

**UNIVERSITE CHEIKH ANTA DIOP DE DAKAR**  
☆☆☆☆  
**FACULTE DE MEDECINE, DE PHARMACIE ET D'ODONTOLOGIE**  
☆☆☆☆



ANNEE 2013

N° 144

**L'infection à VIH : Connaissances, Attitudes et  
Pratiques des personnes vivant avec le VIH  
suivies au Centre de Recherche Clinique et de  
Formation du CHNU de Fann**

**THESE**

**POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MEDECINE  
(DIPLÔME D'ETAT)**

**PRESENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT le 17 Juillet 2013**

**PAR**

**Viviane Marie Pierre CISSE épouse DIALLO**

**Interne des hôpitaux**

**Née Le 26 octobre 1983 à Dakar (Sénégal)**

**MEMBRES DU JURY**

<b>PRESIDENT:</b>	M. Bernard Marcel	DIOP	Professeur
<b>MEMBRES :</b>	M. Moussa	SEYDI	Professeur
	Mme.Sylvie A.	DIOP NYAFOUNA	Maître de conférences Agrégé
	M. Papa Lamine	FAYE	Maître de conférences Agrégé
<b>DIRECTRICE DE THESE :</b>	Mme.Sylvie A.	DIOP NYAFOUNA	Maître de conférences Agrégé
<b>CO-DIRECTRICE DE THESE :</b>	Mme. Louise	FORTES DEGUENONVO	Maître - Assistant

## RESUME

### **L'infection à VIH : connaissances, attitudes et pratiques des personnes vivant avec le VIH suivies au Centre de Recherche Clinique et de formation du CHNU de Fann**

**Introduction :** De nombreuses enquêtes CAP sur le VIH ont été réalisées dans la population générale mais peu ont porté spécifiquement sur les personnes vivant avec le VIH. Pourtant, l'évaluation de leurs connaissances sur leur maladie serait nécessaire car pouvant influencer leurs comportements et leurs pratiques.

L'objectif de notre travail était d'évaluer le niveau de connaissance des PVVIH sur les modes de transmission, la prévention et le traitement de l'infection à VIH, de décrire et d'analyser leurs comportements et pratiques et d'identifier les causes de non observance au traitement.

**Patients et méthodes :** Il s'agit d'une étude transversale à visée descriptive de type CAP réalisée du 1<sup>er</sup> juin au 31 octobre 2012, concernant les patients infectés par le VIH, suivis en ambulatoire au Centre de Recherche Clinique et de Formation de Fann.,

**Résultats :** Quarante sept patients, , , en majorité des femmes (sex- ratio F/M= 3,2) ont été interrogés. Leur âge médian était de 43 ans [18 ans – 63 ans] et la majorité d'entre eux était mariée (42,5%). Deux tiers (62%) des patients étaient scolarisés. Les infections opportunistes constituaient la principale circonstance de dépistage (75%).

Concernant les connaissances sur le VIH les principales sources d'information sur la maladie étaient les médias (75%). La transmission mère - enfant n'était connue que par 17% des patients. Le préservatif était le moyen de prévention le plus cité( 77 %). La plupart des patients (78%) avaient déclaré que la guérison définitive du VIH était impossible. La différence entre séropositif et sida était méconnue par 95% des enquêtés. Seuls 4 patients ont cité les centres de dépistage volontaire pour le dépistage de l'infection à VIH. Plus de la moitié des enquêtés (54%) percevait leur maladie comme une épreuve divine  
Par rapport aux attitudes et pratiques face au VIH, 32 patients soit 68% étaient favorables au partage du statut sérologique mais seuls 29 avaient informé un tiers qui était le conjoint dans 7 cas.

Dix- sept patients avaient déclaré avoir interrompu occasionnellement leur traitement sans avis médical. Par ailleurs, quatre patients avaient eu recours aux tradipraticiens (8,5%).

La majorité des patients (66%) n'était pas favorable au lévirat et au sororat. Plus de la moitié des patients (28 cas) étaient sexuellement actifs et parmi eux, 12 exigeaient le port de préservatif, soit 42,8% des cas. La peur de contaminer était le principal frein (12 cas).

**Conclusion :** Le renforcement de l'éducation thérapeutique en insistant sur le volet psychosocial et sexuel au cours du suivi est indispensable afin d'améliorer les connaissances des patients sur l'infection à VIH ainsi que leurs attitudes et pratiques.

## ABREVIATIONS

<b>ADN :</b>	acide desoxiribo nucléique
<b>ARN :</b>	acide ribo nucléique
<b>ARNm:</b>	acide ribo nucléique messenger
<b>ARV :</b>	antirétroviral
<b>ASAT/ALAT/:</b>	aspartate amino transférase/alanine amino transférase
<b>BCG:</b>	Bacille de Calmette et Guérin
<b>CAP :</b>	connaissance attitudes et pratiques
<b>CDC:</b>	centers for disease control and prevention
<b>CDVAA :</b>	centre de dépistage volontaire anonyme et d'accompagnement
<b>CHNU :</b>	centre hospitalier national universitaire
<b>CMV :</b>	cytomégalovirus
<b>CPN :</b>	consultation pré natale
<b>CRCF :</b>	centre de recherche clinique et de formation
<b>CV :</b>	charge virale
<b>EDSIV :</b>	quatrième enquête démographique et de santé du Sénégal
<b>IDRT :</b>	intradermoréaction à la tuberculine
<b>INNTI:</b>	inhibiteur non nucléosidique de la transcriptase inverse
<b>INTI:</b>	inhibiteur nucléosidique de la transcriptase inverse
<b>ISAARV:</b>	initiative sénégalaise d'accès aux antirétroviraux
<b>IST :</b>	infection sexuellement transmissible
<b>MSM:</b>	men have sex with men
<b>OMS :</b>	organisation mondiale de la santé
<b>ONUSIDA :</b>	programme des nations unies sur le VIH /sida
<b>PCR:</b>	polymerase chain reaction
<b>PEC :</b>	prise en charge
<b>PEV :</b>	programme élargi de vaccination
<b>PTME:</b>	prévention de la transmission mère- enfant
<b>PVVIH :</b>	personne vivant avec le VIH
<b>TB:</b>	tuberculose
<b>TDF:</b>	tenofovir
<b>TDO:</b>	traitement directement observé
<b>TARV:</b>	traitement antirétroviral
<b>UCAD:</b>	Université cheikh Anta Diop
<b>VIH :</b>	virus de l'immuno déficience humaine

**IMAGES**

**Image 1 : Photo CRCF.....40**

## FIGURES

<b>Figure 1:</b> Taux de prévalence de l'infection à VIH chez les femmes et les hommes de 15 à 49 ans en 2011 dans les 14 régions du Sénégal.....	6
<b>Figure 2:</b> Structure du virus de l'immunodéficience humaine.....	7
<b>Figure 3:</b> Cycle de réplication du VIH.....	9
<b>Figure 4:</b> Histoire naturelle de l'infection à VIH.....	17
<b>Figure 5:</b> Points d'entrées à la prise en charge des PVVIH.....	34
<b>Figure 6:</b> Circuit de prise en charge du patient à l'initiation du traitement ARV....	35
<b>Figure 7 :</b> Protocoles de première ligne chez l'adulte et l'adolescent au Sénégal.....	37
<b>Figure 8 :</b> Répartition des patients selon l'âge.....	44
<b>Figure 9 :</b> Répartition des patients selon la scolarisation.....	45
<b>Figure 10 :</b> Répartition des patients selon le statut matrimonial.....	46
<b>Figure 11 :</b> Répartition des patients selon le statut sérologique des enfants.....	47
<b>Figure 12 :</b> Répartition des patients selon la perception de la cause de l'infection à VIH .....	51
<b>Figure 13 :</b> Répartition des patients selon le sentiment de crainte face à l'infection à VIH.....	54
<b>Figure 14 :</b> Répartition des patients selon le partage du statut sérologique avec un tiers.....	57
<b>Figure 15 :</b> Répartition des patients selon le sentiment éprouvé devant une PVVIH avant la connaissance du statut sérologique.....	59
<b>Figure 16:</b> Répartition des patients selon le sentiment éprouvé devant une PVVIH après la connaissance du statut sérologique.....	60
<b>Figure 17 :</b> Répartition des patients selon le dépistage antérieur à la connaissance du statut sérologique.....	61
<b>Figure 18 :</b> répartition des patients selon l'arrêt des ARV sans avis médical.....	63

<b><u>Figure 19</u></b> : répartition des patients ayant arrêté le traitement ARV sans avis Médical selon les raisons évoquées.....	64
<b><u>Figure 20</u></b> : répartition des patients n'ayant jamais arrêté le traitement ARV sans avis médical selon les raisons évoquées.....	65
<b><u>Figure 21</u></b> : répartition des patients selon la perception sur l'efficacité des ARV par rapport au traitement traditionnel.....	66
<b><u>Figure 22</u></b> : Répartition des patients selon leur point de vue sur le lévirat et le Sororat.....	67
<b><u>Figure 23</u></b> : Répartition des patients selon l'utilisation du préservatif .....	71
<b><u>Figure 24</u></b> : Répartition des patients utilisant les préservatifs selon les raisons.....	72

## TABLEAUX

<b><u>Tableau I</u></b> : Ampleur de l'épidémie de l'infection à VIH dans le monde en 2011.....	4
<b><u>Tableau II</u></b> : Classification en stades cliniques proposée par l'OMS version révisée 2006.....	18
<b><u>Tableau III</u></b> : Classification CDC de l'infection VIH pour les adultes et adolescents en fonction du stade et du taux de CD4+ (1993).....	19
<b><u>Tableau IV</u></b> : Les inhibiteurs nucléosidiques de la reverse transcriptase.....	24
<b><u>Tableau V</u></b> : Les inhibiteurs non nucléosidiques de la reverse transcriptase.....	25
<b><u>Tableau VI</u></b> : Les inhibiteurs de la protéase.....	26
<b><u>Tableau VII</u></b> : répartition des patients selon la profession.....	46
<b><u>Tableau VIII</u></b> : Répartition des patients selon le statut sérologique du conjoint.....	47
<b><u>Tableau IX</u></b> : Répartition des patients selon la porte d'entrée aux soins.....	48
<b><u>Tableau X</u></b> : Répartition des patients selon la durée de connaissance de leur statut sérologique.....	48
<b><u>Tableau XI</u></b> : Répartition des patients selon leur mode de contamination.....	49
<b><u>Tableau XII</u></b> : Répartition des patients selon les sources d'information sur l'infection à VIH.....	50
<b><u>Tableau XIII</u></b> : Répartition des patients selon la connaissance des voies de transmission de l'infection à VIH.....	50
<b><u>Tableau XIV</u></b> : répartition des patients selon la connaissance des lieux de dépistage de l'infection à VIH.....	52
<b><u>Tableau XV</u></b> : répartition des patients selon leur connaissance sur la possibilité de guérison de l'infection à VIH.....	52
<b><u>Tableau XVI</u></b> : Répartition des patients selon leurs connaissances sur les moyens de prévention de l'infection à VI.....	53
<b><u>Tableau XVII</u></b> : Répartition des patients ayant un sentiment de crainte face à l'infection à VIH selon les raisons évoquées.....	55

<b><u>Tableau XVIII</u></b> : répartition des patients n’ayant pas une crainte face à l’infection à VIH selon les raisons évoquées.....	55
<b><u>Tableau XIX</u></b> : Répartition des patients selon le sentiment éprouvé à l’annonce de la maladie.....	56
<b><u>Tableau XX</u></b> : Répartition des patients selon le délai de partage du statut sérologique.....	57
<b><u>Tableau XXI</u></b> : Répartition des patients selon leur point de vue sur le partage du statut sérologique dans un couple.....	58
<b><u>Tableau XXII</u></b> : Répartition des patients favorables au partage du statut sérologique dans un couple selon les raisons évoquées (N = 32)...	58
<b><u>Tableau XXIII</u></b> : répartition des patients n’ayant jamais fait le dépistage avant la maladie selon les raisons évoquées.....	61
<b><u>Tableau XXIV</u></b> : Répartition des patients non favorables à la pratique du lévirat et du sororat selon les raisons évoquées.....	68
<b><u>Tableau XV</u></b> : Répartition des patients favorables à la pratique du lévirat et du sororat selon les raisons évoquées.....	68
<b><u>Tableau XXVI</u></b> : Répartition des patients selon leur point de vue sur le degré d’exposition entre hommes et femmes à l’infection à VIH.	69
<b><u>Tableau XXVII</u></b> : Répartition des patients sur leur point de vue sur l’âge de début de la vie sexuelle chez le jeune homme ou la jeune femme.....	70

<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>1</b>
<b>PREMIERE PARTIE</b>	
<b>1. GENERALITES SUR L'INFECTION A VIH .....</b>	<b>3</b>
<b>1. 1 Définition .....</b>	<b>3</b>
<b>1 .2 Epidémiologie.....</b>	<b>3</b>
<b>1 .2.1 Dans le Monde.....</b>	<b>3</b>
<b>1.2.2 En Afrique subsaharienne .....</b>	<b>5</b>
<b>1.2.3 Au Sénégal .....</b>	<b>5</b>
<b>1 .3 Physiopathologie .....</b>	<b>7</b>
<b>1.3.1 Virus .....</b>	<b>7</b>
<b>1 .3.2 Cycle de réplication .....</b>	<b>8</b>
<b>1.3.3 Manifestations immunologiques .....</b>	<b>10</b>
<b>1.4 Modes de transmission du VIH.....</b>	<b>11</b>
<b>1.4.1 Transmission par voie sexuelle .....</b>	<b>11</b>
<b>1.4.2 Transmission par voie sanguine .....</b>	<b>12</b>
<b>1.4.3 Transmission verticale .....</b>	<b>13</b>
<b>1.5 Histoire naturelle du VIH .....</b>	<b>13</b>
<b>1.5.1 Phase de primo –infection .....</b>	<b>13</b>
<b>1.5.2 Phase de séroposivité asymptomatique .....</b>	<b>14</b>
<b>1.5.3 Phase symptomatique.....</b>	<b>14</b>
<b>1-6 Diagnostic de l'infection VIH .....</b>	<b>19</b>
<b>1.6.1 Diagnostic indirect .....</b>	<b>19</b>
<b>1.6.2 Diagnostic direct .....</b>	<b>20</b>
<b>1.7 Prise en charge du patient infecté par le VIH .....</b>	<b>21</b>
<b>1.7.1 Buts .....</b>	<b>21</b>
<b>1.7.2.1 Prise en charge psychosociale .....</b>	<b>21</b>
<b>1.7.3 Prise en charge nutritionnelle .....</b>	<b>22</b>
<b>1.7.4 Prise en charge vaccinale.....</b>	<b>23</b>

1.7.5 Traitement antirétroviral .....	23
<b>2. ORGANISATION DE LA PRISE EN CHARGE DE L'INFECTION AU     SENEGAL.....</b>	<b>31</b>
2.1. Paquet de services selon les différents niveaux de la pyramide Sanitaire .....	31
2.2. Portes d'entrée aux soins des patients vivant avec le VIH/sida.....	34
2.3. Procédures de mise sous traitement ARV et de suivi .....	35
2.3.1 Circuit du patient mis sous traitement ARV .....	36
2.3.2 Monitoring du traitement ARV .....	36
2.3.3 Schémas thérapeutiques chez l'adulte .....	37
<b><u>DEUXIEME PARTIE</u></b>	
<b>1 .CADRE D'ETUDE .....</b>	<b>39</b>
1.1 Présentation du Centre Régional de Recherche Clinique et de Formation .....	39
1.2 Organisation de la prise en charge des PVVIH .....	41
<b>2. MALADES ET METHODE.....</b>	<b>41</b>
2.1 Type et période d'étude .....	41
2.2 Population d'étude.....	41
2.3 Méthodes et outils de collecte .....	42
<b>3. SAISIE ET EXPLOITATION DES DONNEES.....</b>	<b>43</b>
<b>4. CONSIDERATIONS ETHIQUES.....</b>	<b>43</b>
<b>5. RESULTATS.....</b>	<b>44</b>
5.1 Caractéristiques de la population.....	44
5.1.1 Répartition des patients selon le sexe .....	44
5.1.2 Répartition des patients selon l'âge.....	45
5.1.3 Répartition des patients selon la scolarisation.....	45

5.1.4 Répartition des patients selon la profession.....	46
5.1.5 Répartition des patients selon le statut matrimonial.....	46
5.1.6 Répartition des patients selon le statut sérologique du conjoint.....	47
5.1.7 Répartition des patients selon le statut sérologique des enfants.....	47
5.1.8 Porte d'entrée aux soins .....	48
5.1.9 Durée de connaissance du statut sérologique.....	48
5.1.10 Mode de contamination de l'infection à VIH.....	49
5.2 Connaissances sur l'infection à VIH/SIDA.....	50
5.2.1 Sources d'information sur l'infection à VIH.....	50
5.2.2 Connaissances sur les voies de transmission de l'infection à VIH.....	50
5.2.3 Connaissances sur la perception de la cause de l'infection à VIH.....	51
5.2.4 Connaissances sur la différence entre séropositif et sida.....	51
5.2.5 Connaissances sur les lieux de dépistage de l'infection à VIH.....	52
5.2.6 Connaissances sur la possibilité de guérison de l'infection à VIH.....	52
5.2.7 Connaissances sur les moyens de prévention de l'infection à VIH.....	53
5.3 Attitudes et Pratiques face au VIH.....	54
5.3.1. Attitudes face au VIH/SIDA.....	54
5.3.1.1 Sentiment de crainte par rapport à l'infection à VIH.....	54
5.3.1.2 Sentiment éprouvé à l'annonce de la maladie.....	56
5.3.1.3 Partage du statut sérologique avec un tiers.....	57
5.3.1.4 Point de vue des patients sur le partage du statut sérologique dans un couple.....	58

5.3.1.5 Sentiment éprouvé devant une PVVIH avant la connaissance du statut sérologique.....	59
5.3.1.6 Sentiment éprouvé devant une PVVIH après la connaissance du statut sérologique.....	61
5.3.1.7 Dépistage antérieur maladie.....	61
5.3.1.8 Point de vue des patients sur le dépistage de toutes les personne.....	61
5.3.2 Traitement.....	63
5.3.2.1 Arrêt thérapeutique sans avis médical.....	63
5.3.2.2 Association des antirétroviraux au traitement traditionnel....	65
5.3.2.3 Point de vue sur l'efficacité du traitement ARV par rapport au traitement traditionnel.....	66
5.3.3 Pratiques culturelles.....	67
5.3.3.1 Point de vue des patients par rapport au lévirat et sororat....	67
5.3.3.2 Perception du degré d'exposition entre hommes et femmes à l'infection à VIH.....	69
5.3.3.3 Point de vue des patients sur l'âge de début de la vie sexuelle chez le jeune homme ou la jeune femme.....	70
5.3.4 Pratiques sexuelles face au VIH/SIDA.....	71
5.3.4.1 Infection à VIH et désir sexuel .....	71
5.3.4.2 Utilisation du préservatif lors des rapports sexuels.....	71
DISCUSSION .....	73
CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS.....	84

# **INTRODUCTION**

L'infection au virus de l'immunodéficience humaine constitue un problème majeur de santé publique dans le monde. L'ONUSIDA estime à 34 millions le nombre de personnes vivant avec le VIH /SIDA en 2011 dans le monde [59].

Les premiers cas de SIDA ont été décrits aux Etats-Unis en 1981 par l'équipe du Center for Diseases Control and Prevention à Atlanta (CDC) chez les homosexuels et les héroïnomanes atteints d'infections opportunistes [28]. En Décembre 1983, l'équipe de Luc Montagnier isole un rétrovirus qui sera nommé VIH-1 par la commission des nomenclatures [12].

