buvable à 50mg/ml

Posologie : 750mg (3 comprimés), trois fois par jour à prendre au cours des repas qui augmentent de deux à trois l'absorption.

Effets secondaires :

- trouble digestifs (diarrhée, nausées, vomissement, flatulence) ;
- rash cutané rare ;
- Cytolyse hépatique, dyslipidémie, intolérance glucidique.

Contre indication : hypersensibilité, arythmie cardiaque, grossesse, allaitement

Passage placentaire : nul

Amprenavir : Agenerase*

Présentation : capsule molle à 150mg, solution buvable à 15mg/ml

Posologie : adulte : 1200mg (8 capsule), deux fois par jour au cour ou en dehors des repas

Effets secondaires : trouble gastro-intestinaux, rashes cutanés, paresthésies buccales, céphalées, augment des ALAT, et des triglycérides, diabète, hématome chez les hémophiles

Contre-indication : hypersensibilité, arythmie cardiaque, grossesse, allaitement.

Passage placentaire : nul

Lopinavir/Ritonavir (LPV/r) : kaletra*

Présentation : Gélule à 133mg de Lopinavir + 33mg de Ritonavir

Posologie : 800mg de Lopinavir (+200mg de rotinavir) en deux prises

Effets secondaires :

- trouble digestifs (diarrhée, nausées, vomissement, douleurs abdominales)
- hypercholestérolémie, hypertriglycémie, les dyslipidémies semblent plus fréquentes et plus sévère lors de l'utilisation du Lopinavir qu'avec les IP

Atazanavir (reyatar) (23). AMM : 2004

Présentation : gélule de 150 mg et 200mg

Posologie : 300mg 1 fois par jour associé à 100mg de Ritonavir, 1 fois par jour, avec un repas

Effet secondaire :

- augmentation fréquente de la bilirubine, diarrhée, vomissement, douleurs abdominales, bloc auriculo-ventriculaire.

III-3-2-5 Les associations d'antiretroviraux

Combivir* (AZT300mg + 3TC 150mg) en comprimé ;

Trizivir*(AZT 300mg + 3TC 150mg+ABC 300mg) en comprimé

Triomune*(D4T+ 3TC)

III-3-2-6 Inhibiteurs de fusion :

On distingue plusieurs mécanismes possibles d'inhibition de l'entrée du VIH dans l'organisme.

- l'inhibition de la liaison au récepteur CD4

-les inhibiteurs des récepteurs aux chimiokines : antagonistes de CXCR4 ou antagonistes de CCR5 ;

-les inhibiteurs de fusion VIH/membrane cellulaire-hôte

Entfuviride (Fuzeon, T620*). AMM 2004

Présentation : préparation injectable 90mg/ ml.

Posologie : Adulte et Enfant supérieur 16 ans : la dose est de 90 mg deux fois par jour en injection sous-cutanée. Garde une activité sur les virus résistants aux autres antiviraux.

III-3-2-7 Les molécules ARV en développement

Les INRT :

-le DAPD (Amdoxovir), analogue nucléosidique de la guanine active sur les souches résistantes à l'AZT, au 3TC, au D4T(19) ;

Les INNRT :

Capravirine : active sur les souches résistantes aux molécules de la même classe ;

- Emivirine (MKC442 ou coartimon*) : activité similaire aux autres INN(20) ;

Les IP :

- Tipranavir : actif in viro sur des souches résistantes aux autres IP.

Les effets secondaires seraient principalement digestifs.

-BMS 232 632 profil de résistance différente des autres IP

Les Inhibiteurs de fusion :

+ Le T-1249, est un inhibiteur de fusion un peu différent du T-20, il garde une bonne efficacité sur les virus résistants qu T-20 ;

Les inhibiteurs des co-récepteurs du VIH : le SCH-C inhibiteur de CRS est administré pers os et a démontré une efficacité antivirale.

Tableau III: Les Antirétroviraux disponibles pour les adultes(21)

N	Classes	DCI	Nom de spécialités	Dosages Formes Présentations	Générique
1	INTI	Lamivudine3 TC	Epivir	150mg Boite/60comp	Lamivir
2		Didanosine DDI	Videx	500mg, 100mg, 200mg, comp Boite/60comp	
3		Zidovudine ZDV ou AZT	Retrovir	300mg, comp Boite /60comp	Aviroz
4		Stavudine D4T	Zerit	30mg, 40mg, Gélules Boite/60comp	Stavir
5		Lamivudine + Zidovudine 3TC /AZT	Combivir	150mg + 300mg Boite /60comp	Duovir
6		Abacavir ABC	Ziagen	Cp : 300mg Sol. Buv. : 20mg/ml	
7		Tenofovir TDV	Viread	Cp : 245mg Boite de 30	
8	INNTI	Efavirenz EFV	Stocrin	200mg, Gélules Boite/90 gélules	
9		Nevirapine NVP	Viramune	200mg, Comp Boite/90 comp	Nevipam
10	IP	Indinavir IDV	Crixivan	400mg,Gélules Boite /180 gélules	
11		Lopinavir/r	Kaletra	Cp : 133,3mg/ 33,3mg	
12		Saquinavir	Fortovase	Cp : 200mg	
13		Rironavir RTV	Ritomune	Cp : 100mg	
14		Nelnavir	Viracept	Cp : 250mg Boite de 270	
15	2INTI+ INNTI	Stavudine +Lamivudine +Nevirapine	Triomune		

III-3-2-8 Les Indications du Traitement antirétroviral

L'indication du traitement sera fonction de l'état clinique, immunologique et/ou virologique du patient.

-Si la numération des lymphocytes T CD4 est disponible

On se basera sur la clinique et/ou le comptage des lymphocytes T CD4

Stade III ou IV, quel que soit le taux de lymphocyte TCD4

Stade I ou II OMS avec un taux de lymphocytes **T CD4 $\leq 350 /\text{mm}^3$**

Pour les patients stade I ou II OMS ayant un taux de lymphocytes T CD4 supérieur à 350 et inférieur à $500/\text{mm}^3$, le traitement sera discuté en fonction de :

- l'évolution clinique
- l'existence de co-morbidité : Hépatite B, Hépatite C, néphropathie ou autre atteinte d'organe liée au VIH
- la charge virale quand elle est disponible (charge virale supérieure à 100000 copies/ml à deux contrôles)
- la motivation du patient.
- Le taux de lymphocytes T CD4

Pour les patients asymptomatiques avec des lymphocytes T CD4 supérieur à 350 et inférieur à $500/\text{mm}^3$ et une charge virale $<100.000\text{copies/ml}$, le traitement n'est pas recommandé et l'on procédera à une surveillance des lymphocytes T CD4 tous les 3 à 6 mois.

Pour les patients asymptomatiques avec des taux de lymphocytes T CD4 $\geq 500/\text{mm}^3$ quelle que soit la charge virale, le traitement n'est pas recommandé et l'on procédera à une surveillance clinique et/ou biologique (Lymphocytes T CD4) tous les 3 à 6 mois selon les cas.

- **Si la numération des lymphocytes TCD4 n'est pas disponible**

On se basera sur la clinique et le taux des lymphocytes totaux.

Stade III et IV de L'OMS quelque soit le taux des lymphocytes totaux

Stade I et II OMS avec un taux des lymphocytes **totaux $< 2100/\text{mm}^3$**

III-3-2-9 Schémas thérapeutique utilisés au Mali

. Les schémas de première ligne pour le VIH 1:

Schémas préférence :

Zidovudine (ZDV) + Lamivudine(3TC) + Névirapine(NVP)

Zidovudine (ZDV) + Lamivudine(3TC) +Efavirenz(EFV)

Tenovir(TDF) + Emtcritabine(FTC) + Efavirenz (EFV)

Les régimes alternatifs suivants sont possibles, en cas de contre –indication ou de toxicité à une ou de plusieurs des molécules du schéma préférentiel :

Stavudine(D4T) + Lamivudine(3TC) + Névirapine(NVP)

Stavudine (D4T) + Lamivudine (3TC) + Efavirenz(EFV)

Tenofovir (TFD) + Lamivudine(3TC) + Névirapine(NVP)

Abacarvir(ABC) + Lamivudine (3TC) + Efavirenz (EFV)

Tenofovir(TDV) + Lamivudine(3TC) + Efavirenz (EFV)

. Les schémas de première ligne pour le VIH-2 ou une co- infection VIH-1 + VIH-2 du groupe O :

Schéma préférentiel :

Stavudine (D4T) + Lamivudine(3TC) + Lopinavir /ritonavir (LPV/r)

Les alternatives thérapeutiques :

Zidovudine (ZDV) + Lamivudine(3TC) + Indinavir/ritonavir(IDV/r)

Stavudine (D4T) + Lamivudine(3TC) + Indinavir/ritonavir(IDV/r)

Abacavir (ABC) + Lamivudine (3TC) + Indinavir/ritonavir(IDV/r)

Zidovudine (AZT) + Lamivudine (3TC) + Abacavir (ABC)

. Schéma thérapeutique de deuxième ligne

Schéma préférentiel pour le VIH 1:

Abacavir (ABC) + Didanosine (DDI) + Lopinar/ ritonavir(LPV/r)

Les alternatives thérapeutiques

Abacavir (ABC) + Tenofovir(TDF) + Indinavir/ritonavir (LPV/r)

Abacavir (ABC) + Tenofovir(TDF) + Lopinavir/ritonavir(LPV/r)

Zidovudine (ZDV) + didanosine(DDI) ou tenofovir (TDV) + IP boosté

Schéma préférentiel pour le VIH2 :

Abacavir(ABC) + Didanosine(DDI) ou Tenofovir (TDV) + Lopinavir/ritonavir(LPV/r)

III-3-2-10 Les Elément de surveillance

La surveillance est un temps important du traitement ARV. Elle est clinique et biologie.

Après l'inclusion dans le cadre de l'IMMARV, le suivi se fait comme suit :

- J 15 : un interrogatoire minutieux, observance, un examen physique complet et un examen biologique comportant : NFS, Glycémie, Créatinémie, transaminase ;
- A un mois (M1) : un interrogatoire minutieux, un examen physique complet et un examen biologique comportant : NFS, Glycémie, Créatinémie, transaminase ;
- A trois (M3) : idem M1 ;
- A six mois (M6) : idem M3
- Puis tous les six mois (M12, M18....)

En dehors de ces examens complémentaires, d'autres bilans seront demandés en fonction de l'état clinique du patient. Cette surveillance permet d'évaluer l'observance, la tolérance et l'efficacité du traitement

IV- METHODOLOGIE

1. Lieu d'étude

Notre étude a été effectuée dans la commune IV du District de Bamako. Cette commune a été créée par l'ordonnance N° 78.32/CM-LN du 18 AOUT 1978 modifiée par la loi N° 82-29/ANRM du 2 février 1982.

a- Présentation géographique

Elle est limitée à l'ouest par la commune V, au Nord et à l'ouest par le cercle de Kati, et au sud par le fleuve Niger. Elle est située sur la rive gauche du fleuve Niger et l'extrême ouest du District de Bamako.

b- Données démographiques

La commune IV s'étend sur une superficie de 376 ha. Elle compte huit (8) quartiers : Djicoroni Para, Hamdallaye, Kalabanbougou, Lafiabougou, Lassa, Taliko, Sebenikoro, et Sibiribougou.

c- Choix du milieu d'étude

Deux raisons ont motivé le choix de la commune IV du district de Bamako :

-La première est due au fait que la commune IV est l'une des communes les plus vastes après la commune II. En même temps elle abrite en son sein des sites favorables à la propagation du VIH tel que la gare routière (place de la Guinée), les maisons closes, les hôtels, et les espaces verts.

-La deuxième tient au fait que par le passé plusieurs études ont été menées dans cette commune par CVD. Ceux-ci ont permis aux chercheurs d'avoir une très bonne relation avec la population.

2. Période d'étude

L'étude a duré 3 mois, allant du 02 Juin au 02 Septembre 2008, la période où nous étions disponibles pour mener à bien l'enquête, mais nécessaire pour la collecte du plus grand nombre d'échantillons.

3. Type d'étude

Il s'agissait d'une étude transversale prospective portant sur la stigmatisation et la discrimination des personnes vivant avec le VIH/SIDA dans la commune IV du district de BAMAKO afin de trouver des voies et moyens nécessaires à l'adoption de solution à ces problèmes.

4. Population d'étude

Il s'agissait de l'ensemble de la population de la commune IV de BAMAKO, de sexe masculin ou féminin, âgés de 15 à 40 ou plus et présents dans la commune au moment de recrutement .Il s'élève 188 enquêtés dont 129 femmes et 59 hommes repartis entre les différents quartiers de la commune.

4. Critères d'inclusions

Les personnes des deux sexes résidant dans la commune IV pendant la période d'étude, recensées et ayant donné leur consentement verbal éclairé ont participé à l'étude.

4.2 Critères de non inclusions

N'ont pas été incluses de l'étude toutes les personnes non résidant dans la commune IV pendant la période d'étude et ceux ayant refusé de participer à l'étude.

5. Collecte des données

Le support des données a été un questionnaire administré à la personne enquêtée au moment de l'enquête.

La technique de la collecte des données a été une interview directe entre la personne enquêtée et l'enquêteur

Avant le début de la collecte des données nous avons reçu deux jours de formation. Le questionnaire a été prétexté dans la SE N° 35. A l'issu duquel certaines questions ont été reformulées.

6. Echantillonnage

Cette étude est basée sur des interviews individuelles réalisées auprès d'un échantillon de 188 personnes (femmes et hommes). Ces personnes ont été identifiées dans les ménages. Un sondage aléatoire stratifié à deux degrés a été utilisé.

Au premier degré 19 sections d'énumération ont été tirées avec une proportionnelle à la taille de la population de la SE. Au second degré, pour chaque section d'énumération tirée, une reconnaissance de cette délimitation est effectuée par les enquêteurs, un décompte des concessions constituant la dite SE est établie. Ce nombre obtenu est divisé par 20 pour obtenir le pas de tirage. Un nombre aléatoire est tiré entre 1 et le pas de tirage. Ce nombre indique la première concession tirée. Le pas est appliqué pour tirer les autres concessions. Dans la concession tirée, un décompte des ménages de la concession est fait. En suite un ménage est tiré au hasard. Une liste des personnes éligibles (hommes et femmes âges de 15 à 40 ans) est établie et enfin un homme et une femme sont tirés sur cette liste pour les besoins de l'interview.

7. Les variables étudiées

7.1.1 Les variables dépendantes

Les causes de la stigmatisation et de la discrimination, les comportements à l'endroit des PVVIH.

7.1.2 Les variables indépendantes

La connaissance sur le VIH/SIDA ; le sexe ; profession; l'âge, le niveau scolaire.

7.2 Technique de mesures des variables

Tous les sujets ayant donné leur consentement ont répondu à toutes les questions mentionnées sur les fiches d'enquêtes.

7.3 Analyse et saisie des données

Les données ont été saisies avec le logiciel Epi-info puis converties en SPSS pour les besoins d'analyse.

7.4 Définition Opérationnelle

7.4.1 Niveau de vie

Nous l'avons classé en quatre (4) catégories selon « les biens » des répondants. Cela à défaut d'avoir le revenu exact par ménage. Pour ce faire, nous avons procédé à la division des biens en deux groupes A et B.

Tableau IV

Groupe A	Groupe B
Location	Voiture
Electricité	Moto
Latrine	Villa
Réfrigérateur	Cellulaire
Puits	Ordinateur
W. c	Téléviseur
Robinet	Internet

Quatre (4) stades de niveau ont été dégagés de ce regroupement, il s'agit :

- Niveau 0 : Niveau très faible, représenté par tout ménage qui se trouve en location et ne possédant qu'un puits et une latrine.
- Niveau 1 : Niveau faible, représenté par les familles qui regroupent les éléments du niveau 0 avec plus deux (2) autres éléments du groupe A.
- Niveau 2 : Niveau moyen, représenté par les familles qui regroupent les éléments du niveau 1 avec au moins plus deux (2) éléments du groupe B.
- Niveau 3 : Niveau bon, représenté par les familles qui regroupent les éléments niveau 1 avec au moins trois (3) éléments du groupe B

Ce qui nous a intéressés dans ce chapitre c'est le niveau de vie des différentes familles qui ont concerné notre enquête (Commune IV).

7.4.2 Niveau de Connaissance de la stigmatisation et de la discrimination

Pour évaluer le niveau de connaissance sur la stigmatisation et la discrimination nous avons demandé aux personnes interrogées si toute fois est-il possible que les personnes infectées par le VIH vivent les situations suivantes :

- être abandonné par son époux ou épouse ;
- être isolé au travail ;
- être marginalisé pendant une fête ;
- perdre leur emploi ;
- Etre sujet à des rumeurs et des mauvaises langues.

La réponse oui à ces questions est cotée à un (1) point et la réponse non est zéro (0) point. En fonction du nombre des points obtenus nous avons procédé à une classification en trois(3) niveaux.

Niveau 1: faible, regroupe des répondants qui ont obtenu tout au plus un point (0-1pt).

Niveau 2 : moyen, regroupe des répondants qui n'ont obtenu que deux points (2pts).

Niveau3 : fort, regroupe des répondants qui ont eu trois à quatre bonnes réponses (3-5pts).

Cette classification n'a concerné que les personnes interrogées ayant reconnu l'existence de la stigmatisation de la discrimination au cours de cette étude.

8. Aspects Ethiques

Avant le début de l'enquête, d'amples informations ont été fournies aux enquêtés et au chef de ménage sur les objectifs et la confidentialité de l'entretien. Nous avons reçu l'autorisation des chefs de ménage et le consentement verbal de chaque enquêté. Au cours de l'interview des zones d'ombres identifiées étaient éclairées à la fin des questionnaires.

V RESULTATS

1. Résultats

1.1 Renseignements généraux :

Tableau V : Répartition des personnes enquêtées selon le Sexe

Sexe	Effectif	Pourcentage
Homme	59	31,4
Femme	129	68,6
Total	188	100,0

Les femmes étaient majoritaires dans l'échantillon : 68,6% contre 31,4% pour les hommes avec un sexe ratio de 2,18%.