Le Sénégal s'est engagé très tôt dans les programmes de prévention, d'information et de recherche sur le VIH/SIDA et ceci, dès la notification des premiers cas en 1986. C'est ainsi que l'Initiative Sénégalaise d'Accès aux antirétroviraux (ISAARV) a été créée en 1998 [20]. Cette initiative est décentralisée dans toutes les régions et en 2011, le Sénégal comptait 114 centres de traitement [14].

La prise en charge de l'infection à VIH comprend différents composantes qui sont le diagnostic et le traitement des infections opportunistes, le traitement antirétroviral, l'accompagnement psycho-social et nutritionnel.

Les activités psychosociales, les séances d'information et de sensibilisation sur l'infection à VIH sont essentielles au moment du dépistage et au cours du suivi. Les focus groupes, les repas communautaires et les séances d'éducation thérapeutique sont organisés à l'initiative des travailleurs sociaux et des associations de PVVIH. Ces différentes activités ont pour objectifs, d'asseoir et de renforcer leurs connaissances sur l'infection à VIH afin de permettre une meilleure adhérence à leur traitement et de promouvoir les mesures de prévention au sein de cette population. De nombreuses enquêtes CAP ont été réalisées dans la population générale, auprès des étudiants, des prisonniers, des routiers [23 ,60 ,65]. Peu d'études ont été menées chez les personnes infectées et pourtant l'évaluation de leurs connaissances sur l'infection à VIH serait nécessaire car cela peut influencer leurs comportements et leurs pratiques

C'est dans ce contexte que nous avons réalisé cette étude sur les connaissances, attitudes et pratiques des PVVIH suivies au CRCF avec, comme objectifs spécifiques :

- ✓ d'évaluer le niveau de connaissance des PVVIH sur les modes de transmission, la prévention et le traitement de l'infection à VIH ;
- ✓ de décrire et d'analyser leurs comportements et leurs pratiques depuis l'annonce de leur séropositivité ;
- ✓ d'identifier les causes de non observance au traitement antirétroviral
- ✓ de proposer des recommandations pour une meilleure prise en charge

Pour atteindre ces objectifs, nous procéderons d'abord dans la première partie, à un rappel sur l'infection à VIH et l'organisation de la prise en charge de l'infection à VIH au Sénégal puis dans la seconde partie correspondant au travail personnel, nous exposerons les résultats avant de les commenter. Enfin, nous terminerons par une conclusion et des recommandations.

# **INTRODUCTION**

# 1. GENERALITES SUR L'INFECTION A VIH

## 1.1 Définition

L'infection à VIH est une maladie infectieuse, virale, chronique due aux virus de l'immunodéficience humaine (VIH-1 et VIH-2), caractérisée par la diminution des moyens de défense de l'organisme. Elle est marquée par la survenue de nombreuses maladies opportunistes qui profitent de la baisse de l'immunité de l'organisme pour se développer.

## 1.2 Epidémiologie

L'infection à VIH constitue un véritable problème de santé publique.

### 1.2.1 Dans le Monde [59]

En 2011, l'ONUSIDA estimait le nombre de personnes infectées par le VIH à 34 millions. L'Afrique subsaharienne reste le continent le plus atteint avec près d'un adulte sur 20 (4,9 %) vivant avec le VIH. La prévalence régionale de l'infection à VIH est près de 25 fois plus élevée en Afrique subsaharienne qu'en Asie. Après l'Afrique subsaharienne, les régions les plus fortement touchées sont les Caraïbes, l'Europe de l'Est et l'Asie centrale, où 1% des adultes vivaient avec le VIH en 2011 (**Tableau I**).

Grâce aux activités de lutte, des progrès ont été réalisés au cours de ces dernières années. En effet, le nombre de nouvelles infections était de 2,5 millions en 2011, soit une baisse de 20% par rapport à celui de 2001. L'incidence a régressé d'au moins 50% dans 25 pays dont 13 en Afrique subsaharienne.

Cependant, le nombre de nouvelles infections au Moyen-Orient et en Afrique du Nord a augmenté de plus de 35 %, passant ainsi de 27 000 à 37 000 personnes de 2001 à 2011. En 2011, 1,7 million de personnes sont décédées d'une cause liée au SIDA, ce qui représente une baisse de 24 % par rapport au pic de 2005 (2,3 millions).

Ces résultats sont la conséquence de l'élargissement et de l'intensification de la thérapie antirétrovirale dans les pays à revenus faibles et intermédiaires.

**Tableau I :** Ampleur de l'épidémie de l'infection à VIH dans le monde en 2011 [59]

<b>Régions</b>	<b>Adultes et enfants vivant avec le VIH</b>	<b>Adulte et enfants nouvellement infectés par le VIH</b>
Afrique Subsaharienne	23.5 millions	1.8 million
Afrique du Nord et Moyen-Orient	300 000	37 000
Asie du Sud et du Sud-Est	4.0 millions	280 000
Asie de l'Est	830 000	89 000
Amérique centrale et du sud	1.4 million	83 000
Caraïbes	230 000	13 000
Europe Orientale et Asie Centrale	1.4 million	140 000
Europe Occidentale et centrale	900 000	30 000
Amérique du Nord	1.4 million	51 000
Océanie	53 000	2 900
<b>TOTAL</b>	<b>34 millions</b>	<b>2.5 millions</b>

### **1.2.2 En Afrique subsaharienne [59]**

L'épidémie du VIH présente de grandes variations selon les zones géographiques. Les pays d'Afrique Australe et d'Afrique de l'Est sont l'épicentre de la pandémie dans le monde. En Afrique subsaharienne, le nombre de personnes infectées par le VIH est estimé à 23,5 millions, ce qui représente 69 % des personnes vivant avec le VIH dans le monde.

Le nombre de nouvelles infections est passé de 2,4 à 1,8 million entre 2001 et 2011. Une baisse d'incidence de plus 50% a été notée dans certains pays tels que le Burkina Faso, le Ghana, la Zambie et le Zimbabwe.

Malgré ces progrès, 71% des nouvelles infections de 2011 ont été enregistrés en Afrique subsaharienne, soulignant ainsi la nécessité de renforcer les efforts de prévention du VIH dans la région.

Le nombre de décès liés au SIDA a diminué de 32 % de 2005 (1,8 million) à 2011 (1,2 million).

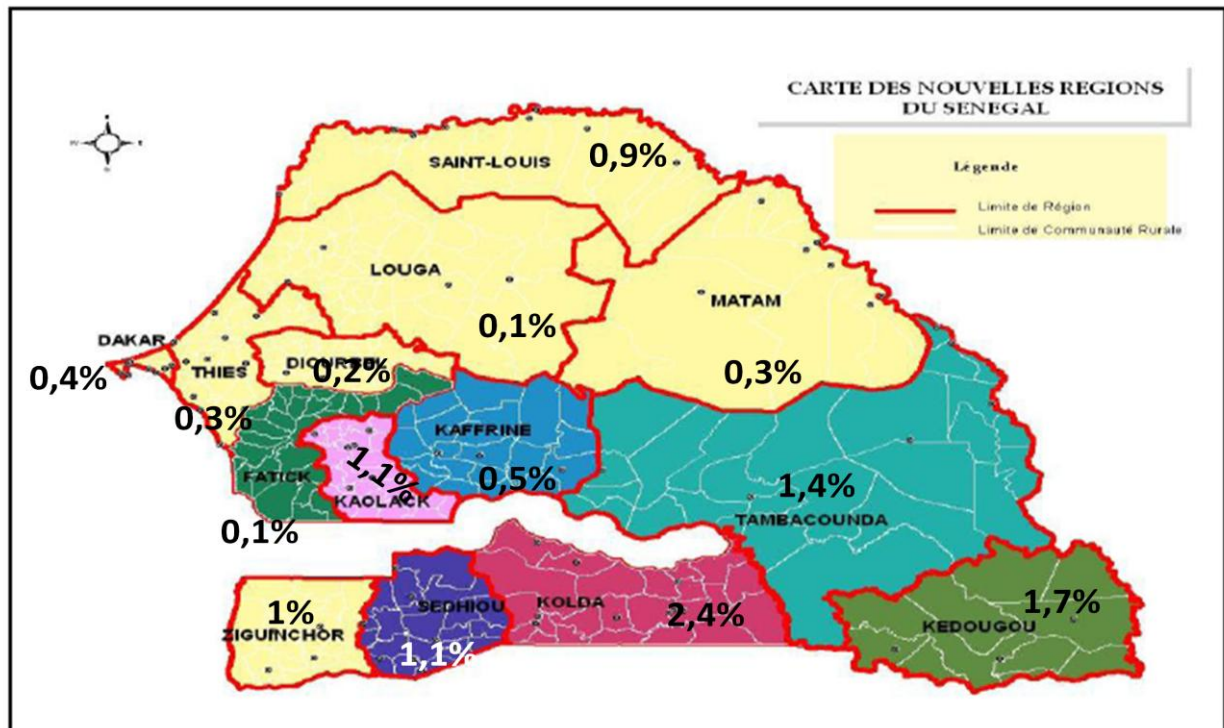
### **1.2.3 Au Sénégal [14]**

Au Sénégal, il existe une épidémie à faible prévalence, stable depuis 1989 et de type concentré. D'après l'Enquête Démographique et de Santé de 2011, elle est de 0,7%. Cependant, la prévalence est élevée dans les groupes à risque : 18,5% chez les travailleuses du sexe, 21,8% chez les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes et 9,2% chez les usagers de drogue.

La prévalence est variable en fonction de la cible, de la région, du sexe et de l'âge. En 2011, il existait 160 femmes infectées pour 100 hommes, soit un sex-ratio (F/M) à 1,6 [1]. Ceci témoigne du maintien de la féminisation de l'épidémie du VIH déjà signalée dans l'EDSIV de 2005 avec un ratio Femme/Homme qui était de 2,25 [55].

En ce qui concerne la séroprévalence par milieu de résidence, il n'y a pas de différence significative entre le milieu urbain (0,7%) et le milieu rural (0,7%).

Cependant, il existe des disparités régionales. Les plus fortes prévalences sont observées dans les régions du sud : Kolda (2,4%), Kédougou (1,7%) et Tambacounda (1,4%) (**Figure 1**).



**Figure 1** : Taux de prévalence de l'infection à VIH chez les femmes et les hommes de 15 à 49 ans en 2011 dans les 14 régions du Sénégal [14].

En 2011, le nombre de nouvelles infections chez les adultes de plus de 15 ans était de 4800 et le nombre de PVVIH de 59 000 dont 32 000 femmes. Le nombre de décès liés au Sida était de 2600 [15].

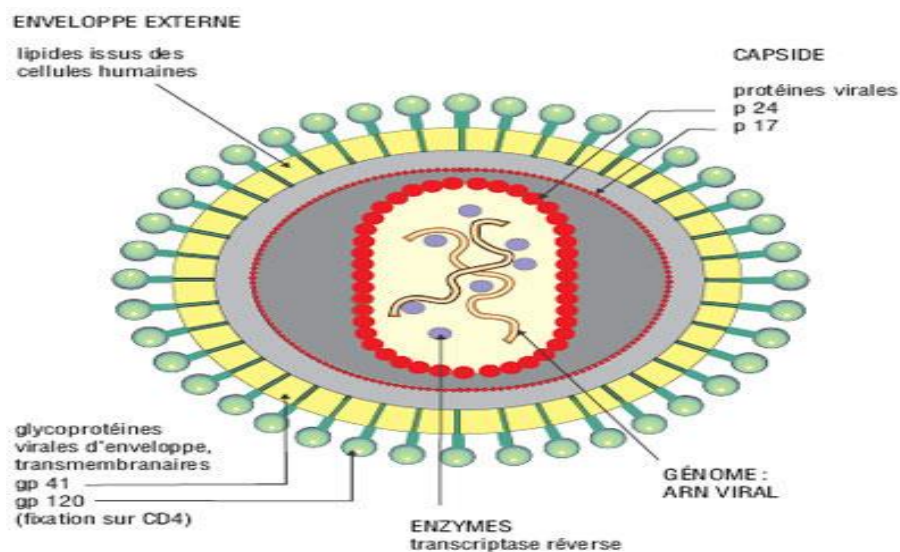
## 1.3 Physiopathologie

### 1.3.1 Virus [52 ,29]

Le Virus de l'Immunodéficience Humaine (VIH) appartient à la famille des *Retroviridae*, à la sous famille *Orthoretrovirinae* et au genre *Lentivirus*. Il existe deux types de VIH : VIH-1 et VIH-2.

Comme tous les rétrovirus, ils sont produits par bourgeonnement à la surface des cellules infectées. En microscopie électronique, la morphologie des deux virus est similaire. Il se présente sous la forme de particules sphériques avec un diamètre variant de 90 à 100 nanomètres. La particule virale est constituée (figure 2) :

- d'une enveloppe qui est recouverte de deux types de glycoprotéines (gp120, gp41). Cette enveloppe est tapissée à l'intérieur par la matrice (protéines p17) ;
- d'une capsidie sous forme de trapèze au centre de la particule virale qui est constituée de protéines (p 24) ;
- du génome viral constitué d'un simple brin d'ARN en double exemplaire, accompagné de trois types d'enzymes (transcriptase inverse, protéase, intégrase) qui sont les principales cibles des traitements antirétroviraux.



**Figure 2** : Structure du virus de l'immunodéficience humaine [71]

### 1.3.2 Cycle de réplication [29, 11]

#### ➤ Cellules cibles du virus

Les cellules sensibles à l'infection VIH sont principalement celles qui expriment à leur surface la molécule CD4+ identifiée comme récepteur pour le virus.

Il s'agit de la sous population de lymphocytes TCD4+ plus helper ou auxiliaire, mais aussi des monocytes, des macrophages ou de cellules de la même origine telles que les cellules folliculaires dendritiques présentes dans les cellules germinatives des ganglions, les cellules de *Langerhans* et les cellules microgliales du cerveau. Ces cellules présentatrices d'antigènes jouent un rôle important de réservoir, de dissémination et d'entrée du virus dans l'organisme [9]. Si la molécule CD4 fonctionne comme un récepteur de haute affinité pour la gp120, des récepteurs accessoires sont nécessaires à la pénétration du virus dans la cellule hôte : les co-récepteurs CCR-5 et CXCR-4.

#### ➤ Différentes étapes de la réplication virale

Le cycle de réplication virale comporte plusieurs étapes :

##### - Entrée du virus dans la cellule

Le cycle de réplication du VIH débute par une liaison entre la protéine gp120 et la molécule CD4+ de la surface de la cellule hôte. Le virus doit également interagir avec un groupe de corécepteurs (CCR5, CXCR4) pour fusionner avec la cellule cible et y pénétrer. Après cette fixation, la conformation de l'enveloppe virale change radicalement et la fusion avec la membrane de la cellule hôte se produit selon un mode de ressort hélicoïdal par l'intermédiaire de la molécule gp41. L'ARN génomique du virus est libéré de son enveloppe et fait partie intégrante de la cellule cible.

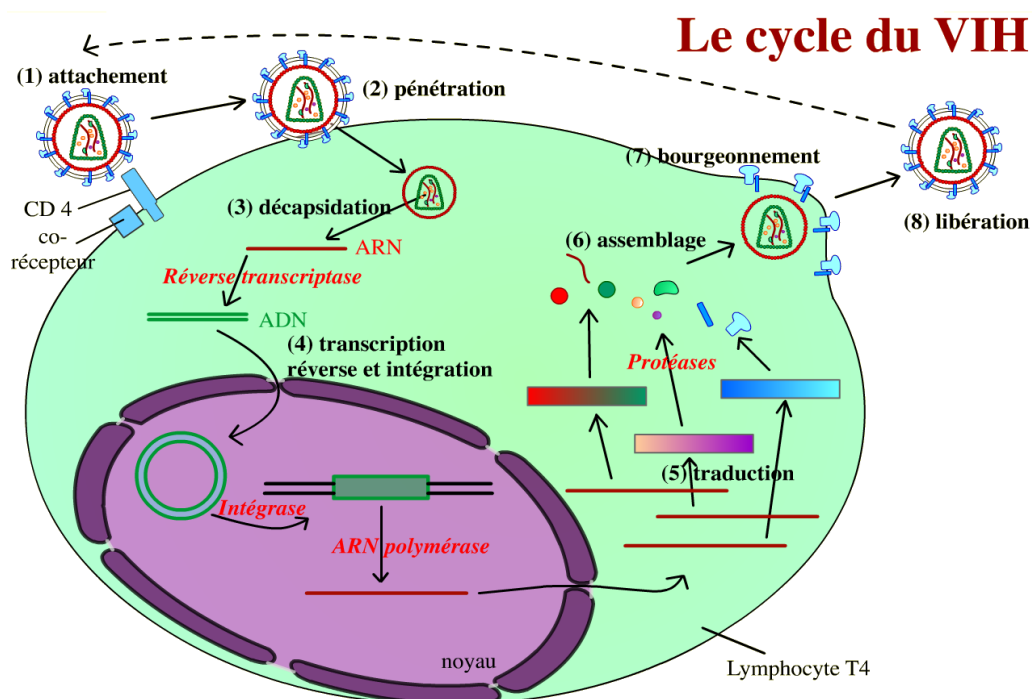
##### - Rétrotranscription et intégration

La transcriptase inverse contenue dans le virion infectieux effectue la transcription inverse de l'ARN viral en ADN double brin proviral. L'ADN se

déplace dans le noyau où il est intégré dans les chromosomes de la cellule hôte par l'action d'une autre enzyme codée par le virus, l'intégrase. Le provirus peut ainsi rester inactif au niveau de la transcription ou produire activement des nouveaux virions.

- Transcription et synthèse des protéines virales

L'ARNm du virus est traduit en protéines qui sont à leur tour modifiées par glycosylation, phosphorylation et clivage protéolytique. L'assemblage des protéines, des enzymes et de l'ARN génomique du virus à la membrane des cellules hôtes forme la particule virale. Les virus sortent de la cellule par bourgeonnement et la maturation des nouveaux virions. Elle se fait grâce à la protéase virale.



**Figure 3** : Cycle de réplication du VIH[ 17]

### 1.3.3 Manifestations immunologiques [29]

Le VIH induit chez le récepteur des réponses immunes spécifiques qui contrôlent seulement partiellement l'infection. L'extrême variabilité du virus chez un même individu impose au système immunitaire une réadaptation constante. Cette variabilité virale réduit de façon majeure les possibilités d'immuno-intervention et de vaccination.

#### ➤ Réponse immunitaire

Il y a deux types de réponses :

✓ Réponses humorales : elles sont représentées par la production d'anticorps dirigés contre toutes les protéines du VIH (anticorps anti-gp120 et anti-gp41) et protéines de capsid : p24 et p18, RT, nef.

Cependant, cette réponse humorale est dotée d'une pauvre activité neutralisante vis-à-vis des isolats de virus autologues. Ces observations suggèrent que cette réponse anticorps ne semble pas jouer un rôle central dans la maîtrise de la réplication virale. Aucune fonction protectrice n'est connue pour les anticorps dirigés contre les autres protéines, en particulier la p24.

#### ✓ Réponses cellulaires

Les lymphocytes T CD4+, auxiliaires spécifiques du VIH, sont capables de produire IL2 et IF gamma en réponse au VIH. Leur rôle est déterminant dans la primo infection traitée précocement par les ARV, mais aussi chez les sujets asymptomatiques à long terme. Cette réponse spécifique anti - VIH est responsable de la progression extrêmement lente de l'infection. Leurs cibles principales sont les protéines de capsid, p24, p17 et gp120.

Les lymphocytes T cytotoxiques au VIH représentent l'un des principaux mécanismes effecteurs impliqués dans la lutte antivirale. Ces cellules CD8+ sont retrouvées dans le sang périphérique et au niveau des lymphocytes infiltrant les organes infectés. Elles reconnaissent de multiples déterminants antigéniques

appelés « épitopes » dans les protéines du VIH. Il s'agit essentiellement des protéines structurales de l'enveloppe et de la capsid, la transcriptase inverse et des protéines de régulation. En effet, les lymphocytes CD8+ interviennent dans le contrôle négatif de la réplication virale par la production de molécules dites « suppressives ». La diminution de la charge virale associée à la latence clinique observée au cours de l'infection à VIH correspond de manière temporaire au développement d'une réponse lymphocytaire T cytotoxique spécifique.