Tableau VI : Répartition des personnes enquêtées selon les tranches d'âges

Tranche d'âge	Effectif	Pourcentage
15 à 19ans	34	18,1
20 à 24ans	38	20,1
25 à 29ans	43	22,9
30 à 34ans	28	14,5
35 à 39 ans	15	8,0
Plus 40ans	30	16,0
Total	188	100,0

La majorité des personnes enquêtées avaient un âge compris entre 25 à 29 ans, soit 22,9%.

Tableau VII : Répartition selon la profession des répondants

Profession	Effectif	Pourcentage
Ménagère	78	41,4
Fonctionnaire	24	12,7
Paysans	18	9,5
Elève/Étudiant	15	7,9
Commerçant	12	6,3
Chômeur	41	21,8
Total	188	100,0

Les ménagères étaient les plus majoritaires, soit 41,4%.

Tableau VIII : Répartition des personnes enquêtées selon le niveau d'instruction

Niveau d'instruction	Effectif	Pourcentage
Primaire	74	39,4
Non scolarisé	64	34,0
Secondaire	40	21,3
Enseignement Supérieur	10	5,3
Total	188	100,0

Dans notre échantillon 39,4% des personnes enquêtées avaient atteint le niveau primaire.

Tableau IX: Répartition des répondants selon leur quartier (résident).

Quartier	Effectif	Pourcentage
Djicoroni Para	70	37,2
Hamdallaye	45	23,9
Sebenikoro	40	21,2
Lafiabougou	33	17,5
Total	188	100,0

La majorité des personnes enquêtées résidaient à Djicoroni Para, soit 37,2%.

Tableau X : Répartition des personnes enquêtées selon leur ethnie

Ethnie	Effectif	Pourcentage
Malinké / Kassonké	58	30,9
Bambara	55	29,3
Peulh	24	12,8
Sénoufo/ Minianka	16	8,5
Soninké	14	7,4
Tamasheq	9	4,6
Sonrhäi	7	3,7
Bobo	3	1,6
Dogon	2	1,1
Total	188	100,0

L'ethnie Malinké/Kassonké était majoritaire dans l'échantillon, soit 30,9%.

Tableau XI: Répartition des répondants selon leur religion.

Religion	Effectif	Pourcentage
Musulman	185	98,4
Chrétien (catholique)	2	1,1
Aucun	1	0,5
Total	188	100,0

Les musulmans étaient majoritaire, soit 98,4%.

Tableau XII : Répartition des répondants selon le statut matrimonial.

Statut matrimonial	Effectif	Pourcentage
Marié	112	59,5
Célibataire	76	40,4
Total	188	100,0

Les mariés représentaient 59,5% de la population d'étude.

Tableau XIII : Répartition des répondants selon le niveau socio économique.

Niveau socio économique	Effectif	Pourcentage
Bon	63	33,5
Moyen	55	29,2
Faible	40	21,2
Très faible	30	15,9
Total	188	100,0

Dans notre échantillon 33,5 %des personnes enquêtées avaient un niveau de vie bon.

1.2 Connaissance en matière de VIH/SIDA

Tableau XIV : Répartitions des répondants selon la connaissance des voies de transmission du VIH.

Les voies citées	Effectif	Pourcentage
Rapports sexuels non protégés	179	95,2
Partager les objets souillés	178	94,7
Transfusion sanguine	41	21,8
Transmission mère enfant	34	18,1
Rapports sexuels avec les travailleuses de sexe	6	3,2
Partenaire sexuel multiple	2	1,1
Manger dans le même plat qu'une PVVIH	2	1,1

Le rapport sexuel non protégé et l'usage des objets souillés étaient la voie de transmission du VIH les plus citées, soit respectivement 95,2%, et 94,7%.

Tableau XV: Répartition des répondants selon les moyens de la prévention.

Moyens cités	Effectif	Pourcentage
Utiliser les préservatifs	174	94,5
Eviter les objets souillés	134	71,0
Etre fidèle avec une personne séronégative	63	34,0
S'abstenir des rapports sexuels	61	33,0
Eviter les transfusions sanguines	12	6,5
Limiter le nombre de partenaire	4	2,1
Eviter les travailleurs de sexe	3	1,6
Eviter les partenaires multiples	1	0,5

La majorité des personnes enquêtées avaient cité comme moyen, l'utilisation des préservatifs, soit 94,5%.

Tableau XVI : Répartition des répondants selon l'existence de la différence entre VIH et SIDA

Y a-t-il une différence VIH et SIDA	Effectif	Pourcentage
Oui	48	25,5
Non	140	74,5
Total	188	100,0

La majorité des personnes enquêtées ont répondu qu'il n'existe pas de différence entre VIH et SIDA, avec 74,5%.

Tableau XVII : Répartition des répondants selon qu'on puisse reconnaître des PVVIH à vu d'œil

Peut-on reconnaître les PVVIH à vu d'œil ?	Effectif	Pourcentage
Oui	12	6,0
Non	176	94,0
Total	188	100,0

La majorité des personnes enquêtées disaient qu'on ne pourrait pas reconnaître une PVVIH à l'œil, avec 94%.

1.3 Communication du statut sérologique

Tableau XVIII : Répartition des répondants selon les sources d'information sur le statut de sérologique des PVVIH.

Les sources d'information sur le statut sérologique des PVVIH	Effectif	Pourcentage
Les rumeurs	103	54,8
La famille de la PVVIH	73	38,8
La PVVIH parle ouvertement de son statut de séropositif	35	18,6
Les amis et voisins de la PVVIH	26	13,8
Le personnel de santé	2	1,1
Le centre de dépistage	2	1,1
La personne amaigrit à l'air malade	29	15,4

Les rumeurs étaient les sources d'information sur le statut sérologique des PVVIH les plus évoquées, soit 54,8%.

Tableau XIX: Répartition des répondants selon leurs conseils aux PVVIH

Conseils	Effectif	Pourcentage
Informé la famille	137	72,9
N'informé personne	43	22,9
Informé la communauté	7	3,7
Informé le service	1	0,5
Total	188	100,0

Dans notre échantillon ceux qui pensent qu'on doit dire à la famille le statut sont majoritaires soit 72,9%.

Tableau XX : Répartition des répondants selon les raisons évoquées pour dire aux PVVIH de garder secret le statut sérologique.

Raisons	Effectif	Pourcentage
A cause des comportements des gens	40	93
C'est un problème personnel	2	4,7
Pour que la personne ne soit pas écartée	1	2,3

La raison la plus évoquée était : à cause des comportements des gens, soit 93%.

Tableau XX I: Répartition des répondants selon leurs connaissances d'une PVVIH

Connaissance d'une PVVIH dans la communauté	Effectif	Pourcentage
Oui	57	30
Non	131	70
Total	188	100,0

Dans notre échantillon seulement 30% des répondants connaissent une PVVIH dans la communauté.

1.4 Normes sociales relatives au VIH/SIDA

Tableau XXII : Répartition des répondants selon ceux qu'ils pensent : les hommes qui ont beaucoup de partenaires qui amènent le VIH dans la communauté

les hommes qui ont beaucoup de partenaires amènent le VIH dans la communauté	Effectif	Pourcentage
Pas d'accord	18	9,6
D'accord	170	90,4
Total	188	100,0

Dans notre échantillon ceux qui sont d'accord que les hommes qui ont beaucoup de partenaires amènent le VIH dans la communauté, étaient majoritaires avec 90,4%.

Tableau XXIII : Répartition des répondants selon leurs opinions : ce sont les femmes qui ont plusieurs partenaires qui amènent le VIH dans la communauté

les femmes qui ont beaucoup de partenaires amènent le VIH dans la communauté	Effectif	Pourcentage
Pas d'accord	18	9,6
D'accord	169	92,4
Total	188	100,0

Dans notre échantillon ceux qui sont d'accord que les femmes qui ont beaucoup de partenaires amènent le VIH dans la communauté, étaient majoritaires avec 92,4%.

Tableau XXIV : Répartition des répondants selon leurs opinions : ce sont les travailleuses du sexe qui amènent le VIH dans la communauté.

Les prostituées qui amènent le VIH dans la communauté	Effectif	Pourcentage
Pas d'accord	15	8,0
D'accord	173	92,0
Total	188	100,0

Dans notre échantillon ceux qui sont totalement d'accord que les travailleuses du sexe qui amènent le VIH dans la communauté, étaient majoritaires avec 92%.

Tableau XXV : Répartition des répondants selon leurs opinions : les personnes qui ont le VIH/SIDA ne doivent pas avoir honte.

Les personnes qui ont le VIH/SIDA ne doivent pas avoir honte	Effectif	Pourcentage
Pas d'accord	53	28,5
D'accord	135	71,5
Total	188	100,0

Dans notre échantillon ceux qui sont d'accord que les personnes qui ont le VIH/SIDA ne doivent pas avoir honte étaient majoritaires avec 71,5 %.

Tableau XXVI : Répartition des répondants selon leur conviction religieuse

Attraper le VIH est une punition de Dieu	Effectif	Pourcentage
Pas d'accord	91	48,4
D'accord	97	51,6
Total	188	100,0

Dans notre échantillon ceux qui étaient d'accord qu'attraper le VIH est une punition de Dieu, étaient majoritaires avec 51,6%.