### ➤ **Conséquences de la réplication virale**

La réplication virale a pour conséquence un déficit immunitaire. La déplétion progressive en lymphocytes TCD4+, marqueur pronostique essentiel de la maladie, constitue la principale manifestation immune induite par l'infection à VIH. Il s'y associe une altération des fonctions auxiliaires des lymphocytes T. Elle apparaît dès le début de l'infection et s'associe à une hyperactivation du système immunitaire qui conduit à l'épuisement progressif des fonctions immunes.

## **1.4 Modes de transmission du VIH**

Le VIH peut être présent dans plusieurs produits : le sang, le sperme, les sécrétions vaginales, la salive, le liquide synovial, le lait maternel, les larmes, l'urine, le sérum, le liquide cérébro-spinal et le liquide broncho-alvéolaire. Cependant, seule sa présence dans le sang et les produits sanguins, le sperme et les sécrétions cervico-vaginales a été impliquée dans sa transmission [24 53].

Les trois principales modalités de transmission sont sexuelle, sanguine et verticale (transmission mère-enfant) [3 ,5].

### **1.4.1 Transmission par voie sexuelle [33]**

Les rapports sexuels avec pénétration anale ou vaginale sans préservatif sont le principal mode de transmission du virus.

Le risque de transmission est plus élevé au cours du premier rapport sexuel, lors des menstrues de la femme, en cas d'ulcérations génitales et d'IST.

Les rapports oraux-génitaux présentent également un risque de transmission du VIH. Il est certes plus faible que lors d'une pénétration vaginale ou anale, mais il demeure présent en raison du contact entre des liquides dits contaminants (en l'occurrence sperme ou sécrétions vaginales) et une muqueuse (la bouche).

#### **1.4.2 Transmission par voie sanguine**

Ce mode de contamination survient par :

*- contaminations professionnelles*

Il s'agit des accidents d'expositions au sang du personnel soignant par blessures ou piqûres, avec du matériel médicochirurgical souillé, projection de sang infecté sur une peau lésée ou une muqueuse. Le risque de transmission est estimé à 0,03% ; il dépend de la profondeur de la blessure, de la réalisation d'un geste en intra veineux ou intra artériel, du stade de l'infection chez le patient et de l'intervalle entre l'utilisation de l'aiguille et l'exposition accidentelle ;

*- transfusions sanguines (sang et dérivés) :*

Ce mode de transmission est devenu rare de nos jours. En effet, les tests de dépistage sont systématiquement pratiqués sur tous les donneurs de sang, mais également en cas de dons d'organes, de sperme et de lait ;

*- voie injectable*

Le partage de la seringue et du matériel (cuillère, coton) utilisés pour une injection de drogue est une pratique à haut risque de contamination par le VIH. Les personnes les plus exposées sont les toxicomanes.

### **1.4.3 Transmission verticale**

En l'absence de prévention par les antirétroviraux, le risque de transmission mère-enfant varie entre 15 et 25% dans les pays industrialisés et entre 25 et 45% dans les pays en développement. Cette transmission peut survenir :

- *in utero* (1/3 des cas) : le VIH a été isolé chez des fœtus au cours du deuxième trimestre de la grossesse [39] ;
- *intra partum* : au moment de l'accouchement (2/3 des cas) par contact de l'enfant avec le sang ou les sécrétions maternelles infectées ;
- *post -partum* : au cours de l'allaitement et /ou par contacts rapprochés mère-enfant.

Le stade avancé de la maladie chez la mère, la charge virale plasmatique, le taux de lymphocytes T CD4+, une infection sexuellement transmissible, une exposition intense du fœtus aux liquides organiques de la mère infectée constituent des facteurs qui augmentent le risque de transmission mère-enfant [50].

### **1.5 Histoire naturelle du VIH [40]**

C'est l'ordre habituel stéréotypé et prévisible dans lequel se déroulent et se succèdent les manifestations cliniques et biologiques de l'infection à VIH, en l'absence d'intervention thérapeutique. Les manifestations évoluent en trois phases en fonction de la baisse du taux de lymphocytes T CD4+.

#### **1.5.1 Phase de primo –infection**

Elle survient 3 à 6 semaines après le contact infectant. Elle est symptomatique dans 30 à 50 % des cas.

##### **➤ Signes cliniques**

Ils sont peu spécifiques et variables. Les signes les plus fréquents sont la fièvre, les adénopathies, une odynophagie avec pharyngite érythémateuse, une éruption

cutanée maculo - papuleuse prédominant au visage, au tronc et aux extrémités, des myalgies, une asthénie, des céphalées, plus rarement des nausées ou des vomissements, une diarrhée.

De façon plus exceptionnelle, on peut observer :

- des manifestations neurologiques telles que méningite aiguë lymphocytaire, paralysie faciale, syndrome de Guillain et Barré, signes d'encéphalite,
- des ulcérations génitales ou buccales,
- une pneumonie,
- une œsophagite.

#### ➤ **Signes biologiques**

On observe classiquement un syndrome mononucléosique avec hyperlymphocytose et apparition de grands lymphocytes bleutés et une élévation des transaminases dans 50 % des cas.

A ce stade, les anticorps spécifiques sont encore absents, mais l'antigène p24 peut être présent. Habituellement, les premiers anticorps apparaissent entre 2 à 8 semaines après le début des signes cliniques.

#### **1.5.2 Phase de séropositivité asymptomatique**

C'est une phase cliniquement silencieuse, mais biologiquement active. La réplication virale est constante dans les organes lymphoïdes ; l'ARN viral est présent dans le plasma et les lymphocytes circulants chez près de 90% des patients. Le dépistage précoce se fait par la recherche d'anticorps circulants.

### 1.5.3 Phase symptomatique

#### ➤ Manifestations d'immunodépression mineure

Elles apparaissent après une durée d'évolution variable comprise habituellement entre 3 et 5 ans. Elles sont d'un intérêt clinique d'alerte et permettent d'évoquer le diagnostic d'infection à VIH dès l'examen clinique. Il peut s'agir de :

- ✓ Symptômes constitutionnels :
  - Fièvre  $> 38^{\circ}5$  prolongée pendant plus d'un mois
  - Diarrhée  $> 1$  mois sans cause décelable
  - Amaigrissement inexplicé  $> 10\%$  du poids habituel
  
- ✓ Infections opportunistes mineures :
  - Candidose buccale, génitale ou cutanée
  - Leucoplasie chevelue de la langue
  - Dermite séborrhéique
  - Zona
  - Herpes génital ou périnéal.

A la biologie, des signes d'immunodépression sont déjà présents avec leucopénie (inférieure à  $4000$  éléments / $\text{mm}^3$ ) et lymphopénie (nombre absolu de lymphocytes TCD4+  $< 400/\text{mm}^3$ ).

#### ➤ Manifestations d'immunodépression majeure : SIDA

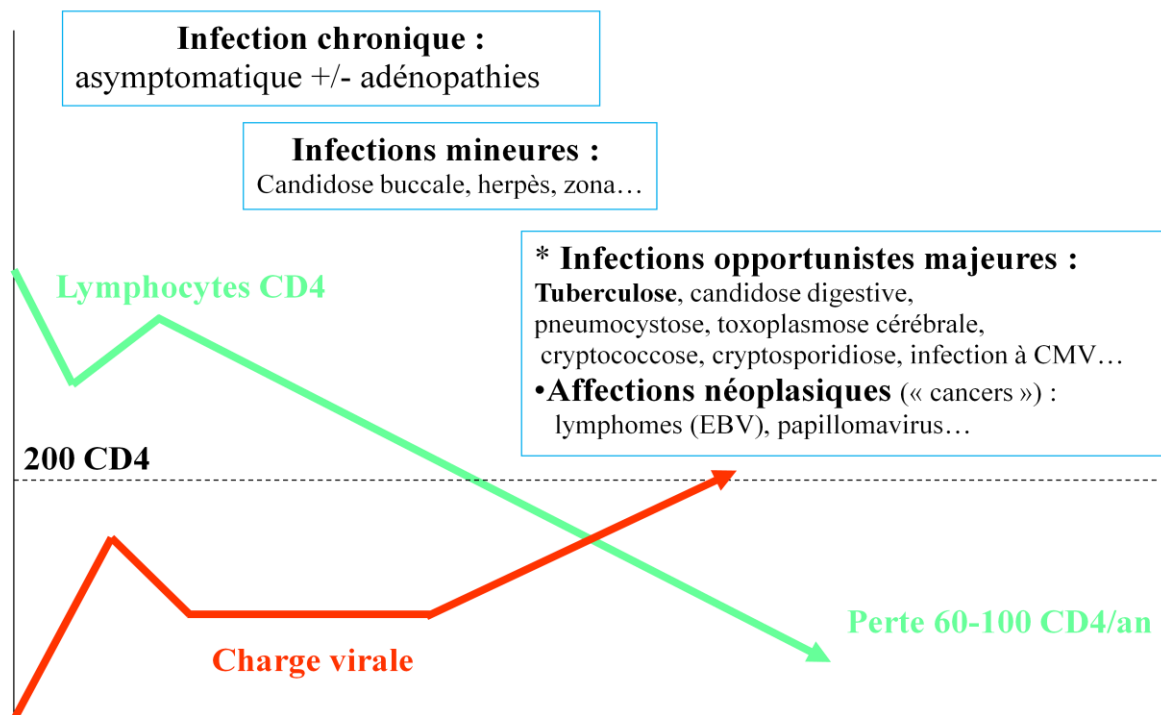
Cette phase survient en règle plusieurs années après la contamination et correspond au stade ultime de l'infection à VIH ou stade de SIDA. Elle est caractérisée par des :

- ✓ Manifestations digestives
  - Cryptosporidiose
  - Candidose œsophagienne
  - Microsporidiose digestive

- Isosporose
- Salmonelloses mineures
- Infection intestinale à *Mycobacterium avium* intracellulaire
- Infection intestinale à CMV
  
- ✓ Manifestations pulmonaires
  - Tuberculose pulmonaire
  - Mycobactérioses atypiques
  - Pneumocystose
  - Pneumopathie bactérienne récidivante
  - Candidose broncho-pulmonaire
  - Histoplasmosse pulmonaire
  - Coccidioïdomycose
  - Aspergillose
  - Maladie de Kaposi pulmonaire
  
- ✓ Manifestations neuroméningées
  - Toxoplasmose cérébrale
  - Cryptococcose neuroméningée
  - Leucoencéphalite multifocale progressive
  - Lymphome cérébral primitif
  - Encéphalopathie à VIH
  - Encéphalite à CMV
  - Encéphalite herpétique
  - Méningite tuberculeuse
  
- ✓ Manifestations dermatologiques
  - Cryptococcose cutanée
  - Maladie de Kaposi
  - Leishmaniose cutanée
  - Gale norvégienne.

## Contamination HIV

+/- primo-infection HIV



**Figure 4 :** Histoire naturelle de l'infection à VIH [18]

Plusieurs classifications de l'infection à VIH ont été utilisées, basées essentiellement sur des critères cliniques. Les deux classifications les plus fréquemment utilisées sont celles de l'OMS (Tableau II) et du CDC, 1993 (Tableau III).

**Tableau II** : Classification en stades cliniques proposée par l’OMS (version révisée 2006) [5]

<b>Stade 1</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Patient asymptomatique</li> <li>2. Adénopathies persistantes généralisées</li> </ol>
<b>Stade 2</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>3. Perte de poids involontaire inférieure à 10 % du poids corporel</li> <li>4. Dermatite séborrhéique</li> <li>5. Prurigo</li> <li>6. atteinte fongique des ongles</li> <li>7. Ulcérations buccales récurrentes</li> <li>8. Chéilite angulaire</li> <li>9. Zona</li> <li>10. Infections récidivantes des voies respiratoires supérieures</li> </ol>
<b>Stade 3</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>11. Perte de poids supérieure à 10 % du poids corporel</li> <li>12. Diarrhée chronique inexplicée pendant plus de 1 mois</li> <li>13. Fièvre prolongée (&gt; 1 mois) inexplicée (&gt; 37,6 °C, intermittente ou constante)</li> <li>14. Candidose buccale persistante</li> <li>15. Leucoplasie chevelue buccale</li> <li>16. Tuberculose pulmonaire en cours</li> <li>17. Infections bactériennes sévères</li> <li>18. Gingivite, périodontie ou stomatite ulcéralive aiguës nécrosantes</li> <li>19. Anémie &lt; 8 g/100 ml, neutropénie &lt; 500/mm<sup>3</sup> ou thrombocytopénie &lt; 50 000/mm<sup>3</sup> inexplicées</li> </ol>
<b>Stade 4</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>20. Syndrome cachectique lié au VIH</li> <li>21. Pneumopathie à <i>Pneumocystis jirovecii</i> (ex <i>carinii</i>)</li> <li>22. Pneumonie bactérienne récurrente</li> <li>23. Herpès cutanéomuqueux &gt; 1 mois, ou herpès viscéral quelle que soit la durée</li> <li>24. Candidose de l’œsophage, de la trachée, des bronches ou des poumons</li> <li>25. Tuberculose extra pulmonaire</li> <li>26. Maladie de Kaposi</li> <li>27. Infection à CMV (rétinite, ou viscérale autre)</li> <li>28. Toxoplasmose cérébrale</li> <li>29. Encéphalopathie à VIH</li> <li>30. Cryptococcose extra-pulmonaire</li> <li>31. Mycobactériose atypique disséminée</li> <li>32. Leucoencéphalopathie multifocale progressive</li> <li>33. Cryptosporidiose chronique (avec diarrhée)</li> <li>34. Isosporose chronique</li> <li>35. Mycose endémique disséminée (histoplasmosse, coccidioïdomycose)</li> <li>36. Bactériémie à salmonelles non typhiques récurrente</li> <li>37. Lymphome (cérébral ou à cellule B non hodgkinien) ou autre tumeur solide associée au VIH</li> <li>38. Carcinome invasif du col utérin</li> <li>39. Leishmaniose viscérale</li> <li>40. Néphropathie ou cardiopathie liée au VIH symptomatique</li> </ol>

**Tableau III** : Classification CDC de l'infection VIH pour les adultes et adolescents en fonction du stade et du taux de CD4+ (1993) [29]

Nombre de lymphocytes T CD4+	Catégories Cliniques		
	(A) Asymptomatique primo-infection ou lymphadénopathie généralisée persistante	(B) Symptomatique sans critères (A) ou (C)	(C) SIDA
> 500/ mm <sup>3</sup>	A1	B1	C1
200-499/mm <sup>3</sup>	A2	B2	C2
< 200/mm <sup>3</sup>	A3	B3	C3

## 1.6 Diagnostic de l'infection VIH [29]

Le diagnostic de l'infection à VIH repose sur la mise en évidence des anticorps spécifiques du virus (diagnostic sérologique ou indirect) et sur la détection du virus lui-même ou de ses composants (diagnostic virologique ou direct).

### 1.6.1 Diagnostic indirect

#### ➤ Test 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 des antigènes viraux produits en laboratoire. La détection des anticorps dans d'autres liquides biologiques tels que les urines ou la salive a été proposée mais l'utilisation du sérum reste la méthode de référence.

Les méthodes de référence pour la visualisation de la réaction antigène-anticorps sont actuellement les méthodes immuno-enzymatiques de type ELISA.

Une nouvelle catégorie de tests dits de quatrième génération apparue en 1997 est largement utilisée.

Par ailleurs, des tests dits rapides, avec une réponse en quelques minutes, sont aussi disponibles et facilement réalisables sans appareillage sophistiqués, mais n'ont pas la même sensibilité que les tests de troisième et quatrième générations au cours de la primo infection. Cependant, tous les tests de dépistage comportent un risque de résultats faussement positifs, même s'il est faible ; il faut le recours à des tests de confirmation.

#### ➤ **Tests de confirmation**

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. La présence d'anticorps contre une protéine donnée est révélée par une réaction immuno-enzymatique qui matérialise la position de la protéine sous la forme d'une bande colorée.

### **1.6.2 Diagnostic direct**

#### ➤ **Test de détection de l'antigène p24**

Les antigènes viraux circulants correspondent aux particules virales et aux protéines virales libres. Les méthodes ELISA commercialisées détectent essentiellement la protéine p24 du VIH-1. La recherche de l'antigène p24 dans le sérum est aujourd'hui indiquée essentiellement chez le nouveau-né de mère séropositive pour le VIH et lors de la suspicion d'une primo-infection. Dans les tests de quatrième génération, la recherche de l'antigène p24 est couplée à celle des anticorps anti VIH.

#### ➤ **Quantification de l'ARN viral plasmatique**

La présence d'ARN viral dans le plasma témoigne d'une réplication virale constante dans l'organisme.

La quantification de la charge virale se fait sur des prélèvements de sang sur EDTA et du fait de la fragilité du virus ; le plasma doit être décanté et congelé dans les six heures qui suivent le prélèvement. La quantification de la charge virale est effectuée au cours du suivi afin d'évaluer l'efficacité du traitement.

### ➤ **Isolement en culture**

L'isolement viral se fait à partir des cellules mononucléées sanguines ou du plasma du sujet infecté grâce à l'adjonction de cellules mononucléées de donneurs sains qui servent de support pour la multiplication virale.

## **1.7 Prise en charge du patient infecté par le VIH**

### **1.7.1 Buts**

- Réduire la morbidité et la mortalité liées au VIH
- Améliorer la qualité de vie des patients en y associant le soutien psychologique nutritionnel et le traitement des infections opportunistes
- Restaurer et préserver la fonction immunitaire par le traitement ARV en vue de l'obtention d'une charge virale durablement indétectable.

### **1.7.2 Prise en charge psychosociale**

Elle débute par le counseling pré-test et post-test qui vise à obtenir un consentement libre et éclairé du patient pour une réussite optimale de la prise en charge. Durant ces entretiens, toutes les informations relatives au VIH sont fournies au patient sur les modes de transmission, les manifestations cliniques, l'évolution de l'infection à VIH et les stratégies thérapeutiques.

La prise en charge psychosociale a également comme objectifs, d'aider le patient à prendre des décisions concernant le couple et enfin, elle vise à informer le patient sur l'importance des changements de comportement et le respect des mesures de prévention. Durant le suivi médical, la participation du patient aux activités de groupe de paroles, aux repas communautaires lui permettent d'asseoir ses connaissances sur le VIH et à prendre des décisions concernant différents aspects, par exemple le partage du statut sérologique, le mariage, le désir d'enfant, les mesures de prévention.....

Les séances d'éducation thérapeutique font partie des outils d'aide à l'observance. Elles sont effectuées par les assistants sociaux ou par les pairs et ont pour objectif, d'aider le patient à mieux adhérer à son traitement et comprendre les enjeux d'une bonne observance au traitement.

### **1.7.3 Prise en charge nutritionnelle [80]**

Les carences en protéines, vitamines et oligo-éléments empêchent le fonctionnement des cellules immunitaires. Une alimentation riche, optimale en qualité et en quantité suffisantes est nécessaire pour renforcer le système immunitaire gravement atteint au cours de l'infection à VIH.

La prise en charge commence par l'évaluation de l'état nutritionnel, suivie des conseils de régime adapté à chaque patient qui sont :

- ✓ fractionner les repas et varier l'alimentation en mangeant chaque jour des aliments énergétiques riches en protéines et surtout des fruits et légumes,
- ✓ éviter l'alcool, le tabac et les excitants,
- ✓ faire du sport,

consommer de l'eau potable et respecter les mesures d'hygiène élémentaires afin d'éviter la survenue d'infections digestives pouvant aggraver le tableau clinique.