Tableau XXVII : Répartition des répondants selon leurs opinions : attraper le VIH ne veut pas dire que la personne a un mauvais comportement

Attraper le VIH ne veut pas dire que la personne a un mauvais comportement	Effectif	Pourcentage
Pas d'accord	40	21,2
D'accord	148	78,8
Total	188	100,0

Dans notre échantillon, ceux qui étaient d'accord qu'attraper le VIH ne veut pas dire que la personne a un mauvais comportement étaient majoritaires avec 78,8%.

Tableau XXVIII: Répartition des répondants selon leurs opinions : tu auras honte si quelqu'un de ta famille a le VIH

Tu auras honte si Quelqu'un de ta famille a le VIH	Effectif	Pourcentage
Pas d'accord	110	58,5
D'accord	78	41,5
Total	188	100,0

Dans notre échantillon, ceux qui n'étaient pas d'accord étaient majoritaires avec 58,5%.

Tableau XXIX : Répartition des répondants selon leurs opinions : ceux qui ont le VIH ont plusieurs partenaires

Ceux qui ont le VIH Ont plusieurs partenaires	Effectif	Pourcentage
Pas d'accord	99	52,7
D'accord	89	47,3
Total	188	100,0

Dans notre étude ceux qui n'étaient pas d'accord que, ceux qui ont le VIH ont plusieurs partenaires étaient majoritaires avec 52,7%.

1.5 Discrimination et stigmatisation

Tableau XXX : Répartition des répondants selon l'existence de la stigmatisation et de la discrimination

Existence de la stigmatisation et de la discrimination	Effectif	Pourcentage
Oui	163	87
Non	25	13
Total	188	100,0

Dans notre échantillon ceux qui pensent qu'il existe de la discrimination et la stigmatisation étaient majoritaires, soit 87%.

Tableau XXXI : Répartition des sexes selon l'existence de la stigmatisation et de la discrimination

Existence de la stigmatisation et de la discrimination reconnue par sexe	Effectif	Pourcentage
Femme	103	54,71
Homme	60	31,9

Dans notre échantillon les femmes ont plus reconnu l'existence de la discrimination et la stigmatisation, soit 54,71%.

Tableau XXXII: Opinion sur l'ampleur de la discrimination et de la stigmatisation des PVVIH parmi les répondants qui pensent que la discrimination des PVVIH existe.

Opinion sur l'ampleur de la discrimination et de la stigmatisation	Effectif	Pourcentage
Fortes	103	63
Moyennes	42	26
Faibles	18	11

Les répondants qui pensaient qu'il y a une forte stigmatisation et discrimination sont majoritaires, avec 63,3%.

Tableau XXXIII : Répartition des personnes enquêtées selon les actes de discrimination et de Stigmatisation auxquels les PVVIH pourraient être exposées.

Les actes de discrimination et de stigmatisation auxquels les PVVIH pourraient être exposé	Effectif	Pourcentage
Etre sujette à des rumeurs et des mauvaises langues	133	70,7
Perdre leur emploi ou leur clientèle	127	67,6
Abandonné (e) par son époux, épouse	120	64,0
Perdre du respect dans la famille et dans la communauté	111	59,0
Etre isolé (e) dans le ménage- obliger de manger seul, ne pas toucher les ustensiles en commun, obliger de dormir seul	110	55,0
Etre isolé au niveau du lieu de travail Obligé de travail seul	104	55,0
Avoir un traitement particulier (être écarté, marginalisé) pendant une fête, soirée dansante, ou d'autres rassemblements sociaux)	103	55,0
Abandonné(e) par leur famille	98	52,0
Ne plus recevoir de visite	95	50,5
Ne pas recevoir les mêmes qualités de soins au niveau des services de santé	61	32,1
Etre exclu(e) d'une activité sociale (Mariage, Baptême, Fête, Association communautaire, Grin)	48	26,0
Etre interdit d'aller à la mosquée ou à l'église	34	18,1
Etre agressé (e) physiquement	21	11,2

Etre sujette à des rumeurs et des mauvaises langues, perdre la clientèle ou l'emploi et être abandonné par son époux ou épouse étaient les actes auxquelles les PVVIH pourraient être expose les plus citer par les répondants soit respectueusement 70,7% ; 67% ; et 64%

Tableau XXXIV : les raisons qui poussent les gens à réagir de façon discriminatoire contre les PVVIH selon les répondants

Les causes de la discrimination et de la stigmatisation	Effectif	Pourcentage
Peur d'être infecté	154	81,9
Ignorance	48	25,5
Analphabétisme	3	1,6
Aspect moral (honneur de la famille)	1	0,5
Prise en charge	1	0,5
Méchanceté	1	0,5
Total	188	100,0

La majorité des répondants ont évoqué la peur de l'infection comme cause de la stigmatisation et discrimination des PVVIH, soit 81,9%.

Tableau XXXV : répartition des répondants selon les actes associant les PVVIH qui font peur aux gens.

Les actes associant les PVVIH qui font peur aux gens	Effectif	Pourcentage
Etre exposé au sang d'une personne infectée avec le VIH ou qui a le SIDA	177	94,1
Laissez votre enfant jouer avec un enfant qui a le VIH ou le SIDA	94	50
Payer de la nourriture chez un vendeur ou une vendeuse qui a le VIH ou le SIDA	93	49,5
Porter les habits d'une PVVIH	87	46,3
Boire avec le même gobelet que quelqu'un qui a le VIH mais qui a de symptômes	85	45,2
Manger dans le même plat que quelqu'un qui a le VIH mais qui a des symptômes	78	41,5
Etre exposé à la sueur d'une personne infectée avec le VIH ou qui a le SIDA	75	39,9
Etre exposé à la salive d'une personne infectée avec le VIH ou qui a le SIDA	74	39,4
Utiliser les mêmes matériels de travail même bureau qu'une PVVIH	64	34
Boire avec le même gobelet que quelqu'un qui a le VIH mais qui n'a pas de symptômes	61	32,4
Permettre à votre enfant d'être encadré par un enseignant (e) qui a le VIH	56	29,8
S'occuper de quelqu'un qui a le VIH ou le SIDA	56	29,8
Manger dans le même plat que quelqu'un qui a le VIH mais qui ne présente pas de symptômes	55	29,3

Etre exposé au sang d'une personne infectée avec le VIH ou qui a le SIDA, Laisser votre enfant jouer avec un enfant qui a le VIH ou le SIDA, payer de la nourriture chez une PVVIH qui faisait les plus peur aux répondants soit respectivement 94,1%,50%, 49,5%.

VI-COMMENTAIRES ET DISCUSSION

Nous avons réalisé une étude transversale prospective et descriptive qui s'est déroulée du 02 Juin au 02 Septembre 2008 dans la commune IV du District de Bamako.

Elle porte sur l'étude de la stigmatisation et la discrimination de personnes vivant avec le VIH/SIDA.

1. Difficultés :

La principale difficulté rencontrée au cours de cette étude tient à la disponibilité des hommes. La plupart des hommes étaient absents au moment de l'enquête. La seconde difficulté résulte de la période de collecte qui a coïncidé avec la saison des pluies. Nous étions souvent obligés d'interrompre la collecte pour éviter d'endommager les questionnaires.

2. Les caractéristiques sociodémographiques :

La majorité des répondants concernés par notre étude résident à Sebenikoro et à Hamdallaye soit respectivement 37% et 23,9%. Le sexe féminin a été le plus représenté dans notre étude avec 129 femmes (68,6%) et 59 hommes (31,4%) soit un sexe ratio de 2,18 en faveur des femmes. Les femmes par leur plus grande disponibilité, leur patience et leur curiosité qui dépassaient celle des hommes, se sont retrouvées plus nombreuses.

Les personnes interrogées sont relativement jeunes avec une moyenne d'âge de 40 ans et des extrêmes de 15 et 65 ans, la tranche d'âge la plus représentée est celle comprise entre 25 à 29 ans soit 22,9% d'enquêtés.

Cette relative jeunesse des répondants s'explique par le fait que dans notre échantillon les élèves sont majoritaires. Il est à noter aussi que dans notre étude plus de la moitié des enquêtés 59,5% sont mariés, ce résultat serait dû au fait que le mariage se fait à l'âge assez jeune au Mali, surtout quand il s'agit des jeunes filles.

La catégorie socioprofessionnelle la plus représentée est celle des ménagères avec 41,6%.

La plupart des personnes interrogées sont scolarisées, 39,4% ont atteint au moins le niveau primaire. Ce résultat est largement au deçà de celui obtenu par l'UNICEF qui était de 85% (22) dans le monde en 2005.

Les malinkés/Kassokés constituent le groupe ethnique le plus représenté soit 30,9% suivis des Bambara avec 29,8% et les peulhs 12,8%. Cependant, il faut signaler que toutes les autres ethnies du pays sont représentées. Les musulmans représentent 98,4% de l'échantillon contre 1,5% de chrétiens. Dans notre étude les personnes interrogées qui ont un bon niveau de vie sont les plus représentées soit 33,5%.

3. Connaissance en matière du VIH/SIDA :

Le rapport sexuel non protégé est la voie de transmission la plus connue, il est cité par 95,2% des répondants suivies de 94,7% pour le partage des objets souillés. Ce résultat est supérieur à celui de Keita qui a obtenu 76,4% (23) pour le rapport sexuel non protégé et 83,3% (24) pour l'usage de seringues souillées. Ce progrès montre l'impact des différentes campagnes de sensibilisation. Mais le drame de cette grande connaissance est le fait qu'il intensifie les préjugés à l'endroit des personnes atteintes de maladie mortelle dont le mode de contagion associe la voie sexuelle et du coup devenant une raison de stigmatisation et de discrimination. Les autres voies de transmission évoquées sont la transmission sanguine avec 21,8 %, suivit de la transmission mère enfant avec 18,1%. Cependant il faut signaler que tous les répondants ne sont pas au même niveau d'information. Bien vrai que la plupart des personnes interrogées aient un bon niveau de vie, mais il ne faut pas oublier les répondants à faible revenu qui n'ont ni d'électricité, ni télévision, ni radio pour accéder à des bonnes informations. Ce qui explique le fait que certains de nos répondants pensent qu'on puisse contracter le VIH en mangeant dans le même plat ou en utilisant la même toilette qu'une PVVIH. Des résultats similaires ont été trouvés dans l'étude de LOUIS et GRESENGUEL (26), IMPERATO (27) qui affirmaient que certains de leurs répondants croyaient que le VIH pouvait être transmis par les baisers, les piqûres de moustiques ou par une simple visite de routine chez le médecin. L'étude de Keita n'a pas confirmé ces résultats pour la simple raison qu'elle s'est déroulée dans un établissement secondaire où les élèves connaissaient bien les différentes voies de transmission du VIH. Ce qui nous permet de dire que l'éducation a un rôle essentiel à jouer dans l'amélioration de la connaissance en matière de VIH / Sida.

Pour la prévention 94% des répondants ont cité l'usage des préservatifs. Cette bonne connaissance des moyens de prévention contre le VIH a été retrouvée dans beaucoup d'autres études : 92,4% (28) de l'échantillon de KEITA et 94,6% (29) celui de BERTHE affirmaient connaître ces moyens. Par ailleurs dans l'étude menée par la population référence bureau PRB en 1999, les auteurs affirmaient que malgré qu'un grand nombre d'adolescents aient entendu parler du SIDA, peu de ces adolescents connaissaient au moins une manière d'éviter la transmission du VIH par la voie sexuelle (30). Au cours de cette étude nous avons pu constater que plus 74,5% des personnes interrogées ne savent pas qu'il existe une différence entre le VIH et le sida. Ce déficit d'information se rencontre partout. Ainsi un étudiant de la FAST disait : « le SIDA et le VIH sont les mêmes. Le VIH veut- dire virus infection humaine ». Une ménagère pense que le VIH et le SIDA sont pareils. La même remarque a été faite dans l'étude de Mumbai et Bangalore menée dans plusieurs hôpitaux et cliniques. Parmi les participants, bien-vrai qu'ils soient des infirmiers et des auxiliaires de bloc, nombreux sont ceux qui ignoraient qu'il existe une différence entre le VIH et SIDA. Un auxiliaire de bloc à ce sujet disait que « VIH et SIDA sont pareils. VIH veut- dire SIDA, VIH c'est en anglais, et SIDA en marabi (langue locale à Mumbai) », de même un technicien de santé dans un hôpital privé de Bangalore trouvait que « VIH c'est quand le virus est infecté, et il se transforme en SIDA. Au bout d'un certain temps. A ce stade il y'a risque de transmission de la maladie ». Les différentes campagnes de sensibilisation menées par les centres de dépistage volontaire ont permis à 94% des enquêtées de savoir qu'il faut obligatoirement faire un test pour connaître le statut sérologique.

4. Source d'information sur le statut sérologique des PVVIH :

La source d'information citée par les répondants en premier lieu est la rumeur avec 54,8%, la famille des PVVIH avec 38,8% occupe la 2^{ème} Place, vient ensuite les PVVIH parlant ouvertement de leur statut de séropositivité avec 18,6%; les amis (es) et les voisins des PVVIH occupaient le 4^{ème} rang avec 13,8% ; la personne a dépéri et à l'air malade occupent le 5^{ème} rang avec 15,4% derrière le centre de dépistage et le personnel de santé avec 1,1%. L'étude de Fall au Sénégal sur la confidentialité du statut sérologique des

PVVIH a trouvé que 2% des PVVIH parlaient ouvertement de leur statut sérologique (31). Ce résultat est inférieur à celui de notre étude. Nous pouvons tout au moins dire que les différentes campagnes de sensibilisations menées à cet effet ont commencé à porter fruit. Cependant il ressort de cette étude et bien d'autres que le statut sérologique soit une chose dont peu de gens parlent ouvertement. C'est cela qui explique d'ailleurs la faible connaissance des PVVIH exprimée par les personnes interrogées (30%). Ce qui est regrettable car seules les PVVIH, avec l'aide des autres, pourraient faire évoluer la mentalité. Ceci grâce à leur témoignage et à des sensibilisations dans les entreprises et dans les établissements. Il est vrai que les PVVIH refusent de parler ouvertement de leur séropositivité, mais que font les autres pour les encourager à avouer leur statut de séropositivité ? Ainsi à la question quel conseil donneras-tu à des PVVIH ? 72,9 % des personnes interrogées préfèrent qu'elles annoncent la nouvelle en famille et seulement 3,7 % encouragent les PVVIH à parler ouvertement de leur séropositivité dans la communauté. Contre 22,9 % qui disaient que le mieux serait de garder le silence. Par crainte d'exclusion ou d'humiliation. D'autres trouvent que le statut sérologique est un problème personnel. Dans la mesure où tout le monde peut être infecté par le VIH, nous devons plutôt chercher à créer un climat de confiance afin de pouvoir accroître la visibilité des PVVIH dans l'optique de mieux combattre collectivement contre la stigmatisation et la discrimination.

5. Les causes de la stigmatisation et de la discrimination des PVVIH :

La majorité des répondants expriment comme inquiétude la peur de la contagion, cette crainte de contagion a été clairement évoquée par 81,9% des personnes interrogées, et c'est ce qui explique d'ailleurs leurs refus de mener certains actes de la vie associant les PVVIH tels que payer de la nourriture avec une PVVIH, laisser son enfant jouer avec les PVVIH ou porter les mêmes habits qu'une PVVIH. Ce qui est paradoxal car les répondants connaissent les voies de transmission du VIH. Au Burkina Faso, Traoré Flore, dans sa thèse de doctorat expliquait ceci par le fait que le Sida, soit une maladie « sans remède », qui suscite un sentiment primaire de peur (32). Que devons-nous faire pour vaincre cette crainte de l'infection ? N'est-il pas temps de joindre l'acte à la parole ? En associant les

PVVIH à toutes les activités quotidiennes et à tous les gestes de rapprochement comme l'avait fait l'empereur byzantin Michel IV, il y'a de cela plusieurs siècles, il recevait les lépreux dans son palais ; les fréquentait, posait son visage sur leurs plaies, les embarrassait, les serrait sur son cœur ; une actrice contemporaine a également embrassé, une personne séropositive devant les téléspectateurs (33). D'une manière ou d'une autre il faut apporter la preuve concrète que la raison l'emporte sur la peur. Pendant l'enquête, 25% des personnes interrogées ont affirmé que le manque d'informations fiables expliquerait le comportement de rejet à l'endroit des personnes atteintes du VIH. Ce pourcentage n'est pas négligeable et exige de nous une intensification des campagnes de sensibilisation. Certaines raisons telles que l'analphabétisme, la haine, l'honneur de la famille et la peur de la prise en charge, ils ont été cités que par 0,5% des personnes enquêtées.

6. Normes sociales relatives au VIH /SIDA :

Les personnes interrogées 58,8% estiment que les femmes qui ont plusieurs partenaires sont responsables de la transmission du VIH dans la communauté et 56,5% des répondants pensent que les hommes qui ont plusieurs partenaires amènent le VIH, suivit de 50,5% qui sont d'accord que ce sont les professionnels du sexe. Ces résultats indiquent que l'infection à VIH est associée à des individus dont le comportement sexuel est désapprouvé. Ce résultat est proche de celui de l'étude de l'ONUSIDA réalisée dans la ville d'Ambati et Ratabo où 60% des personnes interrogées déclaraient que seuls les professionnels du sexe, les consommateurs de drogue et les homosexuels pouvaient attraper le SIDA (34). Cette perception de l'infection du VIH explique les comportements et les attitudes sociales dont sont victimes les séropositifs. Ils pensent que leur infection est la conséquence de leurs actes dangereux et imprudents et qu'ils méritent d'être abandonnés à leur propre sort. Contrairement à ceux-ci 54,3% des personnes interrogées affirment qu'attraper le VIH ne veut pas dire qu'on a un mauvais comportement et 43,1% des répondants estiment que le fait d'avoir le VIH ne veut pas dire qu'on a forcément plusieurs partenaires. Environ 35,1% des personnes interrogées sont convaincues qu'avoir le VIH est une punition de Dieu. La même conviction religieuse se retrouve

dans l'étude d'Ambati et Ratabo dans laquelle un cinquième des répondants disaient que le SIDA est une punition de Dieu (35).