#### **1.7.4 Prise en charge vaccinale**

La mise à jour de l'état vaccinal est conseillée dans la prise en charge de l'infection à VIH. Les patients asymptomatiques doivent bénéficier de tous les vaccins selon le PEV de l'OMS. Cependant, en cas d'immunodépression ( $CD4^+ < 200 /mm^3$ ), les vaccins vivants sont contre-indiqués, à savoir le BCG, vaccin anti-typhoïdique et vaccin polio oral.

#### **1.7.5 Traitement antirétroviral**

##### **➤ Moyens**

On distingue plusieurs classes

##### **❖ Les inhibiteurs de la transcriptase reverse**

- Les analogues nucléosidiques [8]

La zidovudine est le chef de file des analogues nucléosides (Tableau IV). Les dérivés des nucléosides doivent être métabolisés en 5'triphosphates pour être actifs. En se liant avec la transcriptase inverse, ces dérivés entrent en compétition avec les nucléosides naturels et agissent par un substrat alternatif, en prévenant la formation de la liaison 3'5' phosphodiester de l'ADN proviral. Cette action conduit à l'interruption de l'élongation de la chaîne d'ADN proviral.

- Les inhibiteurs non nucléosides [5,30]

De structures chimiques différentes, ces composés se caractérisent par des effets similaires avec une activité importante sur la transcriptase reverse du VIH-1, alors qu'ils sont inactifs vis-à-vis du VIH-2 (Tableau V).

Cependant, ces produits se caractérisent par une faible barrière génétique, puisqu'une seule mutation induit un haut risque de résistance.

**Tableau IV** : Les inhibiteurs nucléosidiques de la reverse transcriptase [5]

<b>Nom</b>	<b>Présentation</b>	<b>Posologie</b>	<b>Principaux effets secondaires</b>
<b>Zidovudine (AZT) Rétrovir*</b>	Gélule de 100 et 250 mg Cp de 300 mg Sirop 10 mg/ml	300 mg × 2/jour	Anémie, neutropénie, leucopénie, Myalgie, céphalée, nausée, Acidose lactique, Stéatose
<b>Didanosine (DDI) Videx*</b>	Cp de 25, 50, 100, 150 et 400 mg Gélule à 250 et 400 mg	250 mg/jour (< 60 kg) 400 mg/jour (≥ 60 kg)	Pancréatite, Neuropathie périphérique, Altération de la fonction hépatique, Hyperuricémie
<b>Lamivudine (3TC) Epivir*</b>	Cp à 150mg	150mg × 2/ jour	Généralement bien toléré Cas de pancréatite. Cytolyse hépatique, Neuropathies périphérique
<b>Abacavir (ABC) Ziagen*</b>	Solution buvable : 20 mg Cp 300 mg	300 mg × 2 /jour	Troubles digestives, céphalées, acidose lactique, hépatomégalie, stéatose
<b>Ténofovir Viread*</b>	Cp à 300 mg	1fois/jour selon la clairance de la créatinine (ml/mn) ≥ 50 : 200 mg/24h 30 à 49 : 200 mg/48h 15 à 29 : 200 mg/72h < 15 : 200 mg/96h	Troubles gastro-intestinaux, Hypophosphatémie, Tubulopathie proximale, néphrotoxicité
<b>Emtricitabine (FTC) Emtriva*</b>	Gélule à 200 mg Solution buvable 10 mg / ml	1 fois /jour selon la clairance de la créatinine (ml/mn) ≥ 50 : 200 mg/24h 30 à 49 : 200 mg/48h 15 à 29 : 200 mg/72h < 15 : 200 mg/96h	Elévation des transaminases Hépatomégalie progressive, Acidose lactique ou métabolique

**Tableau V** : Les inhibiteurs non nucléosidiques de la reverse transcriptase [5]

Nom	Présentation	Posologie	Principaux effets secondaires
<b>Névirapine (NVP)</b> <b>Viramune*</b>	Cp de 200 mg	200 mg/jour jusqu'à J 14 puis 200 mg × 2/jour	Rash cutané, essentiellement dans les 6 premières semaines et pouvant être sévères (y compris Syndrome de Steven Johnson fatal) Hépatites
<b>Efavirenz (EFV)</b> <b>Sustiva*</b>	Gélule de 200 mg	600 mg/jour en une prise	vertige, insomnie, somnolence, trouble de la concentration, perturbation des rêves. éruption cutanée
<b>Etravirine (TMC125)</b> <b>Intelence*</b>	Cp de 100mg	200 mg x 2/jour	Eruptions cutanées, diarrhée, nausées Anomalies biologiques (transaminases, cholestérol, amylase lipase, glucose, neutrophiles, triglycérides)

❖ **Les inhibiteurs de la protéase [5]**

A l'inverse des inhibiteurs de la transcriptase reverse actifs sur des cellules activées non encore infectées ou en voie de l'être, les inhibiteurs de la protéase bloquent la phase tardive de la maturation virale (**Tableau VI**).

La protéase du VIH clive les polypeptides précurseurs produits par les gènes gag et pol permettant de générer les protéines structurales et enzymatiques du virion. En présence d'un inhibiteur de protéase, des virions immatures sont produits, lesquels sont incapables d'infecter de nouvelles cellules.

**Tableau VI : Les inhibiteurs de la protéase [5]**

<b>Nom</b>	<b>Présentation</b>	<b>Posologie</b>	<b>Principaux effets secondaires</b>
<b>Indinavir (IDV) Crixivan*</b>	Gélule à 400 mg	800 mg × 3/jour	Lithiase urinaire, insuffisance rénale, Anémie hémolytique aiguë, sécheresse et réactions cutanées, troubles digestifs, intolérance au glucose, diabète, lipodystrophie, élévation : triglycérides, cholestérol, bilirubine
<b>Nelfinavir (NFV) Viracept*</b>	Cp de 250 mg	750 mg × 3/jour	Diarrhée, rash cutané, élévation des transaminases, neutropénie, intolérance au glucose, diabète, lipodystrophie, élévation des triglycérides, du cholestérol
<b>Saquinavir (SQV) Invirase*</b>	Gélule à 200 mg Cp de 500mg	1000 mg × 2/jour	Troubles digestifs, intolérance au glucose, diabète, lipodystrophie, élévation des transaminases et des CPK
<b>Ritonavir (RTV) Norvir*</b>	Capsule de 100 mg	Posologie fonction de l'IP associé.	Nausée, vomissement, diarrhée, troubles dyspeptiques, neuropathie périphérique sensitive, intolérance au glucose, diabète, lipodystrophie, élévation des transaminases des CPK, élévation : triglycérides, cholestérol, amylase, acide urique.
<b>fos-amprénavir (AMP) Telzir*</b>	Capsules à 150 et 50 mg	600 mg × 2/jour	Rash cutané, modéré ou grave
<b>Lopinavir (+ ritonavir) Kalétra*</b>	Capsules à 133,3 mg de lopinavir et 33 mg de ritonavir	3cp × 2/jour	Diarrhée, hyperlipidémie, pancréatite
<b>Darunavir Presista*</b>	Cp à 300 mg	2cp × 2/jour	Diarrhée, nausée, éruption, Elévation triglycéride, cholestérol, amylase
<b>Tipranavir Aptivus*</b>	Capsules à 250 mg	500 mg × 2/jour	Hépatotoxicité, éruption cutanée, prurit, diarrhée, nausée, vomissement Elévation triglycéride, cholestérol
<b>Atazanavir Reyataz*</b>	Gélule 150 mg, 200 mg	150 mg × 2/jour	Ictère, hyperbilirubinémie, troubles digestifs

### ❖ Les inhibiteurs de fusion [5, 25, 46]

Ils sont nombreux mais en cours d'étude. Seul l'**enfuvirtide (T-20 ou fuzéon\*)** est actuellement disponible sur le marché. C'est un peptide synthétique qui se lie à une protéine de surface du VIH, la gp 41, empêchant ainsi la fusion entre le virus et la cellule CD4+.

- ✓ Présentation : poudre pour solution injectable (voie sous-cutanée)
- ✓ Posologie :
  - Chez l'adulte et l'enfant >16 ans : 90 mg deux fois par jour ;
  - Chez l'enfant < 6 ans, la dose dépend du poids.
- ✓ Contre-indications :
  - Hypersensibilité au produit
  - Allaitement
  - Grossesse : ne prescrire que si le bénéfice attendu justifie le risque potentiel pour le fœtus.
- ✓ Effets secondaires :
  - Inflammation et douleur au site d'injection.
  - Neuropathie périphérique.
  - Perte de poids
  - Prédisposition aux pneumonies bactériennes.

Comme inhibiteurs d'entrée, il existe également le **Maraviroc (celsentri\*)** qui est un antagoniste du récepteur CCR5 humain et qui empêche au virus de pénétrer dans les cellules.

- ✓ Présentation : comprimé pelliculé à 150 mg
- ✓ Posologie : 150 mg, 300 mg, 600 mg, deux fois par jour en fonction des associations médicamenteuses
- ✓ Contre-indications :
  - Hypersensibilité au produit
  - Grossesse : ne prescrire que si le bénéfice attendu justifie le risque potentiel pour le fœtus.

- ✓ Effets secondaires :
  - Diarrhées, nausées, céphalées
  - Elévation des ASAT
  - Diminution de la réponse immunitaire à certaines infections (tuberculose, infection fongique).

### ❖ Les anti-intégrases [5]

Ils s'opposent à l'insertion de l'ADN viral dans le programme génétique de la cellule cible. Cette nouvelle classe thérapeutique compte actuellement une seule molécule, le **Raltégravir**.

- ✓ Présentation : comprimé pelliculé à 400 mg
- ✓ Posologie : 400mg, deux fois par jour
- ✓ Contre-indications :
  - Hypersensibilité au produit
  - Intolérance au galactose
  - Grossesse
  - Allaitement
- ✓ Effets secondaires :
  - Vertige
  - Douleur abdominale, flatulence, constipation
  - Prurit, lipodystrophie, hyperhydrose
  - Arthralgie, asthénie
  - Myopathie, rhabdomyolyse
  - Elévation des ASAT/ALAT/CPK
  - Syndrome de restauration immunitaire

## ➤ Indications

✓ *Les recommandations de l'OMS (2009) sont :*

- Débuter un traitement antirétroviral chez tous les patients séropositifs pour le VIH dont le nombre de CD4+ est < 350 cellules/mm<sup>3</sup>, quels que soient les symptômes cliniques ;
- Obtenir une numération des CD4+ pour déterminer si un patient séropositif pour le VIH présentant une maladie de stade clinique de l'OMS 1 ou 2 doit débuter un traitement antirétroviral ;
- Débuter un traitement antirétroviral chez tous les patients séropositifs pour le VIH présentant une maladie de stade clinique de l'OMS 3 ou 4, quel que soit le nombre de CD4+.

✓ *Conduite du traitement*

- Principes de bases [31]

La prescription du traitement antirétroviral n'est pas une urgence ; elle doit être longtemps expliquée au patient et débutée après que celui-ci ait exprimé sa volonté d'être traité :

- Etablir avec le patient, et éventuellement son entourage, une relation de confiance facilitant le suivi ultérieur et l'adhésion aux propositions thérapeutiques ;
- Rechercher des complications notamment infectieuses et tumorales de l'infection à VIH et traiter au besoin ;
- Apprécier le retentissement de l'infection par le VIH sur le système immunitaire par le dosage du taux de lymphocytes CD4+ ;
- Rechercher des coinfections et des comorbidités ;

Prendre en compte les problèmes d'insertion de couverture sociale et les problèmes psychologiques avec mise en place de mesure de soutien et d'accompagnement ;

- Mettre en place une éducation thérapeutique et aborder les questions de prévention de la transmission ;
  - Le traitement doit être adapté au type de virus (VIH-1, VIH-2), à l'état clinique et au mode de vie du patient afin que celui-ci soit observant de façon optimale ;
  - Une élévation de la charge virale sous traitement impose la recherche des causes d'ascension transitoire de la charge virale (vaccination, grossesse, infection intercurrente, arrêt thérapeutique temporaire) avant d'envisager le changement de molécules pour échec thérapeutique ;
  - Lorsque l'arrêt du traitement s'impose, il faut interrompre toute la combinaison afin d'éviter le développement de résistances vis-à-vis des molécules maintenues, l'arrêt des INNTI se fait 2 semaines avant les INTI.
- Bilan initial
- Bilan clinique

Interrogatoire : Elle vise à préciser l'historique de la contamination, la vie familiale et relationnelle, le statut virologique du partenaire, le désir d'enfant, la profession, les antécédents médicaux, chirurgicaux et les traitements en cours.

Examen physique complet : il consiste à évaluer l'état nutritionnel du patient (indice de masse corporelle) de même que l'autonomie (Indice de Karnofsky). Il recherche également les infections opportunistes en cours.

- Bilan paraclinique

Les examens paracliniques sont variables : hémogramme, nombre absolu de lymphocytes T CD4+, glycémie, transaminases, créatininémie, sérologie hépatite B et C, sérologie syphilitique, frottis cervico-vaginal chez les femmes, bilan lipidique (cholestérol, triglycérides), IDRT, radiographie thoracique.

- Principaux protocoles

Les schémas thérapeutiques préconisés par l’OMS dans les pays à ressources limitées sont :

- Première ligne : 1 INNRT+2 INRT
- Deuxième ligne : Antiprotéase boostée avec Ritonavir + 2INRT.

NB : le VIH-2 est naturellement résistant aux INNRT

## **2. ORGANISATION DE LA PRISE EN CHARGE DE L’INFECTION AU SENEGAL [50 ,51]**

### **2.1. Paquet de services selon les différents niveaux de la pyramide sanitaire**

- *Niveau communautaire : agents de santé communautaire, relais, groupes de soutien*

Il s’occupe de :

- l’information et la sensibilisation ;
- la promotion et l’orientation du dépistage ;
- la promotion de l’utilisation des services ;
- le soutien à l’observance du traitement ARV initié par le médecin ;
- l’accompagnement psychosocial et nutritionnel ;
- l’appui à la prise en charge de la tuberculose : TDO communautaire ; détection et orientation des tousseurs chroniques, détection des sujets contacts tuberculeux.

- *Niveau poste de santé : infirmiers, sages-femmes, agents de santé communautaire*

C’est le premier niveau de structures de soins qui s’insère dans le cadre administratif.

Il est dirigé par un Infirmier diplômé d'État ou par un agent sanitaire dans les zones où il y a pénurie d'infirmiers. Il offre, en plus des activités du niveau communautaire :

- le conseil / dépistage du VIH/SIDA ;
- la recherche de la tuberculose, le suivi clinique et la dispensation des antituberculeux (TDO) ;
- le suivi clinique des PvVIH ;
- la reconnaissance et la référence des cas d'effets secondaires liés au traitement ARV et d'autres médicaments ;
- la mise en place d'un dispositif de recherche de perdu de vue (relance des irrégularités...) ;
- la notification des évènements indésirables liés à l'utilisation des médicaments (Pharmacovigilance) ;
- le suivi d'une femme enceinte sous chimioprophylaxie antirétrovirale

dans le cadre de la prévention de la transmission mère-enfant au VIH/SIDA ;

- le paquet minimum PTME (suivi du couple mère-enfant, soins essentiels du nouveau-né CPN, accouchement, CPON) ;
- la planification familiale ;
- l'élaboration, l'analyse, l'archivage et la transmission des rapports ;
- la référence des cas relevant de la compétence du médecin au centre de santé (ex. confirmation des cas positifs,...) ;

➤ *Niveau Centre de Santé type I : médecins, pharmaciens, infirmiers, sages-femmes, travailleurs sociaux, techniciens de laboratoire*

C'est le premier niveau où l'on trouve un médecin. C'est la structure de référence des postes de santé.

En plus des activités du poste de santé, le centre de santé assure :

- la confirmation du dépistage ;
- le diagnostic clinique des signes d'immunodépression ;
- la chimioprophylaxie au cotrimoxazole ;
- le diagnostic étiologique de la tuberculose ;
- le suivi clinique, biologique et immunologique d'un patient vivant avec le VIH/SIDA sous traitement antirétroviral ;
- l'évaluation et la prise en charge d'accident d'exposition au sang et liquides biologiques ou au sexe ;
- le traitement ARV (enfants et adultes) ;
- la dispensation des ARV ;
- la prescription des ARV pour la PTME ;
- l'éducation thérapeutique ;
- l'accompagnement nutritionnel des patients vivant avec le VIH/SIDA ;
- la référence et la contre référence au CHR/CHN ;
- le prélèvement sur papier buvard pour la mesure de la charge virale et le diagnostic néonatal/ PCR ;
- l'accouchement de la femme enceinte séropositive.

➤ *Niveau Centre de Santé type II : médecins, pharmaciens, infirmiers, sages-femmes, travailleurs sociaux, techniciens de laboratoire, chirurgiens.*

Le centre de santé de type II offre, en plus du paquet de service du centre de santé de type I, la césarienne chez la femme enceinte séropositive en cas d'indication obstétricale.

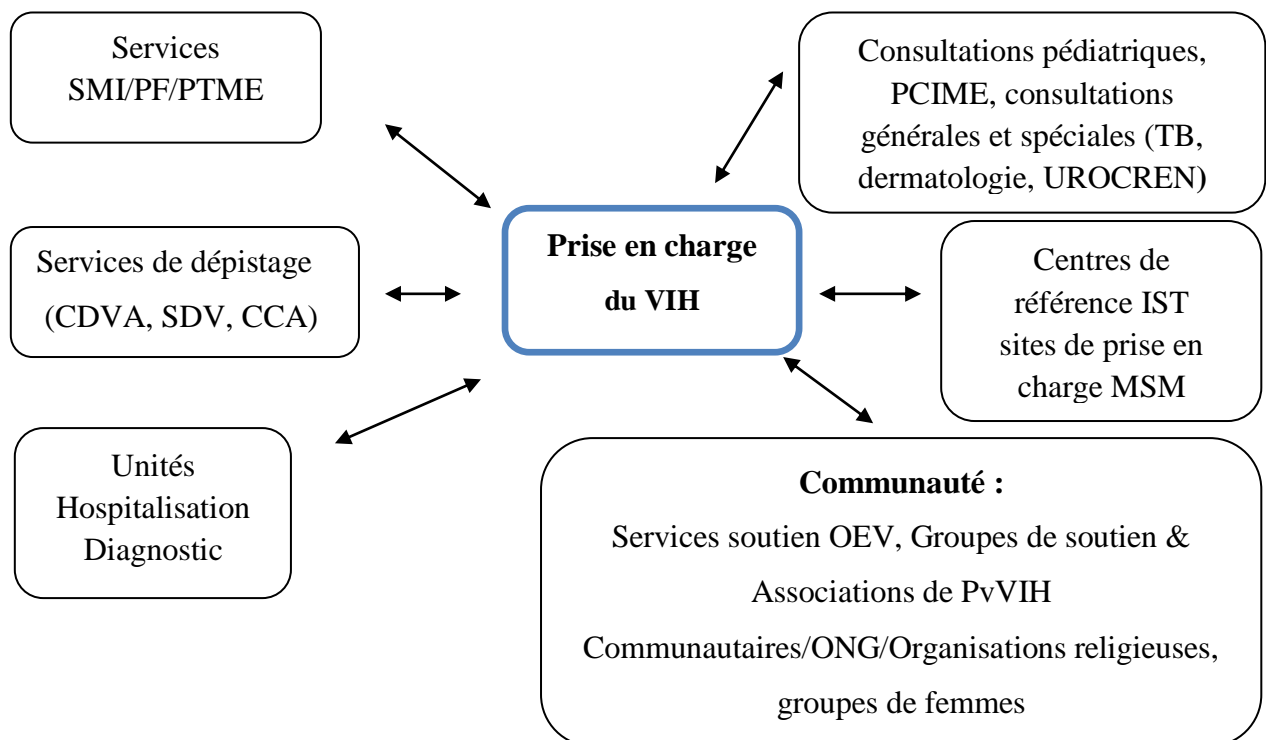
➤ *Niveau hôpital régional et centre hospitalier national : médecins, spécialistes médicaux et chirurgicaux, biologistes, pharmaciens, psychologues, infirmiers, sages-femmes, travailleurs sociaux, techniciens de laboratoire*

L'hôpital offre, en plus des activités du centre de santé de type II :

- le diagnostic étiologique des infections opportunistes ;
- la PCR pour la mesure de la charge virale ;
- le suivi de la résistance ;
- la recherche ;
- la contre référence.