Il est donc important de faire des campagnes de sensibilisation auprès des leaders religieux tout en s'appuyant sur leur autorité morale afin qu'ils puissent faire reculer cette pensée négative. Pour que les fidèles viennent en aide à leurs frères atteints du VIH. Près 42,5% des répondants sont d'accord que les PVVIH ne doivent pas avoir honte de leur statut, également 35,6% des personnes interrogées sont prêtes à mener une vie de famille avec un membre qui aurait attrapé le VIH.

Ces résultats prouvent que la perception de l'infection du VIH commence à changer.

7. Analyse de la discrimination et de la stigmatisation à l'endroit des PVVIH:

L'existence de la discrimination et de la stigmatisation à l'égard des personnes vivant avec le VIH a été reconnue par 87% des personnes interrogées au cours de cette étude. Cependant Les femmes l'ont plus reconnue que les hommes (54,78% contre 31,6 %). Cette différence s'expliquerait par le fait que les femmes savent qu'elles sont blâmées d'être responsables de l'infection des autres membres de la famille ou encore d'apporter le virus du SIDA dans la communauté à cause des comportements sexuels à risque associés au VIH qui les sont reprochés, même si elles ne présentent aucune de ces attitudes. Ainsi plus de 63 % des répondants parmi ceux qui ont reconnu l'existence de la stigmatisation et de la discrimination à l'égard des PVVIH ont estimé que cette discrimination est forte, 26 % ont estimé qu'elle est moyenne et 18% l'ont estimé faible. Ces résultats montrent que les PVVIH sont confrontées à des attitudes et des comportements extrêmes de la part de leurs familles, de la communauté et aussi bien que de toute la société. Ainsi dans les familles 64% des personnes interrogées affirment que les PVVIH sont abandonnées par leurs épouses (ou époux). 55% des répondants pensent qu'elles sont isolées (obliger de manger seules, ne pas toucher les ustensiles en commun, obliger de dormir seules, ne plus recevoir de visite).

Le fait de perdre le respect dans la famille a été évoqué par 59% des répondants, suivi 52,8% des personnes interrogées qui pensent qu'elles sont abandonnées par leur famille

pour tenter de dissimuler leurs liens avec l'épidémie et d'éviter toute réaction négative de la part de leur voisin.

Ce qui nous amène à dire que les réactions et les attitudes des familles vis à vis des séropositifs sont influencées par la perception de l'infection à VIH dans la communauté. Près de 70,7% des personnes interrogées au cours de cette étude estiment que les séropositifs fassent l'objet des rumeurs, ou être sujet à des mauvaises langues dans la communauté. Le fait de perdre le respect dans la communauté a été évoqué avec le même pourcentage que celui trouvé dans la famille. Les attitudes et le manque du respect à l'endroit des personnes atteintes du VIH dans la communauté dépendent surtout du comportement de l'individu en question bien avant son infection par le VIH affirmaient certaines personnes interrogées au cours de l'étude menée dans la ville d'Ambati et Ratabo en Inde. Au sein de la société, la perte de l'emploi ou de la clientèle pour les séropositifs qui font du commerce sont les plus évoquées par les personnes enquêtées (67,6%). Environ 55% des répondants estiment que les PVVIH sont écartées ou marginalisées pendant une soirée dansante, ou d'autres rassemblements sociaux, 55% des participants pensent que les personnes atteintes du VIH sont isolées dans leur lieu de travail. Le fait de ne pas recevoir la même qualité de soin au niveau du centre de santé est affirmé par 32,1% des personnes interrogées. Les actes comme l'interdiction d'aller à la mosquée ou à l'église, et les agressions physiques ont été également évoquées dans des proportions pas du tout négligeable, mais moins inquiétante dans la mesure où les répondants n'ont pas pu donner des exemples. Au cours de cette recherche seulement 29,8% des participants sont prêts à s'occuper d'une personne atteinte du VIH.

VII- CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

VII-1- Conclusion

Au terme de notre étude qui a concerné la stigmatisation et la discrimination des personnes vivant avec le VIH/SIDA dans la commune IV du District de Bamako, les répondants connaissent bien les voies de transmission du VIH, mais l'impact de ce savoir sur le comportement des répondants peine à s'affirmer, car ils ont peur de certains actes de la vie courante associant une PVVIH (utiliser les mêmes matériels de travail, porter les mêmes habits, payer de la nourriture avec une PVVIH).

Seulement 25,5 % des personnes enquêtées savent qu'il y a une différence entre le VIH et le SIDA. Les sources d'information sur le statut sérologique des personnes vivant avec le VIH sont représentées par les rumeurs, la famille des personnes vivant avec le VIH/SIDA, les amis (e) pour l'essentiel. 94,5 % des personnes enquêtées ont cité comme moyen de prévention le préservatif. Les raisons évoquées par les répondants pour justifier les actes et les attitudes négatives à l'égard des PVVIH sont la peur de contagion avec 81,9 %.

Les actes auxquels sont confrontés les PVVIH : être sujette à des rumeurs et des mauvaises langues, être abandonné par son époux ou épouse et la perte de la clientèle pour les séropositifs qui font du commerce.

Les perceptions sociales relatives au VIH/SIDA les plus évoquées étaient les hommes et les femmes infidèles, les professionnels du sexe qui amènent le VIH dans la communauté. Malgré les progrès réalisés en matière d'information, d'éducation et de communication, le VIH/SIDA continue de provoquer encore des fantasmes.

L'infection au VIH est toujours assimilée à une maladie honteuse et les personnes infectées et même affectées sont rejetées, au mieux tolérées.

VII-2-Recommandations

Au terme de notre étude nous formulons les recommandations suivantes :

Aux décideurs politiques et aux pouvoirs public de:

- veiller au respect strict des droits des personnes vivant avec le VIH/SIDA ;
- Identifier et punir tous les actes discriminatoires et stigmatisant à l'endroit des PVVIH ;
- Intensifier les campagnes de sensibilisation et d'information sur le VIH/SIDA pour toucher le plus grand nombre de personnes ;
- Encourager les PVVIH à témoigner à visage découvert ;
- Accepter de faire publiquement des actes associant les PVVIH qui font peur aux gens ;
- Orienter et renforcer la formation sur la communication pour le changement de comportement ;
- Œuvrer pour l'évolution de la mentalité à l'égard des PVVIH ;
- Suivre et évaluer le système juridique mis en place pour la lutte contre la stigmatisation et la discrimination ;
- Former des PVVIH sur leurs droits ;

Aux praticiens :

- La confidentialité des résultats du test sérologique ;
- Assurer correctement les soins des PVVIH ;
- Etre accessible et disponible pour les PVVIH ;

Aux PVVIH de :

- rapporter tout acte discriminatoire et stigmatisant à leur endroit ;
- se regrouper en association afin d'améliorer la prise en charge psychosociale et économique ;
- Parler ouvertement du statut sérologique ;
- Participer à toutes les manifestations socioculturelles destinées à lutter contre la stigmatisation et la discrimination ;

A la population générale de :

- Suivre les campagnes de sensibilisation et adhérer aux messages qui y sont transmis ;
- Eviter de stigmatiser et d'exclure les personnes vivantes avec le VIH/SIDA, car le Sida est une maladie comme toute autre.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1-BARRE SANOUSI F. HIV as the cause of AIDS Lancet 1996; 348, 315p.

2-BERTHE A.

Connaissances, attitudes, pratiques des routiers du district de Bamako vis-à-vis du VIH SIDA sur l'axe Bamako Abidjan

Thèse Méd. Université de Bamako, Mali, FMPOS 2005 ; 23p

3-BERTHE B B.

Connaissance, attitudes et pratiques des adolescents du Lycée ASKIA Mohamed en matière de PF, de MST, et du Sida

Thèse Méd. Université de Bamako, Mali, FMPOS.2008, 34p

4-BISSAGNENE E, DARIOSECQ JM, DRABO J, INWOLEY A, SOW PS, TABURET AM, TRAORE.

5-EDSM III. Enquête démographique et de santé Mali III

Rapport Juin 2001, 120p.

7-EDSM IV. Enquête démographique et de santé Mali IV

Rapport 2006, 37p.

8-Gao F BAILES ; E ROBERTSON DL et AL.

Origin of VIH 1 in chimpanzee pan troglodytes

Nature 1999 397 436 40.

9-FALL L.

Etat des lieux de la confidentialité partagée dans l'infection à VIH/SIDA

Thèse Med. Université Cheick Anta Diop de DAKAR 2000 ; 93p

10-GROSSMAN Z., POILS M, FEINBERG MB et AL.

On going, « HIV dissemination during HAART. Nature Med » 1999, 373: 117. 122.

11-[http www inrp fr access biotic immuno html structure vih htm.](http://www.inrp.fr/access/biotic/immuno/html/structure_vih.htm)

Consulte 23 Septembre2010.

12-[htt www snv jussieu fr vie dossiers SIDA 3cycle htm.](http://www.snv.jussieu.fr/vie/dossiers/SIDA_3cycle.htm)

Consulte le 18 Novembre 2011.

13-[htt: //fr. Wikipedia. Org wiki / discrimination.](http://fr.wikipedia.org/wiki/discrimination)

Consulte le 23 juin 2011

14-[http//www.golgle.ml/# hl = fr. eschien= p.](http://www.golgle.ml/#hl=fr.eschien=p)

Consulte le 13 Mars 2011.

15-IMPERATO A M.

Acquired Immunodeficiency Syndrome and Suburban adolescents: know ledge, behavior- and risks. Journal of Community Health, 1996 ; 21 (5) 329-47.

16- DICKO K.

Résultat du suivi des patients sous traitement ARV en 2006 au service des maladies infectieuses du CHU du Point G.

Thèse Méd. Université de Bamako, Mali, FMPOS.2008, 19-34p.

17-KATLAMA C, PIALOUX G, GIRARD PM.

VIH

Paris : Doin, 2004 : 635p.

18-KEITA M Y.

Connaissance, attitudes et pratiques des adolescents du Lycée Mon Seigneur Luc Auguste Sangaré de Bamako sur la planification familiale et des IST/SIDA.

Thèse Méd. Université de Bamako, Mali, FMPOS.2008, 29, 52, 67,68p.

19-LEVY JA.

Acute HIV infection and cells susceptible to HIV infections In levy JA
Ed HIV and the pathogenesis of AIDS 2nd ed Washington DC
ASM press 1998 75 96.

20-LOUSSERT AJAKA I, CHAIX ML, KORBER B et AL.

Variability of human immunodeficiency virus type 1 group 0 strains isolated from
Cameroonian patients lining in France
J Virol 1995 69 9) 5640 9.

21 ALA-SENE M J.

L'impacte de l'infection au VIH/SIDA sur la vie du couple à l'hôpital du point G
Thèse Méd. Université Bamako du Mali, FMPOS.2008, 18-34p

22- KONDO N A.

Evaluation de la stigmatisation associée au VIH et au SIDA
Thèse Méd. Université de Bamako, Mali, FMPOS.2008, 3p.

23-ONUSIDA « Rapport sur l'épidémie mondiale de sida » ,2006 ; 77, 97,108p

24-ONUSIDA « Rapport sur l'épidémie mondiale de sida » ,2007 ; 1 ; 7p.

25-ONUSIDA

« Inde: Discrimination, stigmatisation et déni liés au VIH/SIDA »
Onusida 2005, Collections Meilleures Pratiques de l'Onusida, Outils fondamentaux, 9p.

26-ONUSIDA :

« Protocoles pour l'identification de la discrimination à l'égard des personnes vivant avec
le VIH »

Collections Meilleures Pratiques de l'Onusida, Outils fondamentaux, Sep 2001, 65p

27-ONUSIDA :

« Stigmatisation, Discrimination et violations des droits de l'homme associées au VIH :
Etudes de cas interventions réussies »

Collections Meilleures Pratiques de l'Onusida ; Juillet 2002, 45p.

28-ONUSIDA :

« 25 ans d'épidémie de sida »

Rapport Juin 2006, 1-2p.

29-PANTALEO G, GRAZIOZI C, FAUCI AS.

Mechanisms of disease the immunopathogenesis of human immunodeficiency virus
infection

N England J Med 1993 328 327 36.

**30-POLITIQUE PROTOCOLES DE PRISE EN CHARGE ANTIRETROVIRALES
DU VIH ET DU SIDA.**

Rapport Juin 2010 ; 28, 29, 65p.

31- ROBERTSON DL, SHARP PM, MC CUTCHAN FE, HAHN BH.-

Combination in HIV 1.

Nature 1995 374 124-5.

32-ROTHER M, ISRAEL N, BARRE SANOSSI F.

Mécanisme de la réplication virale des VIH

Med Thérapeute 1996 ; 2 :12-8.

33- ROZENBAUM W.

Classification et histoire naturelle de l'infection à VIH in Impact médecin

Guide infection à VIH 2001, 16, 201,208p.

34-SANGARE A K.

Connaissances, attitude et pratique des adolescents et des jeunes en Matière d'IST/SIDA en milieu scolaire dans le district de Bamako.

Thèse Méd. Université Bamako du Mali, FMPOS.2007, 57p.

35-SIMON F, MAUCLERE P, ROQUES P et AL.

Identification of a new human immunodeficiency virus type 1 distinct from group M and O

Nature Médecine 1998 4 1032 7.

36-TOSSOU ATCHRIMI.

La problématique de l'action publique au Togo, Etude de cas : La lutte contre le SIDA.

Thèse sociologie. Université Franche-Comté Ecole Doctorale « Langages, Espaces, Temps, Sociétés » ; 4 Décembre 2008.

37-YARO YACOUBA, SAWADOGO ALIMISSA, SOME B FLORENT, OUEDRAOGO AIEN COLLET.

Perception, attitudes et pratiques face au VIH/SIDA dans les universités de Bobo-Dioulasso et de Koudougou, la réponse de l'intelligentsia Burkinabé est elle adéquat ?

Réseau Ouest et Centre Africain de recherche en Education (ROCARE), Mars 2007 ; 15p.

38-COLLYMORE Y.

Population référence bureau (PRB)

Rapport sur la lutte contre la stigmatisation et la discrimination liée au VIH/SIDA. Octobre 2007 ; 45p.

FICHES D'ENQUETES

Introduction

Bonjour Mesdames/ Monsieur ! Nous menons une étude auprès des résidants de la commune IV du District de Bamako, portant sur la stigmatisation et la discrimination des PVVIH. Etude transversale prospective et descriptive, afin de trouver des voies et moyens nécessaires à l'adoption de solution à ces problèmes. Il ne s'agit pas d'une évaluation ; nous voudrions, avec votre permission, vous poser quelques questions.

Nous tenons à vous préciser que cet entretien est strictement confidentiel et votre nom ne sera pas mentionné.

Merci de collaboration !

1. Renseignements Généraux

Numéro du Questionnaires :

Personne enquêtée

Commune : 1 commune IV ; 2 hors de la commune

Agée (en année) :

Résidence des personnes enquêtés : 1 : Djicoroni Para ; 2 : Sebenikoro ; 3 :

Lafiabougou ; 4 : Hamdallaye

Ethnie : 1 : Bambara ; 2 : Sarakolé ; 3 : Malinké ; 4 : Peuhl ; 5 : Sonrhäï ; 6 :

Senoufo ; 7 : Minianka ; 8 : Tamasheq ; 9 : Dogon ; 10 : Bobo ; Autres a précis.....

Religion : 1 : Musulmane ; 2 : Chrétienne ; 3 : Animiste ; 4 : Athée.

Autre a précise

Profession de la personne enquêté 1 : commerçant ; 2 : artisan ; 3 : fonctionnaire ; 4 : cultivateur ; autres a précise.....

Niveau de scolarisation de l'enquêté 1 : non scolarisé ; 2 : Primaire ; 3 :
Secondaire ; 4 Supérieur ; 5 : Medersa ; 6 : Alphabétisé.
Statut de l'enquêté 1 : Marié ; 2 : Célibataire ; 3 : Divorcé
Autre a précisé.....

Niveau de vie de l'enquêté

1 : oui ; 2 : non

Electricité

Télévision

Robinet

Radio

Réfrigérateur

Voiture

Location

w.c

Latrine

Puits

Ordinateur

Internet

Moto

Cellulaire

Autres a précisé.....

2. Connaissance du SIDA

Y- a-t-il une différence entre le VIH et le SIDA ?

Oui : 1 ; non : 2 ; pas de réponse : 3

Peut-on reconnaître une personne infectée par le VIH par un simple regard.

Oui : 1 ; non : 2 ; pas de réponse : 3

Est-ce que vous pouvez me dire toutes les voies de transmissions du VIH que vous connaissez ?

- Rapports sexuels non protégés (sans préservatif)...A
- Partager les objets souillésB
- Transfusion sanguinesC
- Transfusions mère – enfantsD
- Rapports avec les prostituéesE
- Partenaires multiplesF
- Embrasser lesG
- Piqûres des moustiquesH
- Manger dans le même platI
- Boire dans le même verreJ
- Partager les ustensiles de cuisinesK
- Partager la toiletteL
- SuerM
- SaliveN
- Autres.....X

Y a-t-il quelque chose qu'une personne puisse faire pour éviter de contracter le VIH ?

Oui : 1 ; non : 2 ; pas de réponse : 3

Que –on faire ?

- S'abstenir des rapports sexuels.....A
- Utiliser les préservatifs.....B
- Rester fidèle à un seul partenaire.....C
- Limiter les nombre de partenaires.....D
- Eviter les prostituées.....E
- Eviter la relation sexuelle avec des personnes qui ont beaucoup de partenaires.....F
- Eviter les homosexuels.....G
- Eviter la transfusion sanguine.....H

Eviter d’embrasser.....	I
Eviter les objets souillés.....	J
Eviter les piqûres de moustiques.....	K
Autres	X
Pas de réponse.....	Y

3-Communication du statut de séropositivité

Dans votre communauté, comment est ce vous pouvez savoir si quelqu’un est séropositif ?