## 2.2. Portes d'entrée aux soins des patients vivant avec le VIH/sida

Les personnes vivant avec le VIH peuvent venir de différents services : les services de dépistage, les services maternels et infantiles, les unités de diagnostic et les unités spécialisées (**Figure 5**).



**Figure 5:** Points d'entrées à la prise en charge des PVVIH [51].

## 2.3. Procédures de mise sous traitement ARV et de suivi [51]

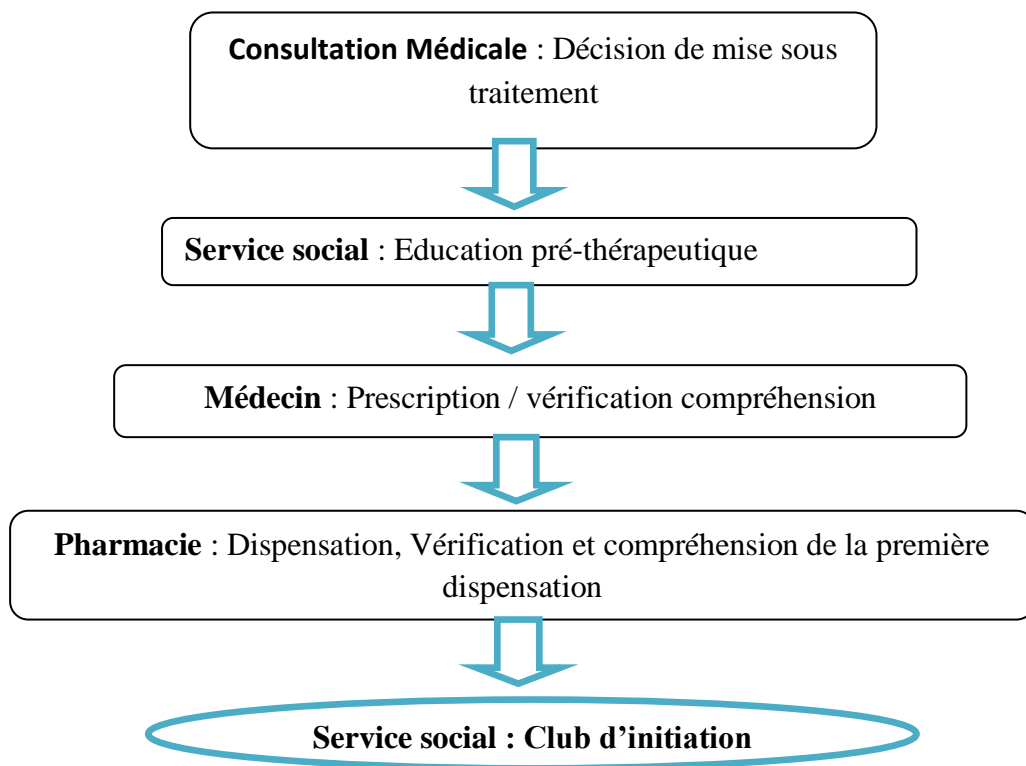
### 2.3.1 Circuit du patient mis sous traitement ARV

Le patient est dirigé vers le médecin responsable de la PEC qui, après évaluation clinique et/ou biologique, décide de démarrer un traitement ARV.

Avant de démarrer le traitement ARV, le médecin organise avec l'équipe sociale trois séances d'éducation thérapeutique.

A la première prescription, le médecin vérifie la compréhension du patient ; ensuite le patient est dirigé vers le pharmacien ou la personne responsable de la dispensation des ARV qui peut être le médecin lui-même, un infirmier ou un travailleur social.

Le responsable de la dispensation vérifie la compréhension du patient et l'oriente au club d'initiation.



**Figure 6:** Circuit de prise en charge du patient à l'initiation du traitement ARV [51]

La mise sous traitement nécessite un suivi minutieux avec l'implication d'une équipe multidisciplinaire (médecin, dispensateur, travailleurs sociaux, biologiste) qui peut être appuyée par des médiateurs.

A chaque rendez-vous, le médecin doit faire un examen clinique minutieux à la recherche d'infections opportunistes (syndrome de restauration immunitaire, échec thérapeutique) ou d'effets secondaires ; il doit contrôler l'adhésion au traitement et au besoin, orienter le patient vers le travailleur social pour la gestion des besoins sociaux et des séances d'éducation thérapeutique ou vers les médiateurs qui peuvent lui apporter un appui psychosocial.

### **2.3.2 Monitoring du traitement ARV**

Le suivi des patients éligibles au traitement ARV se fait selon la manière suivante :

3 séances d'éducation thérapeutique avant de démarrer le traitement :

- **J<sub>0</sub>** : Mise sous traitement si le bilan initial date de moins d'un mois.
- **J<sub>15</sub>** : Examen clinique ; rechercher des effets secondaires  
Vérifier l'observance
- **M<sub>1</sub>** : Examen clinique  
Bilan hématobiochimie (hémoglobine, créatinémie, transaminases)  
Vérifier l'observance
- **M<sub>2</sub>** : Examen clinique  
Vérifier l'observance.

Rendez-vous tous les deux mois si bonne évolution ; dans le cas contraire, le monitoring sera défini selon l'appréciation du prescripteur. A chaque rendez-vous, faire un examen clinique complet et vérifier l'observance.

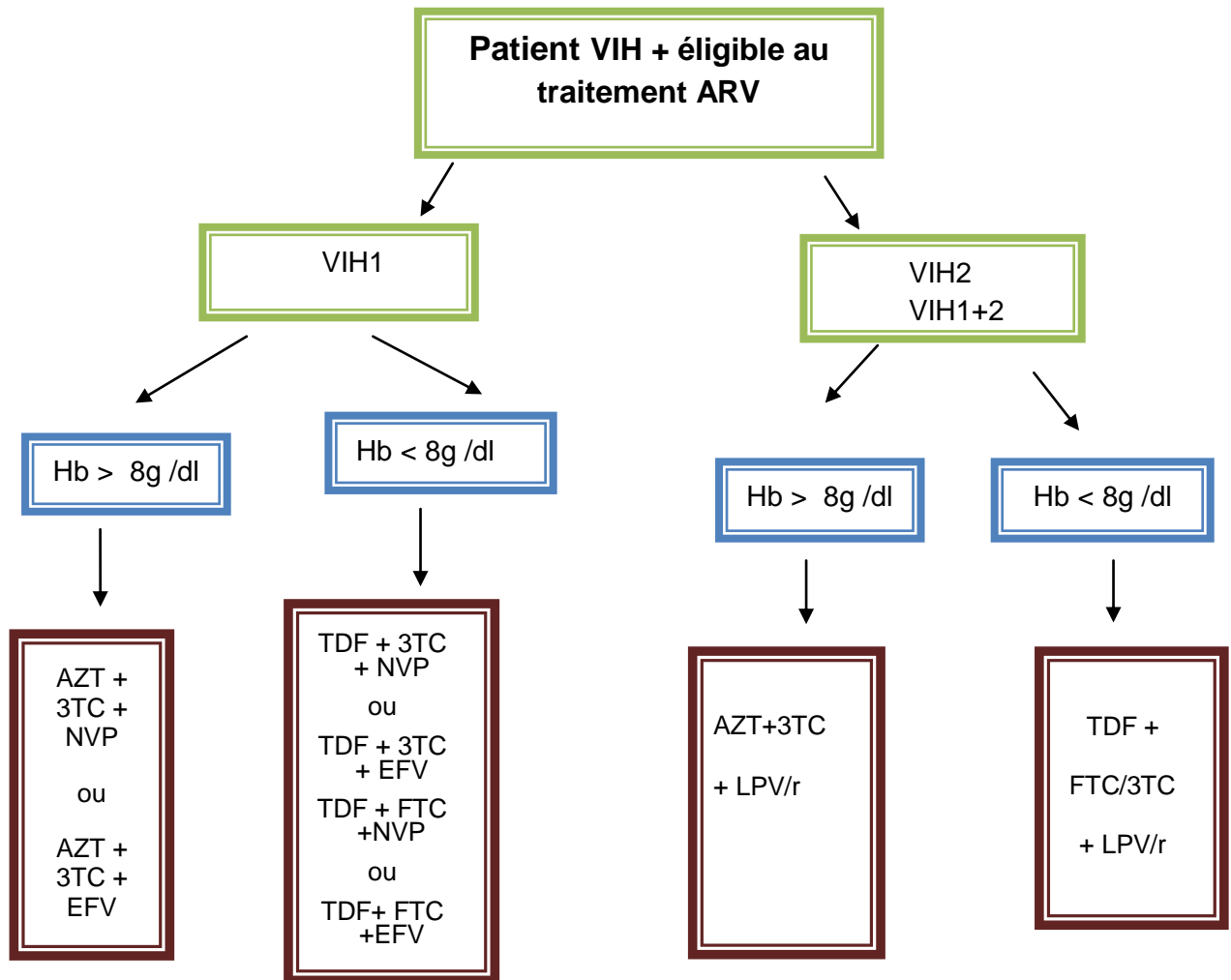
- **M<sub>6</sub>** : Faire une évaluation globale comprenant au minimum : un examen clinique, hématologie, créatinémie, transaminase, CD4+ et CV.

Refaire cette évaluation globale tous les 6 mois, ou au besoin.

Si possible, ajouter glycémie à jeun, cholestérolémie, amylasémie, en fonction du protocole utilisé.

### 2.3.3 Schémas thérapeutiques chez l'adulte

✓ Protocoles de première ligne (figure 7)



**Figure 7** : Protocoles de première ligne chez l'adulte et l'adolescent au Sénégal

**NB** : Le D4T ne devrait plus être utilisé comme traitement de 1<sup>ère</sup> ligne dans les pays en raison des effets toxiques métaboliques bien connus. Il peut être utilisé comme alternative pour une durée limitée en cas d'anémie (Taux Hb < 8g/dl) et d'insuffisance rénale avec créatininémie  $\geq 14$  mg/l et/ou clairance de la créatinine < 60 ml/min qui contre-indiquent respectivement l'utilisation de l'AZT et du TDF.

- ✓ Protocoles de deuxième ligne
- Critères de définition de l'échec thérapeutique
  - Chute du taux des CD4+
  - Réapparition des infections et affections opportunistes
  - Augmentation de la charge virale.
- Schémas thérapeutiques
  - VIH-1 :  
Hb > à 8g/dl : AZT + 3TC + LPV/r ou ATV/r  
Hb < à 8 g/dl : TDF + FTC+ATV/r ou LPV/r
  - VIH-2 et VIH-1+2 :  
Hb > à 8g/dl : AZT + 3TC + ATV/r  
Hb < à 8 g/dl : TDF + FTC + ATV/r

**NB** : l'association ABC+DDI peut être utilisée comme alternative au cas où l'AZT et le TDF ne peuvent pas être utilisés.

# DEUXIEME PARTIE

## **1. CADRE D'ETUDE**

### **1.1 Présentation du Centre Régional de Recherche Clinique et de Formation**

Cette étude a été menée au Centre Régional de Recherche Clinique et de Formation à la prise en charge du VIH/SIDA (CRCF). Il est situé dans l'enceinte de la Clinique des Maladies Infectieuses du Centre Hospitalier National Universitaire (CHNU) de Fann.

Le CRCF est une plateforme de recherche et de formation, placée sous l'égide du Ministère de la Santé et de l'Action Sociale. Il a pour objectifs, de renforcer le potentiel de recherche au Sénégal, en permettant aux équipes du Sud et du Nord de bénéficier d'un environnement de travail optimal.

Le CRCF constitue un pôle de compétences pour mener des études en recherche clinique, en épidémiologie et en sciences sociales, au Sénégal et dans plusieurs pays africains. Il assure également le suivi des patients sous traitement antirétroviral dans le cadre du programme gouvernemental. Il participe aux formations dispensées par les universités du Réseau Africain de Formation sur le sida dans la sous-région. C'est également un laboratoire d'accueil pour l'encadrement d'étudiants de l'UCAD et d'universités de la sous-région.

La plupart des études menées au CRCF porte sur l'infection à VIH, mais également sur l'hépatite B et les usagers de drogue.



© Master INDIANE - 25 07 2007

## **1.2 Organisation de la prise en charge des PVVIH**

La prise en charge des malades est effectuée par les médecins du Service des Maladies Infectieuses et ceux des études cliniques. Les patients sont suivis selon un rythme mensuel ou trimestriel. Chaque patient dispose d'un dossier médical. Le suivi est assuré par les médecins qui apprécient l'état clinique du patient. La dispensation des antirétroviraux est effectuée par une pharmacienne. Les dossiers médicaux sont informatisés et la gestion des rendez-vous se fait grâce à un logiciel. Un bilan immunovirologique gratuit est réalisé régulièrement au niveau du laboratoire du CRCF. Les associations de PVVIH disposent d'un bureau au niveau des locaux du CRCF. Ainsi, elles organisent des focus groupes et aident à la prise en charge psycho-sociale des patients.

## **2. MALADES ET METHODE**

### **2.1 Type et période d'étude**

Il s'agit d'une étude prospective, transversale à visée descriptive réalisée du 1<sup>er</sup> juin au 31 octobre 2012.

### **2.2 Population d'étude**

Cette étude a concerné les patients infectés par le VIH, suivis en ambulatoire au CRCF et sous ARV.

#### **✓ Critère d'inclusion**

Ont été inclus dans l'étude, les patients répondant aux critères suivants :

- Age  $\geq$  18 ans ;
- Etat clinique stable, permettant un entretien ;
- Durée du traitement ARV et suivi  $\geq$  6 mois ;
- Consentement éclairé signé.

✓ **Critère de non inclusion**

- Patients suivis au CRCF pour une pathologie autre que l'infection à VIH
- Patients suivis et immédiatement hospitalisés

### **2.3 Méthodes et outils de collecte**

Notre étude était une enquête qui a consisté en un recueil de données sur les connaissances, les attitudes et les pratiques des PVVIH. Après avoir testé et validé le questionnaire, un entretien direct a été effectué pour chaque patient inclus. L'entrevue était à la fois directive et semi – directive. Elle durait au maximum 45 minutes par patient et se déroulait dans un des bureaux vacants du CRCF. Le questionnaire (voir annexe) comprenait plusieurs parties et comportait les variables suivantes :

- *Caractéristiques de la population* : âge, sexe, niveau d'instruction, situation matrimoniale, profession, statut sérologique des enfants et du conjoint, la durée de connaissance du statut sérologique
- *Données en rapport avec les connaissances sur le VIH /SIDA* : sources d'information, voies de transmission, prévention, perception de la maladie, lieux de dépistage
- *Données en rapport avec les attitudes et les pratiques face au VIH* :
  - attitudes face au VIH : sentiment de crainte par rapport à l'infection à VIH, sentiment éprouvé à l'annonce de la maladie, partage du statut sérologique ;
  - traitement : observance, point de vue sur le traitement traditionnel ;
  - pratiques culturelles face au VIH /SIDA : point de vue sur le lévirat et le sororat, sur le degré d'exposition entre hommes et femmes ;
  - pratiques sexuelles face au VIH /SIDA: désir sexuel, utilisation du préservatif.

### **3. SAISIE ET EXPLOITATION DES DONNEES**

Les données ont été saisies et analysées grâce au logiciel EPI / INFO version Windows 3.5.3 du 26 janvier 2011 (CDC Atlanta).

### **4. CONSIDERATIONS ETHIQUES**

Cette étude a été soumise au Comité national d'éthique pour la recherche en santé du Sénégal (CNERSS). Elle a obtenu une approbation avant son démarrage.

Elle ne comportait pas de risque pour les patients. L'anonymat était préservé tout au long de cette étude ; aucun nom, prénom, ou adresse n'a été collecté sur les fiches d'enquête.

Le consentement libre et éclairé du patient a été obtenu avant l'entretien. La fiche d'information (en annexe) était lue par le médecin chargé de l'étude, puis signée par le patient.

## 5. RESULTATS

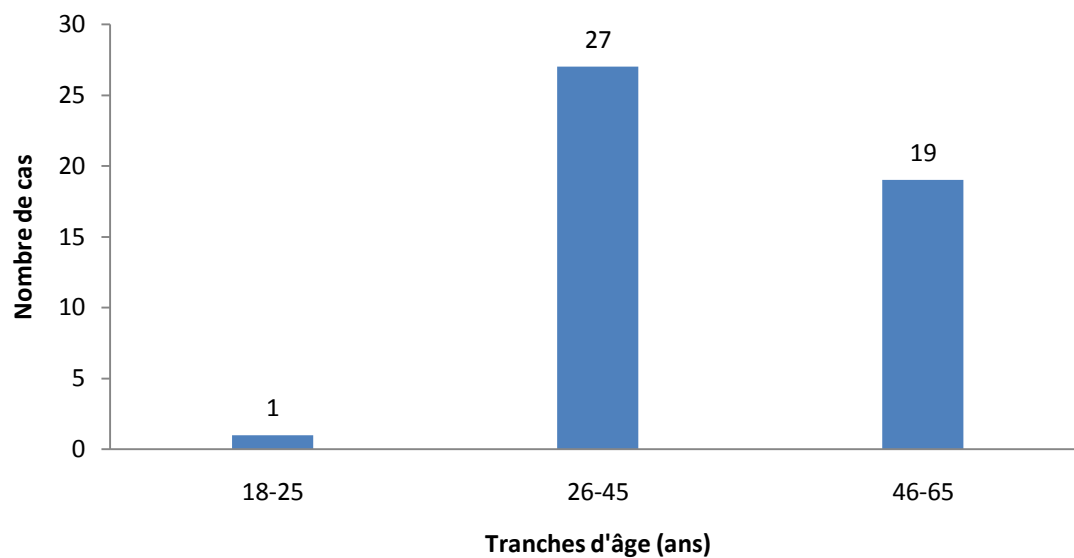
### 5.1 Caractéristiques de la population

Durant la période d'étude, nous avons inclus 47 PVVIH qui ont accepté de répondre à notre questionnaire.

#### 5.1.1 Répartition des patients selon le sexe

Le sexe féminin était prédominant avec 36 femmes soit un sex-ratio (F/H) de 3,2.

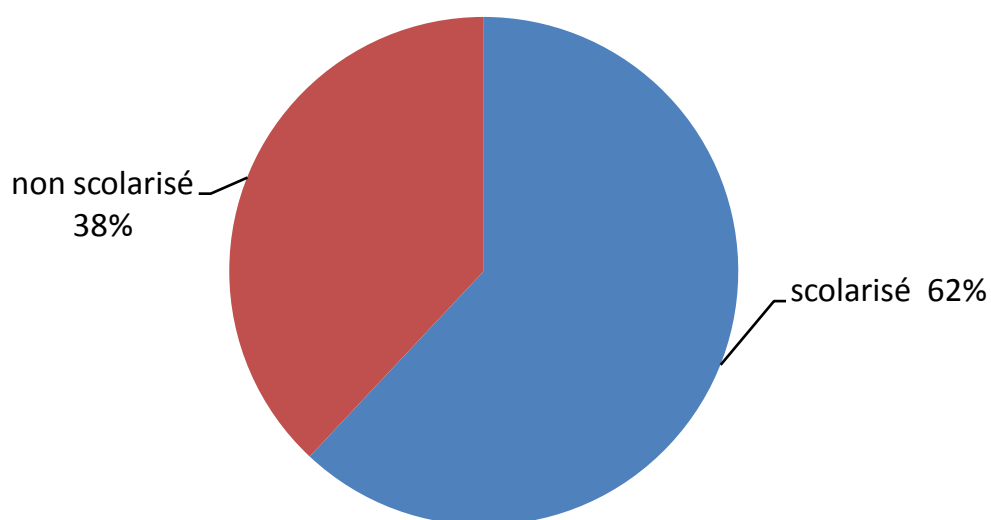
#### 5.1.2 Répartition des patients selon l'âge



**Figure 8 :** Répartition des patients selon l'âge

L'âge médian de la population d'étude était de 43 ans avec des extrêmes allant de 21- 63 ans. Plus de la moitié de la population (58%) était âgée entre 26 - 45 ans.

### 5.1.3 Répartition des patients selon la scolarisation



**Figure 9** : Répartition des patients selon la scolarisation

Près de deux-tiers des patients (62%) étaient scolarisés. Le taux de scolarisation était plus élevé chez les hommes (82%) que chez les femmes (56%) ; cependant l'effectif des hommes est faible par rapport à celui des femmes. Ils avaient un niveau scolaire primaire (45%) ou secondaire (34%) dans la plupart des cas. Seuls, 7% avaient un niveau universitaire.

### 5.1.4 Répartition des patients selon la profession

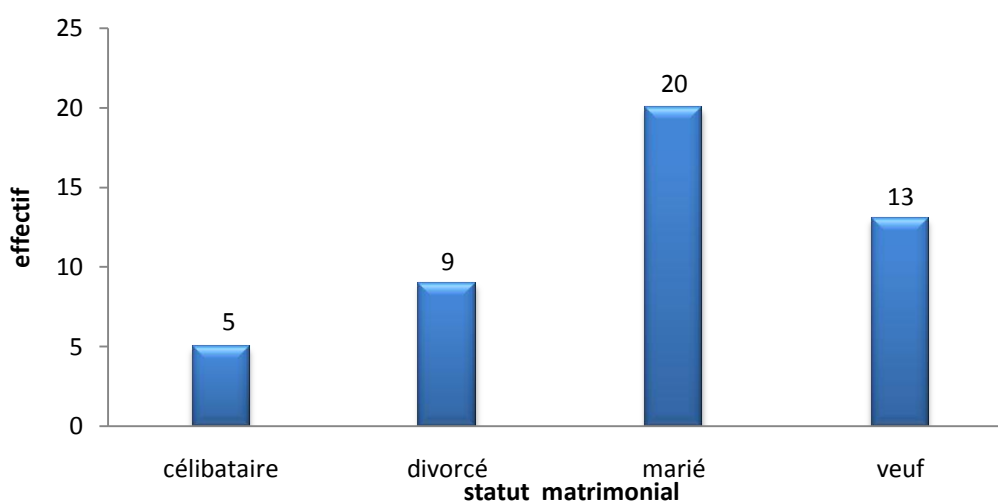
**Tableau VII : Répartition des patients selon la profession**

Profession	Effectif	Pourcentage (%)
Sans emploi	16	34
Commerçant	12	25
Ménagère	9	19
Petits métiers spécialisés	7	15
Fonctionnaire	3	6
<b>Total</b>	<b>47</b>	<b>100</b>

Petits métiers spécialisés : couturiers ,restaurateurs ,coiffeurs, maçons.....

Les commerçants (25 %) et les ménagères (19%) étaient les professions dominantes. Environ un tiers des patients (34%) était sans emploi.

### 5.1.5 Répartition des patients selon le statut matrimonial



**Figure 10** : Répartition des patients selon le statut matrimonial

Dans notre étude, les mariés (20 cas) et les veufs (13 cas) étaient majoritaires.

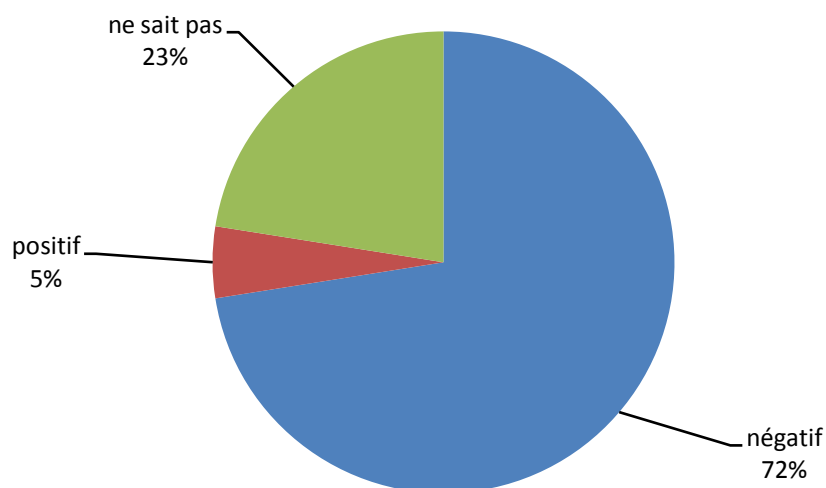
### 5.1.6 Répartition des patients selon le statut sérologique du conjoint

**Tableau VIII** : Répartition des patients selon le statut sérologique du conjoint

Statut conjoint	Effectif	Pourcentage(%)
Positif	13	36
Négatif	5	14
Ne sait pas	18	50
<b>Total</b>	<b>36</b>	<b>100</b>

La moitié des patients (18 cas) était séro-ignorants par rapport au statut sérologique de leur conjoint.

### 5.1.7 Répartition des patients selon le statut sérologique des enfants



**Figure 11** : Répartition des patients selon le statut sérologique des enfants

Trente – huit patients avaient des enfants. Dans la plupart des cas (72%), les enfants étaient séronégatifs. Cependant, 23% des patients étaient séro –ignorants par rapport au statut sérologique de leurs enfants.

### 5.1.8 Porte d'entrée aux soins

**Tableau IX** : Répartition des patients selon la porte d'entrée aux soins

Porte d'entrée aux soins	Effectif	Pourcentage (%)
Infection opportuniste	35	75
Dépistage familial	6	13
Dépistage volontaire	3	6
PTME	1	2
Ne sait pas	2	4
<b>Total</b>	<b>47</b>	<b>100</b>

La majorité (75 %) des patients a été dépistée au décours de la prise en charge d'une infection opportuniste. Les affections étaient dominées par la tuberculose (10 cas) et les dermatoses (8 cas).

### 5.1.9 Durée de connaissance du statut sérologique

**Tableau X**: Répartition des patients selon la durée de connaissance de leur statut sérologique

Durée (ans)	Effectif	Pourcentage (%)
1 – 5	20	52
6 – 10	9	24
11 – 15	8	21
16 - 20	1	3

La durée moyenne de connaissance du statut sérologique des patients était de  $6,5 \pm 4.39$  ans. La durée médiane était de 5 ans avec des extrêmes de 1 et 18 ans. L'ensemble des patients connaissaient leur statut sérologique depuis au moins 1 an.

### 5.1.10 Mode de contamination de l'infection à VIH

**Tableau XI** : Répartition des patients selon leur mode de contamination

Mode de contamination	Effectif	Pourcentage (%)
Conjoint	22	47
Sang	4	9
RSNP	3	6
Lévirat	1	2
TME	1	2
Volonté divine	1	2
Ne sait pas	15	32
<b>Total</b>	<b>47</b>	<b>100</b>

**RSNP : rapport sexuel non protégé**      **TME : transmission mère -enfant**

La majorité (47%) des patients stipulait avoir été contaminée par leur conjoint. Cependant, un tiers des patients (32%) ne connaissaient pas leur mode de contamination.

## 5.2 Connaissances sur l'infection à VIH/SIDA

### 5.2.1 Sources d'information sur l'infection à VIH

**Tableau XII** : Répartition des patients selon les sources d'information sur l'infection à VIH

Sources d'information	Effectif	Pourcentage (%)
Radio	37	79
Télévision	32	68
Etablissement de santé	5	11
Ami	3	6
Ecole	2	4

La radio et la télévision constituaient les principales sources d'information concernant l'infection à VIH, avec respectivement 79 % et 68 %.

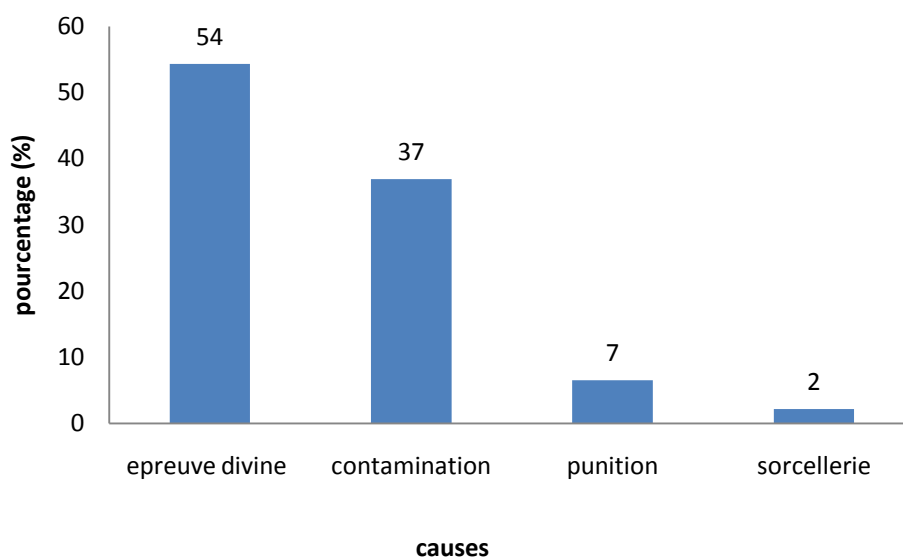
### 5.2.2 Connaissances sur les voies de transmission de l'infection à VIH

**Tableau XIII** : Répartition des patients selon la connaissance des voies de transmission de l'infection à VIH

Voies de transmission	Effectif	Pourcentage (%)
Sexuelle	44	94
Sanguine	30	64
TME	8	17

La voie sexuelle était connue par la quasi-totalité des patients (94%). Cependant, seules 17% connaissaient la voie de transmission mère- enfant. Tous les patients avaient rapporté que le VIH ne se transmettait pas par le fait de serrer la main d'une personne.

### 5.2.3 Connaissances sur la perception de la cause de l'infection à VIH



**Figure 12** : Répartition des patients selon la perception de la cause de l'infection à VIH

Plus de la moitié des patients percevait le VIH comme une épreuve divine (54%).

### 5.2.4 Connaissances sur la différence entre séropositif et sida

Seuls 5 patients (11 %) connaissaient la différence entre séropositif et sida.

### 5.2.5 Connaissances sur les lieux de dépistage de l'infection à VIH

**Tableau XIV** : répartition des patients selon la connaissance des lieux de dépistage de l'infection à VIH

Lieu de dépistage	Effectif	Pourcentage (%)
Hôpital	42	89
CDV *	4	9
Dispensaire	1	2
<b>Total</b>	<b>47</b>	<b>100</b>

CDV \* : centre de dépistage volontaire

La majorité des patients (89%) avait cité l'hôpital comme étant le lieu de dépistage de l'infection à VIH.

### 5.2.6 Connaissances sur la possibilité de guérison de l'infection à VIH

**Tableau XV** : répartition des patients selon leur connaissance sur la possibilité de guérison de l'infection à VIH

Possibilité de guérison	Effectif	Pourcentage(%)
Oui	5	11
Non	37	78
NSP	5	11
<b>Total</b>	<b>47</b>	<b>100</b>

Sur l'ensemble des patients, 37 savaient que la guérison définitive de l'infection VIH n'était pas possible (78%).

### 5.2.7 Connaissances sur les moyens de prévention de l'infection à VIH

**Tableau XVI** : Répartition des patients selon leurs connaissances sur les moyens de prévention de l'infection à VIH

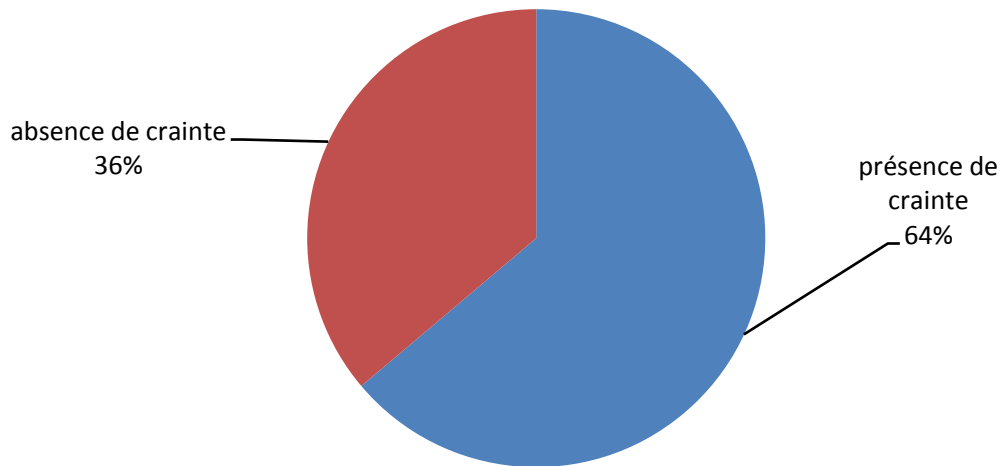
<b>Moyens de prévention</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
Préservatif	36	77
Abstinence	24	51
Fidélité	13	28
Eviter partage objets*	11	23

Le préservatif (77%) et l'abstinence (51%) étaient les moyens de prévention les plus cités par les patients.

## 5.3 Attitudes et Pratiques face au VIH

### 5.3.1 Attitudes face au VIH/SIDA

#### 5.3.1.1 Sentiment de crainte par rapport à l'infection à VIH



**Figure 13** : Répartition des patients selon le sentiment de crainte face à l'infection à VIH

Deux tiers (64%) des patients déclaraient qu'ils avaient peur de la maladie.

➤ **Raisons évoquées par les patients ayant un sentiment de crainte face à l'infection à VIH**

**Tableau XVII** : Répartition des patients ayant un sentiment de crainte face à l'infection à VIH selon les raisons évoquées

<b>Raisons évoquées</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
maladie mortelle	10	34
maladie incurable	13	43
Peur du rejet	1	3
maladie chronique	6	20
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100</b>

Les principales raisons qui expliquaient le sentiment de crainte étaient liées au fait que l'infection à VIH était une maladie incurable (43%) ou mortelle (34%).

➤ **Raisons évoquées par les patients n'ayant pas une crainte de l'infection à VIH**

**Tableau XVIII** : répartition des patients n'ayant pas une crainte face à l'infection à VIH selon les raisons évoquées

<b>Raisons évoquées</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
Pec satisfaisante	13	76
Maladie comme les autres	4	24
<b>Total</b>	<b>17</b>	<b>100</b>

Pec\* : prise en charge

La majorité des patients qui n'avait pas peur de la maladie ont rapporté que leur prise en charge était satisfaisante (76%).

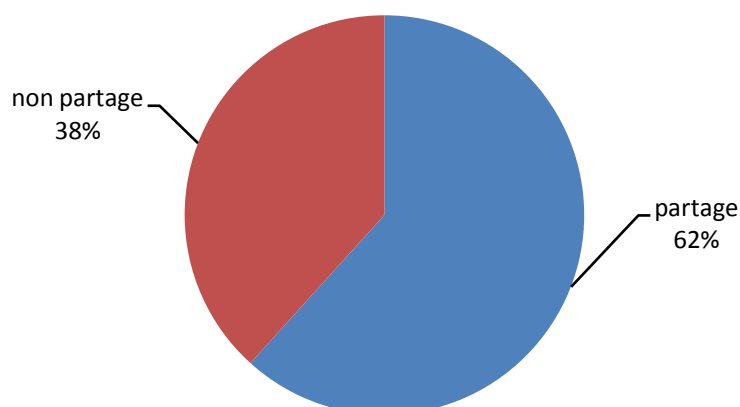
### 5.3.1.2 Sentiment éprouvé à l'annonce de la maladie

**Tableau XIX:** Répartition des patients selon le sentiment éprouvé à l'annonce de la maladie

<b>Sentiment éprouvé à l'annonce de la maladie</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
La peur	16	34
La surprise	11	23
L'indifférence	7	15
Les pleurs	5	11
Sentiment de suicide	4	8,5
Non réponse	4	8,5
<b>Total</b>	<b>47</b>	<b>100</b>

A l'annonce du statut sérologique, plus de la moitié des patients éprouvait un sentiment de peur (34%) ou était surpris (23%).

### 5.3.1.3 Partage du statut sérologique avec un tiers



**Figure 14** : Répartition des patients selon le partage du statut sérologique avec un tiers

Deux tiers des patients (62%) avaient partagé leur statut sérologique avec un conjoint ou un parent (mère ou père).

**Tableau XX** : Répartition des patients selon le délai de partage du statut sérologique

Délai de partage	Effectif	Pourcentage (%)
24H	12	41
Dans la semaine	1	3
Dans le mois	1	3
Plusieurs mois	5	17
Après plusieurs années	4	15
Non renseigné	6	21
<b>Total</b>	<b>29</b>	<b>100</b>

Ce partage était fait dans des délais variés. Près de la moitié (41%) parmi ceux-là ont partagé l'information durant les 24h premières heures suivant l'annonce de leur statut sérologique.

### 5.3.1.4 Point de vue des patients sur le partage du statut sérologique dans un couple

**Tableau XXI** : Répartition des patients selon leur point de vue sur le partage du statut sérologique dans un couple

Point de vue	Effectif	Pourcentage (%)
Favorable	32	68
Non favorable	4	8
Non réponse	11	24
<b>Total</b>	<b>47</b>	<b>100</b>

Sur les 47 patients, 32 étaient favorables au partage du statut sérologique dans un couple, soit 68% des cas.

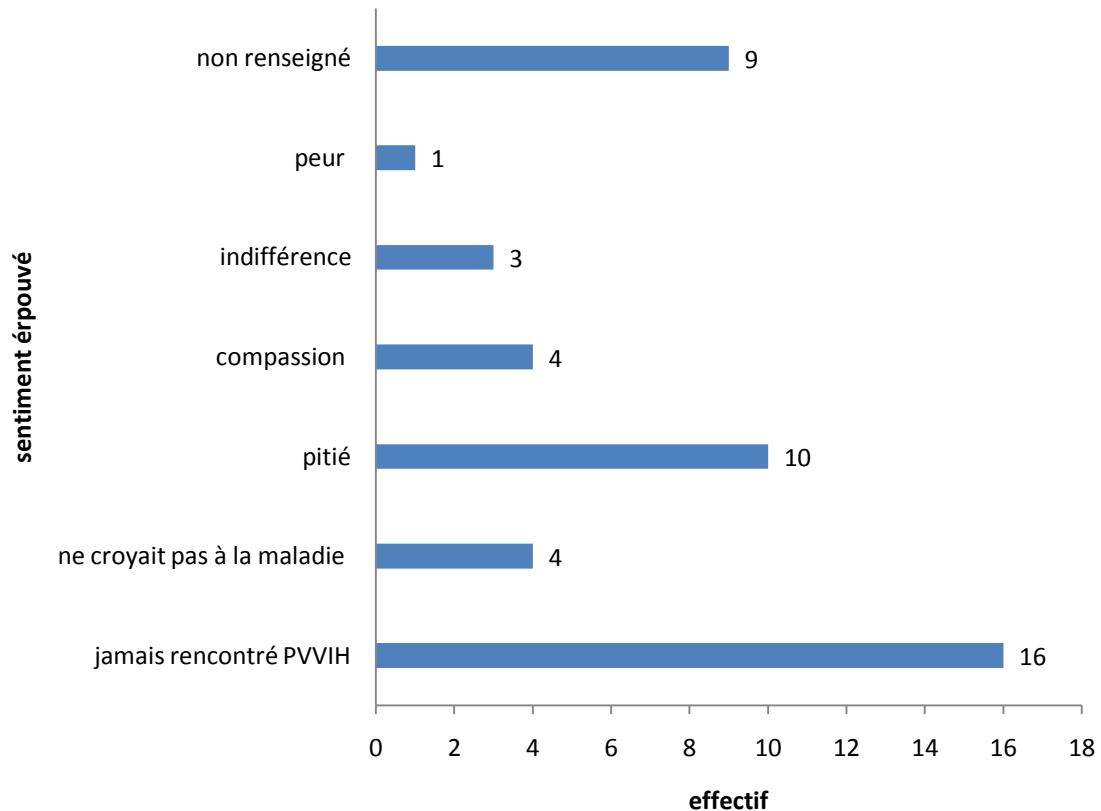
#### ➤ Raisons évoquées des patients favorables au partage du statut sérologique dans un couple

**Tableau XXII** : Répartition des patients favorables au partage du statut sérologique dans un couple selon les raisons évoquées (N = 32)

Raisons évoquées	Effectif	Pourcentage (%)
Dépistage du conjoint	14	44
Protection du conjoint	8	24
Pas de secret dans le couple	5	16
Soutien	5	16
<b>Total</b>	<b>32</b>	<b>100</b>

Les patients ont affirmé que le partage du statut sérologique dans le couple permettait au conjoint de se dépister (44%) ou de se protéger (24%).