Personne infectée parle ouvertement de son statut.....	A
Des rumeurs.....	B
De la famille de la personne séropositive.....	C
Amis/voisins de la personne séropositive.....	D
Personnel de santé.....	E
Centre de dépistage.....	F
La personne a déperit et a l’air malade.....	G
Autres	X
Pas de réponse.....	Y

Qu’est ce que vous allez conseiller à une PVVIH mais qui ne montre pas de symptômes :
garder son statut secret, parler aux membres de la famille seulement ou dire à la
communauté ?

Ne dire a personne.....	1
Dire à la famille seulement.....	2
Dire à la communauté.....	3
Pas de réponse.....	4
Pourquoi allez-vous conseiller à la personne de garder son statut secret ?	
C’est un problème personnel.....	A
Les gens se comportent différemment envers lui.....	B
La personne sera écarté.....	C

Personne ne va s'occuper de lui.....D

Autre.....X

Pas de réponse.....Y

Connaissez-vous au moins une personne séropositive ?

Oui : 1 ; non : 2

Combien de personnes séropositives connaissez-vous ?

Nombre de PVVIH :

Est-ce qu'il y a un au moins une personne qui est venu vous parler du faite qu'elle est séropositive ?

Connaissez-vous dans votre communauté une personne séropositive mais qui n'a pas encore les symptômes du SIDA ?

Oui : 1 ; non : 2

Comment avez-vous su que cette personne a été infectée par le VIH ?

La personne me l'avait dit.....A

Un membre de sa famille me l'avait dit.....B

Un de ses amis/voisins.....C

Des rumeurs.....D

Personnel de santé.....E

Centre de dépistage.....F

Autre.....X

4-Normes sociales relatives au PVVIH/SIDA

Dites-nous si vous êtes totalement d'accord, d'accord, pas d'accord ou pas du tout d'accord avec les phases suivantes :

Les personnes qui ont le VIH/SIDA ne doivent pas avoir honte

Totalement d'accord : 3 ; D'accord : 2 ; Pas d'accord : 1

Tu auras honte si quelqu'un dans ta famille est infecté par le VIH

Totalement d'accord : 3 ; D'accord : 2 ; Pas d'accord : 1

Ceux qui ont le VIH/SIDA ont beaucoup de partenaires sexuels

Totalement d'accord : 3 ; D'accord : 2 ; Pas d'accord : 1

Attraper le VIH/SIDA est une punition de Dieu

Totalement d'accord : 3 ; D'accord : 2 ; Pas d'accord : 1

Attraper le VIH/SIDA ne veut pas dire que le personne à un mauvais comportement

Totalement d'accord : 3 ; D'accord : 2 ; Pas d'accord : 1

Les hommes qui ont beaucoup de partenaires amènent le VIH dans la communauté

Totalement d'accord : 3 ; D'accord : 2 ; Pas d'accord : 1

Ce sont les prostituées qui amènent le VIH dans la communauté

Totalement d'accord : 3 ; D'accord : 2 ; Pas d'accord : 1

5. Discrimination et stigmatisation

Quelles sont les factures qui poussent les gens à réagir d'une façon discriminatoire contre les PVVIH.

Peur

d'infection.....A

Le manque d'information.....B

Manque de scolarisation.....C

L'aspect rural (l'honneur de la famille).....D

Peur de dépensesE

Méchanceté.....F

Autres.....X

Pas de réponse.....Y

Selon vous existe-t-il de la discrimination ou de la stigmatisation contre les PVVIH ?

Oui : 1 ; non : 2 ; pas de réponse : 3

Selon vous cette discrimination et cette stigmatisation contre les PVVIH sont-elles :

Fortes : 1 ; Moyennes: 2 ; Faibles : 3

Quelles sont les manifestations de la discrimination et de la stigmatisation des PVVIH ?

- La personne est écartéeA
- La personne est insultée.....B
- La personne devient sujet de rumeurs.....C
- On hésite de manger avec la personne.....D
- On ne lui serre pas la main.....E
- Partager pas de toilette avec la personne.....F
- La personne est divorcée.....G
- La personne est déshéritée.....H
- La personne est mise dehors.....I
- La personne est isolée au service/travail.....J
- Autres.....X
- Pas de réponse.....Y

Les actes de stigmatisations

A votre avis, est ce c'est possible que les PVVIH vivent les situations suivantes à causes de leurs séropositivités :

Exclusion d'une activité sociale (mariage, baptême, fête, association communautaire, grin)

Oui : 1 ; non : 2

Traitement particulier (a été écarte, marginalisé) pendant une fête, soirée dansante, ou autres rassemblement social

Oui : 1 ; non : 2

Abandonné (e) par leur époux/épouse ou conjoint

Oui : 1 ; non : 2

Abandonné (e) par leur famille

Oui : 1 ; non : 2

Isolé (e) dans le ménage - obliger de manger seul, ne pas toucher les ustensiles en commun, obligé de dormir seul.

Oui : 1 ; non : 2

Les gens ne la rendent plus visite.

Oui : 1 ; non : 2

Perdre leur emploi ou leur clientèle

Oui : 1 ; non : 2

Interdit d'aller à la mosquée ou à l'église

Oui : 1 ; non : 2

Perdre du respect dans la famille et dans la communauté

Oui : 1 ; non : 2

Etre sujet à des rumeurs et des mauvaises langues

Oui : 1 ; non : 2

Etre attaqué (e) physiquement.

Oui : 1 ; non : 2

Etre isolée au niveau du lieu de travail/obliger de travail seul

Oui : 1 ; non : 2

Comportement par rapport aux PVVIH

Pouvez-vous me dire si vous n'aurez peur ou si vous n'aurez pas peur de faire les choses suivantes :

Aura peur : 1 ; n'aura pas peur : 2

Etre exposé (e) à la salive d'une personne infectée avec le VIH ou qui a le SIDA.

Aura peur : 1 ; n'aura pas peur : 2

Laissez votre enfant jouer avec un enfant qui a le VIH ou le SIDA.

Aura peur : 1 ; n'aura pas peur : 2

Permettre à votre enfant d'être encadré par un (e) enseignant(e) qui a le VIH.

Aura peur : 1 ; n'aura pas peur : 2

Vous occuper de quelqu'un qui a le VIH ou le SIDA.

Aura peur : 1 ; n'aura pas peur : 2

Payer de la nourriture chez un vendeur ou une vendeuse qui a le VIH ou le SIDA ?

Aura peur : 1 ; n'aura pas peur : 2

Manger dans le même plat que quelqu'un qui a le VIH mais qui n'a pas les symptômes

Aura peur : 1 ; n'aura pas peur : 2

Manger dans le même plat que quelqu'un qui a le VIH mais qui a les symptômes

Aura peur : 1 ; n'aura pas peur : 2

Boire avec le même verre que quelqu'un qui a le VIH mais qui n'a pas des symptômes

Aura peur : 1 ; n'aura pas peur : 2

Boire avec le même verre que quelqu'un qui a le VIH mais qui a des symptômes

Aura peur : 1 ; n'aura pas peur : 2

Porter les habits d'une PVVIH

Aura peur : 1 ; n'aura pas peur : 2

Utiliser les mêmes matériels de travail (même bureau) qu'une PVIHH

Aura peur : 1 ; n'aura pas peur : 2

Fiche signalétique

Nom : DAMA

Prénom : Abdoulaye

Tel : 00223 79412140

E-mail: bode_ dama yahoo.fr

TITRE : Etude de la stigmatisation et de la discrimination des personnes vivant avec le VIH dans la commune IV du District de Bamako.

Année Universitaire : 2012-2013.

Pays d'origine : Mali

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la Faculté de médecine, et d'Odontostomatologie. (F.M.O.S).

Secteur d'intérêt : Santé publique.

Résumé : notre étude à porte sur 188 résidant de la commune IV du District de Bamako. Il s'agissait d'une étude transversale prospective de 3 mois allant du 02 juin Au 02 septembre 2008.

L'objectif général était d'étudier le comportement et les actes des résidants de la commune IV du District de Bamako à l'endroit des PVVIH.

Méthodologie

L'étude a été menée dans la commune IV du District de Bamako. Elle porte sur 188 résidants et ont été inclus à cette étude les résidants des deux sexes et ayant donné leur consentements. Un questionnaires a été adressée a chacun des participants afin de recueillir les informations sur la stigmatisation et la discrimination des PVVIH.

Résultats

Nous avons constaté que les répondants savaient qu'il existe une stigmatisation et une discrimination à l'égard des PVVIH soit 99,4% des répondants ont cités comme voie de transmission le rapport sexuel non protégé et 74,4% par les objets souillés

L'utilisation de préservatif 92,4% a été le moyen de prévention le plus répandu.

Les principales sources d'information ont été la rumeur et la famille des PVVIH. Malgré leur connaissance sur le SIDA, ils ont peur de certains actes de la vie courante associant les PVVIH.

Mots clés : Stigmatisation, discrimination, VIH/Sida, commune IV du district de Bamako.

SERMENT D'HIPPOCRATE

- En présence des maitres 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 secret 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 maitres, 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'opprobre et méprise de mes confrères si j'y manque.

Je le jure !