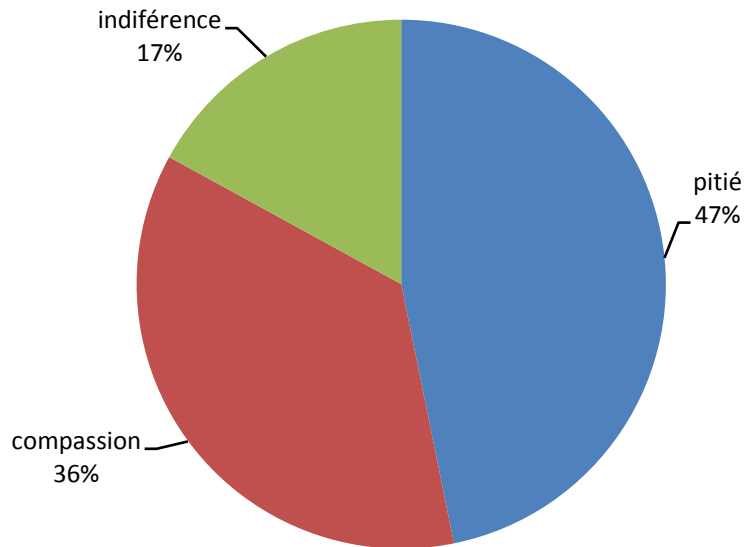
### 5.3.1.5 Sentiment éprouvé devant une PVVIH avant la connaissance du statut sérologique



**Figure 15** : Répartition des patients selon le sentiment éprouvé devant une PVVIH avant la connaissance du statut sérologique

Un tiers (16 cas) des patients avait déclaré n'avoir jamais vu de PVVIH. La pitié était le sentiment le plus fréquent (10 cas).

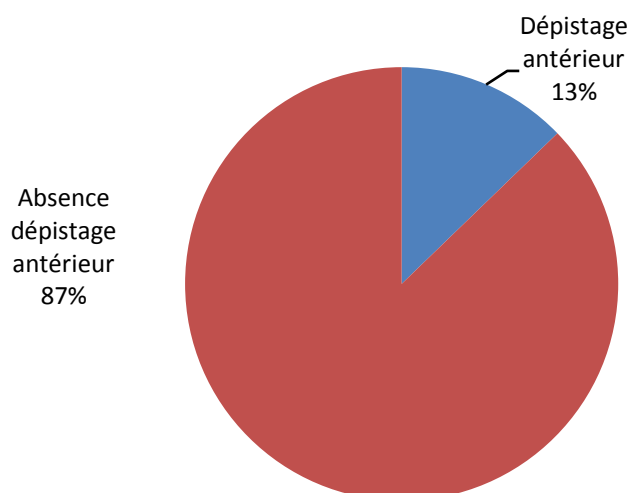
### 5.3.1.6 Sentiment éprouvé devant une PVVIH après la connaissance du statut sérologique



**Figure 16:** Répartition des patients selon le sentiment éprouvé devant une PVVIH après la connaissance du statut sérologique

Après la connaissance de leur statut sérologique, la plupart des patients avait un sentiment de pitié (47%) ou de compassion (36%) à l'égard des PVVIH.

### 5.3.1.7 Dépistage antérieur maladie



**Figure 17** : Répartition des patients selon le dépistage antérieur à la connaissance du statut sérologique

Seuls 6 (13 %) patients avaient fait un dépistage antérieur avant la connaissance de leur statut sérologique : 3 au cours d'un dépistage volontaire, 2 durant leur grossesse.

➤ **Motifs évoqués par les patients n'ayant jamais fait le dépistage avant la maladie**

**Tableau XXIII** : répartition des patients n'ayant jamais fait le dépistage avant la maladie selon les raisons évoquées

Motifs	Effectif	Pourcentage(%)
ne pensaient pas être infectés	30	73
Non croyance maladie	6	15
Ignorance	5	12
<b>Total</b>	<b>41</b>	<b>100</b>

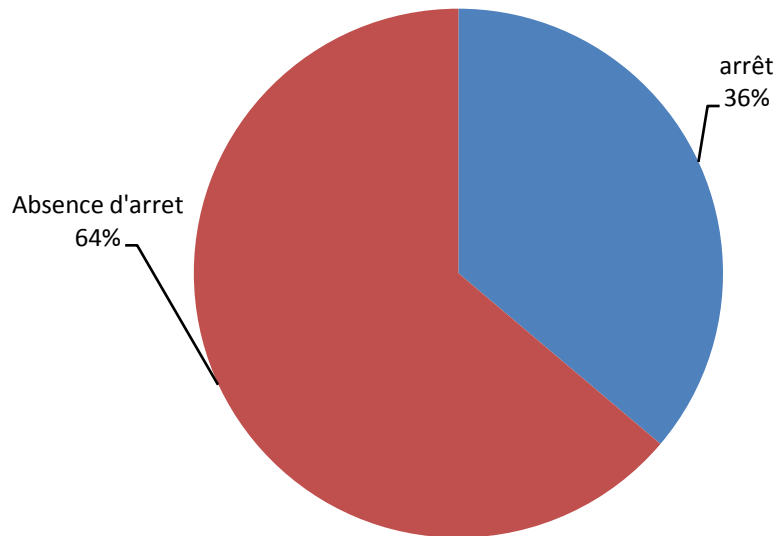
La majorité rapportait qu'il ne pensait pas avoir la maladie (73%).

### **5.3.1.8 Point de vue des patients sur le dépistage de toutes les personnes**

L'ensemble des patients stipulaient que toutes les personnes devaient faire le test de dépistage au VIH pour connaître leur statut sérologique et débiter tôt le traitement, si jamais le test était positif dans la majorité des cas.

## 5.3.2 Traitement

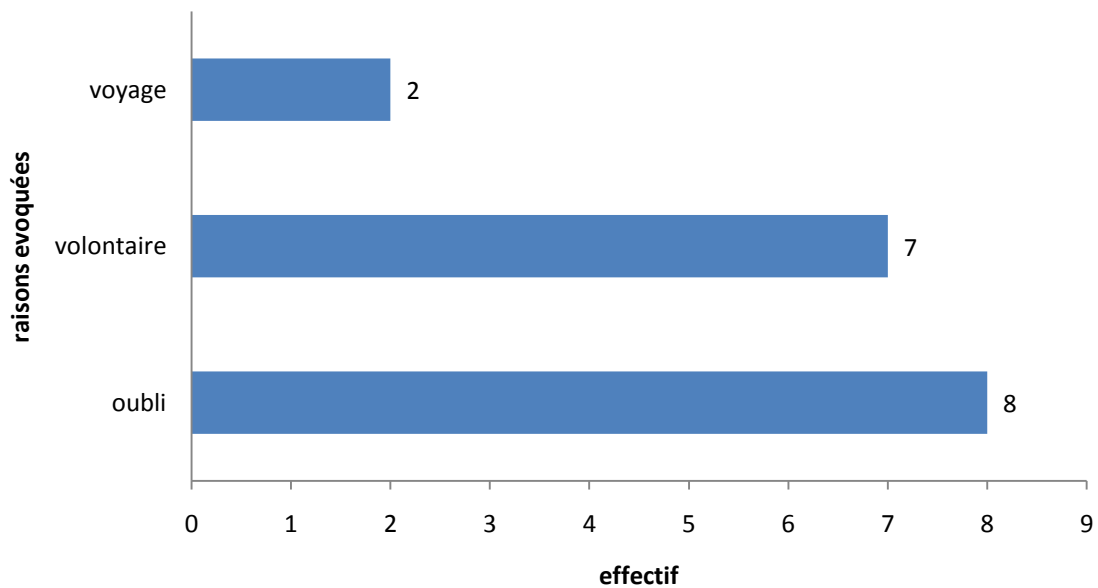
### 5.3.2.1 Arrêt thérapeutique sans avis médical



**Figure 18** : répartition des patients selon l'arrêt des ARV sans avis médical

L'arrêt thérapeutique temporaire des ARV a été signalé par 17 patients (36%).

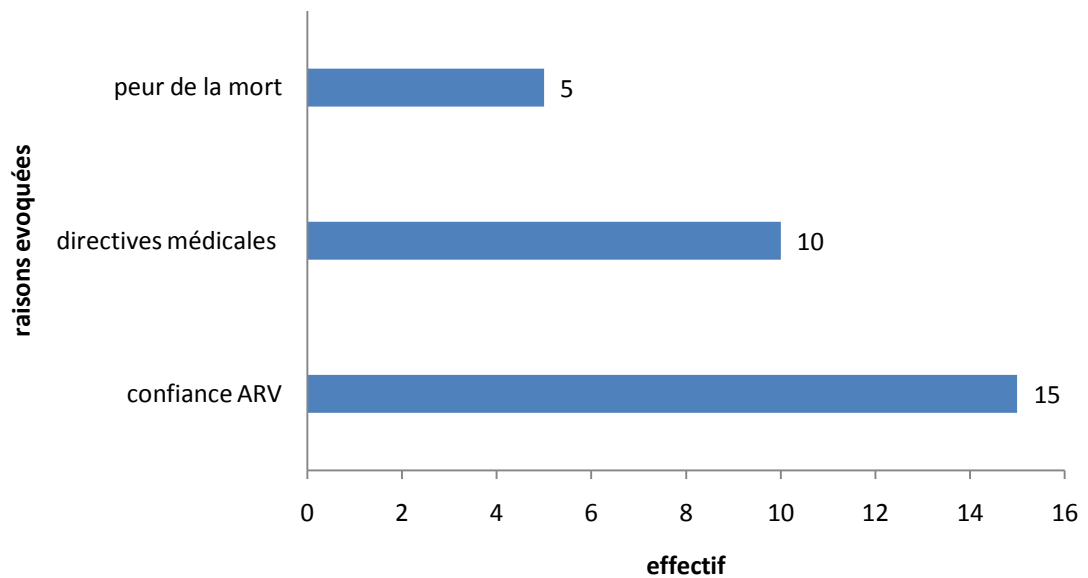
➤ **Raisons évoquées des patients ayant eu à interrompre le traitement ARV**



**Figure 19** : répartition des patients ayant arrêté le traitement ARV sans avis médical selon les raisons évoquées

L'arrêt volontaire (8 cas) et l'oubli (7 cas) étaient les principales raisons évoquées par les patients ayant interrompu leur traitement.

➤ **Raisons évoquées des patients n'ayant jamais interrompu le traitement ARV**



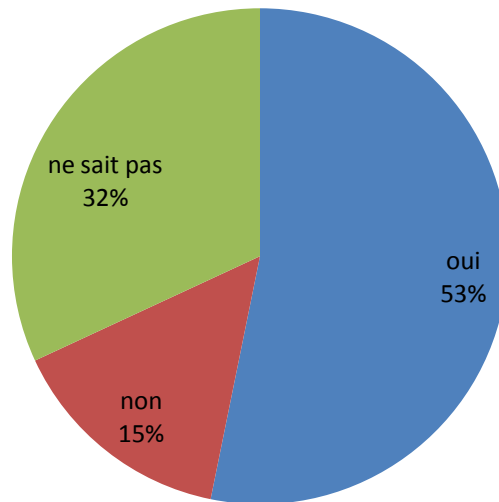
**Figure 20** : répartition des patients n'ayant jamais arrêté le traitement ARV sans avis médical selon les raisons évoquées

La confiance aux antirétroviraux était le principal motif qui était évoqué par les patients n'ayant pas interrompu leur traitement (15 cas).

### 5.3.2.2 Association des antirétroviraux au traitement traditionnel

Seuls 4 patients avaient avoué qu'ils ont eu recours au traitement traditionnel pour des raisons de non amélioration.

### 5.3.2.3 Point de vue sur l'efficacité du traitement ARV par rapport au traitement traditionnel

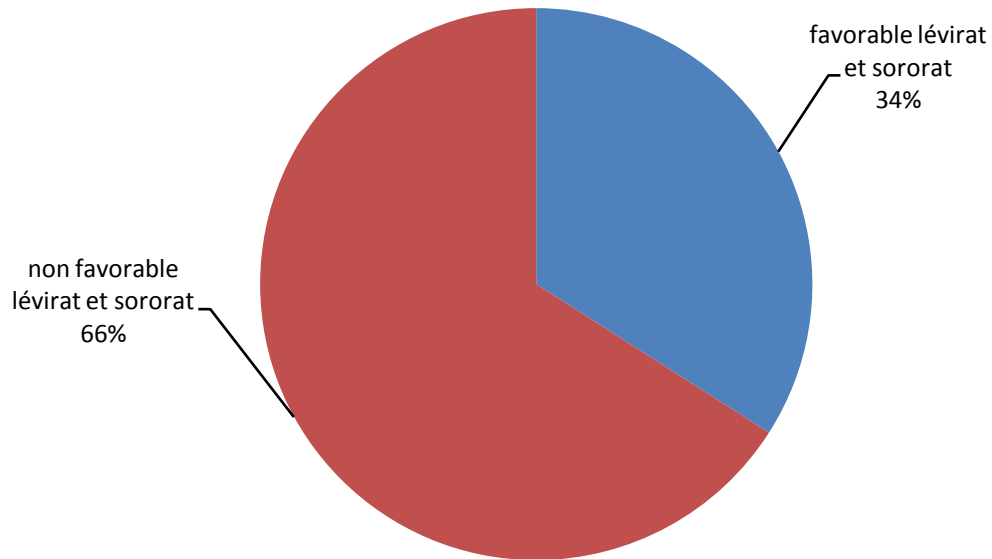


**Figure 21** : répartition des patients selon la perception sur l'efficacité des ARV par rapport au traitement traditionnel

Près de la moitié (53%) des patients ont affirmé que les antirétroviraux étaient plus efficaces que le traitement traditionnel.

### 5.3.3 Pratiques culturelles

#### 5.3.3.1 Point de vue des patients par rapport au lévirat et sororat



**Figure 22** : Répartition des patients selon leur point de vue sur le lévirat et le sororat

Les deux tiers (31 cas) des patients n'étaient pas favorables à la pratique du lévirat et du sororat.

➤ **Raisons évoquées par les patients non favorables à la pratique du lévirat et du sororat**

**Tableau XXIV** : Répartition des patients non favorables à la pratique du lévirat et du sororat selon les raisons évoquées

<b>Raisons évoquées</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage(%)</b>
Risque de contaminer	9	29
Ignorance du statut sérologique du veuf	9	29
Non justifié	13	42
<b>Total</b>	<b>31</b>	<b>100</b>

Le risque d'une contamination (29%) et l'ignorance du statut sérologique du veuf (29%) étaient les raisons avancées par les patients qui n'étaient pas favorables.

➤ **Raisons évoquées par les patients favorables à la pratique du lévirat et du sororat**

**Tableau XV** : Répartition des patients favorables à la pratique du lévirat et du sororat selon les raisons évoquées

<b>Raisons évoquées</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
Dépistage antérieur	9	56
Allégeances aux traditions	6	38
Non justifié	1	6
<b>Total</b>	<b>16</b>	<b>100</b>

Plus de la moitié (56%) des patients favorables à la pratique du lévirat et du sororat exigeait d'abord un dépistage des deux personnes avant le mariage.

### 5.3.3.2 Perception du degré d'exposition entre hommes et femmes à l'infection à VIH

**Tableau XXVI** : Répartition des patients selon leur point de vue sur le degré d'exposition entre hommes et femmes à l'infection à VIH

<b>Perception du degré d'exposition</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
Egale exposition	34	73
Femmes plus exposées	9	19
Hommes plus exposés	1	2
Non réponse	3	6
<b>Total</b>	<b>47</b>	<b>100</b>

Les deux tiers (73%) de la population d'étude soutenaient que l'exposition entre l'homme et la femme était égale.

### 5.3.3.3 Point de vue des patients sur l'âge de début de la vie sexuelle chez le jeune homme ou la jeune femme

**Tableau XXVII** : Répartition des patients sur leur point de vue sur l'âge de début de la vie sexuelle chez le jeune homme ou la jeune femme

Age de début de la vie sexuelle (ans)	Jeunes garçons		Jeunes filles	
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
< 18	2	4	9	19
18 – 25	16	34	12	26
25 – 30	1	2	0	0

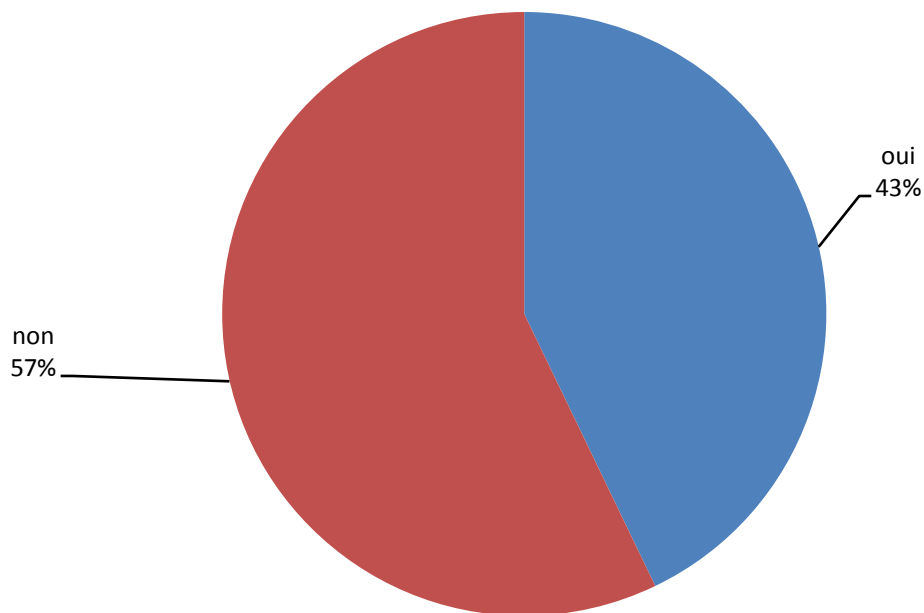
Trente-quatre pour cent des patients pensaient que le jeune garçon devrait commencer sa vie sexuelle entre 18-25 ans et 26 % préconisaient cette tranche d'âge chez la jeune fille. Cependant, 19 % soutenaient que la jeune fille pouvait débiter sa vie sexuelle avant 18 ans à condition d'être mariée.

### 5.3.4 Pratiques sexuelles face au VIH/SIDA

#### 5.3.4.1 Infection à VIH et désir sexuel

Sur les 47 patients, 15 (32%) ont déclaré que l'infection à VIH constituait un frein à leur désir sexuel. La peur de contaminer était la principale raison évoquée par ces patients (12 cas).

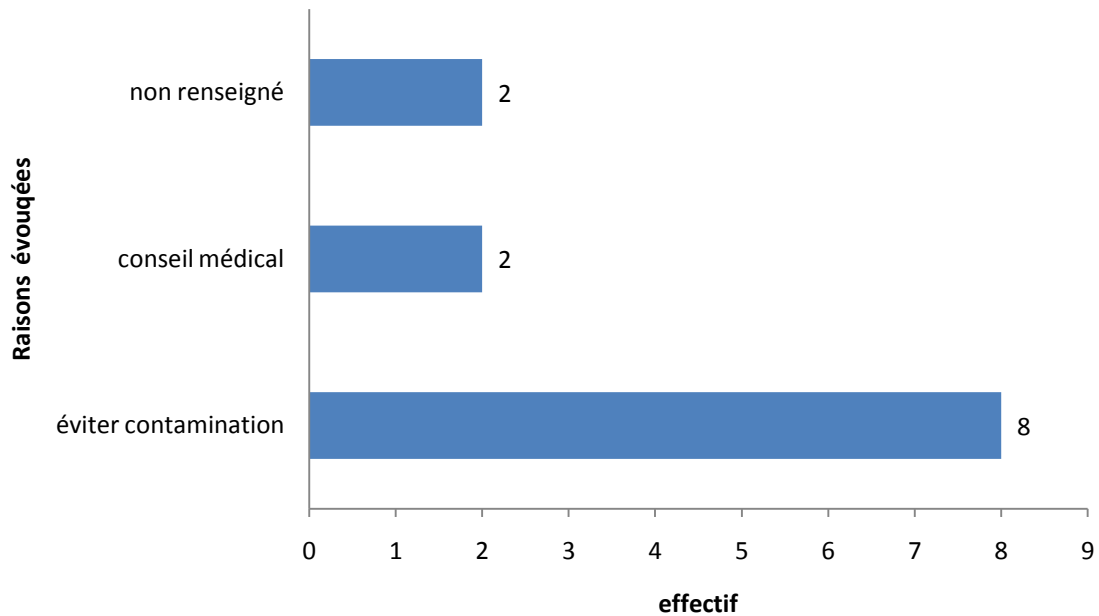
#### 5.3.4.2 Utilisation du préservatif lors des rapports sexuels



**Figure 23** : Répartition des patients selon l'utilisation du préservatif

Parmi les 28 patients ayant des rapports sexuels, 12 exigeaient le port de préservatif, soit 42,8%.

➤ **Raisons évoquées par les patients utilisant le préservatif**



**Figure 24** : Répartition des patients utilisant les préservatifs selon les raisons

La majorité des patients (8 cas) avaient rapporté qu'ils utilisaient le préservatif pour éviter la contamination.

➤ **Raisons évoquées par les patients n'utilisant pas le préservatif**

Sur les 16 patients n'utilisant pas de préservatifs lors des rapports sexuels, 5 ont prétendu que leur conjoint était séropositif ; par contre les 11 restants ne se sont pas justifiés.

# **DISCUSSION**

Du 1<sup>er</sup> juin au 31 octobre 2012, 47 patients infectés par le VIH sous traitement antirétroviral suivis au CRCF du CHNU de Fann ont été interviewés sur leurs connaissances, attitudes et pratiques vis-à-vis de l'infection à VIH.

➤ **Caractéristiques de la population**

Dans notre étude, il y avait une nette prédominance féminine avec un sex-ratio à 3,2. Ce résultat confirme la réalité de la féminisation de l'épidémie dans notre pays. En effet, la dernière enquête démographique et de santé de 2011 a retrouvé un sex -ratio de 1,6 en faveur des femmes. Le même constat a été fait par Aw F. [2] et Vedogbeton A. [76] qui avaient observé respectivement un sex-ratio (F/H) de 2,95 et 2,5. L'infection à VIH est la première cause de mortalité et de morbidité chez les femmes en âge de procréer [64]. Cette féminisation de l'épidémie du VIH a été notée depuis le début des années 1990 et elle est plus marquée en Afrique sub-saharienne [58]. Cette vulnérabilité des femmes est liée à des facteurs biologiques, socio-culturels et économiques [44].

L'âge médian était de 43 ans et plus de la moitié (58%) des patients était âgée entre 26 et 45 ans. Ces données sont classiquement retrouvées dans la littérature [56,69]. Au Sénégal, Sow P.S. [69] avait noté dans sa série une médiane d'âge de 41,5 ans. Au Gabon, Okomé M. [56] avait objectivé que 62,6% des patients étaient âgés entre 20 et 50 ans. Ces résultats montrent que l'infection à VIH atteint préférentiellement les adultes jeunes. En Afrique sub-saharienne, du fait de la propagation avant tout hétérosexuelle de l'infection, la prévalence du VIH augmente à partir de l'adolescence, et devient maximale chez les femmes autour de 25 ans et chez les hommes autour de 30-40 ans [62].

Dans notre série, deux tiers (62%) des patients étaient scolarisés, avec une nette prédominance masculine (82% versus 56% pour les femmes) mais globalement, le niveau d'instruction était faible, puisque la plupart des cas

(45%) avait un niveau d'étude primaire. Ce bas niveau de scolarisation pourrait expliquer que les sans emploi (34%), les commerçants (25%) et les ménagères (19%) étaient les plus représentés. Des résultats similaires ont été signalés par Seydi M. [67] qui a retrouvé 34% de sans emplois et par Diarra O. [22] qui a rapporté 74,4% de ménagères. Ces données témoignent que l'infection à VIH touche essentiellement les couches sociales les plus défavorisées ayant un bas niveau socio-économique et également, elle a pour conséquence, la précarisation des patients. Etant donné le bas niveau de scolarisation des patients, les messages de sensibilisation doivent être simples et adaptés à la cible.

Concernant, le statut matrimonial, 42,5 % de nos patients étaient mariés. En effet, en Afrique subsaharienne, l'infection à VIH survient le plus souvent chez des personnes en couple [61]. Cette situation pose le problème du partage du statut sérologique au sein des couples et du désir d'enfant.

En cas de séropositivité de la femme, le dépistage des enfants doit être proposé par les prestataires. Parmi les patients enquêtés, 23% ignoraient le statut sérologique de leur enfant.

La majorité des patients de notre série a été dépistée dans le cadre de la prise en charge d'infections opportunistes (75%) dominées par la tuberculose. Le même constat a été fait par Fortes L. [27] et Manga N. M. [47] qui avaient observé que la tuberculose était la principale infection opportuniste au moment du diagnostic de l'infection à VIH. Dans l'étude de Tanon A. en Côte d'Ivoire, les deux principales affections étaient la tuberculose (33,5 %) et la toxoplasmose (17,9 %) [72]. Ces données attestent du diagnostic tardif de l'infection à VIH qui reste un problème majeur dans la prise en charge des patients qui sont dépistés au stade de SIDA. Cependant, dans notre série, il existe un biais de sélection des patients car ils ont été diagnostiqués, pour la plupart, lors d'une hospitalisation au Service des Maladies Infectieuses de Fann puis référés au CRCF pour

continuer leur suivi. Ceci explique que la porte d'entrée aux soins était dominée par la prise en charge des IO.

### ➤ Connaissances sur le VIH/SIDA

Cette enquête a permis d'évaluer le niveau de connaissance des PVVIH sur l'infection à VIH, plus spécifiquement sur les sources d'information, les voies de transmission, la différence entre séropositif et SIDA, les lieux de dépistage et les moyens de prévention.

Dans notre étude, les principales sources d'information sur le VIH étaient la radio (79%) et la télévision (68%). Les médias restent les meilleures sources d'information pour la sensibilisation, l'éducation et l'information sur les pathologies infectieuses. De nombreux auteurs [23, 34, 43, 60] ont signalé les mêmes résultats et quelle que soit la cible (étudiants, artistes, population générale ...).

La transmission sexuelle (94%) et sanguine (64%) étaient les modes de contamination les plus cités dans notre série et près de la moitié (47%) de nos patients ont déclaré avoir été contaminés par leur conjoint. Selon l'ONUSIDA [57] les relations hétérosexuelles restent le principal mode de transmission du VIH en Afrique subsaharienne et près de sept transmissions sur dix ont lieu chez des couples « stables ».

Néanmoins, le risque de transmission mère - enfant (17%) reste peu connu par nos patients. Dans l'étude de Tatagan A. au Togo [73], seuls 27% des enquêtés connaissaient ce mode de transmission. Par contre, Harms et al. [32] ont rapporté un pourcentage plus élevé de 90% en Tanzanie et en Ouganda. La TME a lieu surtout durant la période périnatale, c'est-à-dire au dernier trimestre de la grossesse, au moment de l'accouchement et de l'allaitement. En l'absence de prophylaxie, le risque varie entre 15 et 25% dans les pays industrialisés et entre 25 et 45% dans les pays en développement [4]. Le niveau de charge virale

plasmatique de la mère est un déterminant majeur du risque de transmission à l'enfant. Les séances de sensibilisation doivent mieux informer les PVVIH sur ce mode de transmission car la plupart des patients sont des femmes en âge de procréer. Et, actuellement, l'élimination de la TME d'ici 2015 fait partie des objectifs que s'est fixé l'ONUSIDA (13).

Concernant les moyens de prévention, le préservatif était le plus cité (77%), suivi de l'abstinence et de la fidélité avec respectivement 51% et 28%. Dans une étude réalisée dans un CDVAA au Sénégal, le préservatif a été cité par 83%, l'abstinence sexuelle par 64% et la fidélité par 49% [54]. Dans l'EDS V, l'utilisation du préservatif était mentionnée aussi bien par les femmes que par les hommes avec respectivement 70% et 79% [1].

A la faveur des antirétroviraux, l'infection à VIH est devenue une maladie chronique. Le traitement a pour objectif, de réduire la charge virale. Cependant, il n'existe pas, à l'heure actuelle, des moyens curatifs permettant la guérison, c'est à dire l'éradication du virus de l'organisme. Cette information était connue par la plupart de nos patients (78%). Cependant, la différence entre séropositif et sida était méconnue par 95% des enquêtés. Cela pourrait s'expliquer par le fait que la plupart des patients ont été diagnostiqués au stade de sida et que lors des séances de conseling, les prestataires n'ont pas insisté sur les différents stades de l'infection à VIH.

L'hôpital était le premier lieu cité par les patients pour le dépistage de l'infection à VIH. Cela peut être dû au fait que la majorité d'entre eux ont connu leur statut sérologique à l'hôpital.

En plus des structures hospitalières, le dépistage peut être effectué dans les CDV. En effet, ils constituent une porte d'entrée essentielle pour l'accès aux autres services de prévention et de prise en charge du VIH/SIDA. Au Sénégal, le Centre de Promotion de la Santé Cardinal Hyacinthe Thiandoum (CPS/CHT), est le premier CDV qui a été créé en 1999. Et en 2008, il en existait 281 [49].

Pourtant, seuls 4 patients (9%) ont énuméré les CDV comme étant un lieu de dépistage. Leur promotion doit être entreprise afin d'améliorer l'utilisation de ces services et de booster ainsi le dépistage précoce.

Malgré une bonne connaissance des modes de la transmission de l'infection VIH, plus de la moitié (54%) des patients percevait leur maladie comme une épreuve divine. De même, dans l'étude de Bolti M.A. au Tchad [7], 69% des malades ont déclaré que le VIH était une malédiction, voire une punition divine et qu'il était lié au maraboutage ou à la sorcellerie. En Afrique, la plupart des représentations populaires des maladies ont été produites dans les langues et cultures, sans aucun lien avec la médecine moderne. Les rapports quotidiens que les gens entretiennent avec les maladies continuent bien souvent à être pensés et dits avec les mots influencés en quelque sorte par un fond culturel local [21]. Cette perception vis-à-vis de la maladie peut avoir un impact sur le comportement des patients ou constituer un frein à la prise en charge.

En résumé, l'évaluation de la connaissance des patients sur le VIH a retrouvé que certaines informations étaient méconnues, notamment le mode de transmission mère-enfant, les centres de dépistage, la différence entre séropositif et sida. Ces résultats montrent que même si la durée moyenne de connaissance du statut sérologique des patients était de  $6,5 \pm 4,39$  ans, il est important de poursuivre la sensibilisation et l'éducation tout au long du suivi.

## ➤ **ATTITUDES ET PRATIQUES FACE AU VIH/SIDA**

### ✓ **Attitude face au VIH/ Sida**

Dans notre série, 64% des PVVIH avaient déclaré qu'ils avaient peur de l'infection du fait de l'incurabilité de la maladie (43%), voire la mortalité (34%). En effet, l'infection à VIH/SIDA est considérée comme une maladie chronique ayant une bonne espérance de vie. Il n'existe pas à ce jour un traitement d'éradication définitive du virus [16].

La peur de la stigmatisation et la crainte de l'isolement social constituent un blocage dans le désir de partage du statut sérologique [37]. La plupart des patients de notre étude (32 cas, 68 %) étaient favorables au partage du statut sérologique au sein du couple et affirmaient que cela permettait le dépistage ou la protection du conjoint, voire un soutien conjugal. Deux tiers des patients interviewés (29 cas, 62%) ont informé un tiers (le père, la mère ou le frère) mais seuls 7 parmi eux (24%) ont partagé avec leur conjoint. L'annonce avait été faite dans 41% des cas dans les 24 heures suivant la connaissance de leur statut sérologique. Une étude menée sur la cohorte ANRS 1215 avait retrouvé que deux tiers des personnes interrogées avaient partagé leur statut avec un tiers et il s'agissait du conjoint dans 27% des cas [74]. D'autres travaux menés en Ethiopie [19] et en Ouganda [68] ont rapporté un taux de partage plus élevé de 90 %.

Une étude réalisée en Côte d'Ivoire auprès des femmes infectées par le VIH avait souligné que les principales raisons qui expliquaient l'absence de partage étaient la crainte du rejet, la peur de la rupture des liens conjugaux, ou de la divulgation de l'information par l'entourage [35].

### ➤ **Traitement**

Dans notre étude, 17 patients (36%) avaient déclaré avoir interrompu occasionnellement leur traitement sans avis médical. Conformément aux données de la littérature [63], les principales raisons évoquées par les patients étaient l'oubli (8 cas) suivi de l'arrêt volontaire (7 cas) et des voyages (2 cas). Une étude réalisée au Togo par Potchoo Y. et al avaient observé que la non observance thérapeutique était liée à l'oubli (34,9%), aux voyages (25,6%), au coût du traitement (13,6%) et aux effets secondaires (11,6%) [63]. Ailleurs, au Botswana, Weiser S. et al avait rapporté que les contraintes sociales (44%), la stigmatisation (15%), les voyages (10%) et les effets secondaires (9%) constituaient les facteurs associés au non observance [79].

Dans notre série, les patients qui posent un réel problème sont ceux qui avaient arrêté volontairement leur traitement sans motif (7 cas). L'efficacité au long cours du traitement antirétroviral nécessite une observance de 95%, voire 100% [78]. Au cours du suivi, le médecin, le pharmacien ou l'assistant social doivent toujours évaluer l'observance et au besoin, effectuer un renforcement de l'éducation thérapeutique. Les séances d'aide à l'observance sont à initier en vue de surmonter les obstacles potentiels à une bonne observance.

En Afrique, les soins de santé sont caractérisés par une offre croissante, tant par son volume que par la diversité de ses formes associant soins traditionnels, soins liés à la religion et soins modernes. Le recours à la médecine traditionnelle est fréquent car étant le plus accessible et le plus abordable. Dans notre série, seuls quatre patients avaient eu recours aux tradipraticiens. Cependant, un tiers des enquêtés (32%) n'avaient pas donné leur avis sur la question portant sur l'efficacité du traitement ARV par rapport au traitement traditionnel.

Même s'il n'existe pas encore de plante ayant une activité antivirale pour le traitement de l'infection à VIH, les plantes médicinales africaines sont efficaces pour la prise en charge de certaines infections opportunistes telles que la candidose, la diarrhée chronique, la perte de poids... [6]. Les malentendus entre praticiens de la médecine traditionnelle et de la médecine moderne, la faiblesse organisationnelle des guérisseurs, ainsi que les reportages à sensation de la presse, tous contribuent au statut marginal de la médecine traditionnelle dans les pays africains [6]. Et pourtant, leur intégration est indispensable car les patients consultent le plus souvent les tradipraticiens en premier lieu. Dans l'étude de Manga N.M., 47% des PVVIH avaient eu recours aux praticiens traditionnels pour leur première consultation [47]. Il avait également signalé que ceci était en partie responsable du diagnostic tardif de l'infection à VIH.

Pour remédier à cette situation, l'implication des praticiens de la médecine traditionnelle s'impose comme une approche de renforcement de la prise en charge de la maladie et de l'encadrement sanitaire des populations. Cependant, il est important de bien définir leurs rôles. Ils peuvent constituer des canaux d'informations crédibles pour la sensibilisation des populations sur la prévention de l'infection à VIH. Dans le cadre de la prise en charge, une bonne formation leur permettra de référer précocement les patients au niveau des structures sanitaires pour le dépistage. Concernant le traitement des infections opportunistes, toutes les plantes utilisées doivent être au préalable validées en termes d'efficacité, de toxicité et d'interactions médicamenteuses, notamment avec les antirétroviraux. Concernant le Sénégal, l'ONG GESTÜ, impliquée dans la lutte contre le VIH/sida depuis 1996, a conduit plusieurs processus de renforcement de capacités des tradipraticiens, ce qui leur a permis de mieux s'impliquer dans la lutte contre le VIH/sida et d'articuler leurs interventions

Aux protocoles nationaux de prévention et de prise en charge du VIH/sida.

C'est ainsi que 2 810 tradipraticiens ont été sensibilisés et formés à la référence vers les services de dépistage volontaire et les structures de CDVA [14].

Fort des résultats positifs enregistrés au Sénégal, GESTÜ a jugé opportun d'étendre son intervention en Afrique de l'Ouest et en 2010, la charte « Médecine Traditionnelle et VIH/sida en Afrique de l'Ouest » a été élaborée [14].

#### ✓ **Pratiques culturelles**

En Afrique, le mariage constitue une étape essentielle dans la vie sociale. Le lévirat est un mot dérivé du bas latin « *levir* » qui signifie « beau-frère ». Il est le remariage d'une veuve avec le frère de son mari. Il permet ainsi de perpétuer le nom du défunt et d'assurer la transmission du patronyme. Le sororat du latin *soror* est un mariage arrangé qui vise à redéfinir une alliance matrimoniale en épousant la sœur cadette d'une défunte [42,70].

Dans notre étude, la majorité des patients (66%) n'était pas favorable au lévirat et au sororat. Le risque que représente cette pratique est bien cerné par les patients, puisque la possibilité de la contamination (29%) et l'ignorance du statut sérologique du veuf (29%) étaient les deux principales raisons évoquées par les patients. De même, 56% des patients favorables à cette pratique ont exigé un dépistage antérieur. Ces pratiques culturelles étaient courantes dans nos régions et elles peuvent entraîner une propagation de l'infection à VIH (70).

Concernant le risque d'exposition au VIH des femmes et des hommes, la majorité des patients (73%) avaient déclaré que l'homme et la femme étaient à égale exposition ; par contre 19% ont affirmé que la femme était plus exposée. Il est vrai que les hommes et les femmes sont tous deux susceptibles d'être infectés par le VIH. Mais il est admis que le degré d'exposition est plus important chez les femmes. Leur vulnérabilité est liée à des facteurs biologiques, culturels et socio-économiques. Au cours des rapports sexuels vaginaux non protégés, le risque d'infection pour une femme est jusqu'à quatre fois plus élevé que pour les hommes. Au plan socio-économique, le manque d'accès des femmes à l'éducation et l'inégalité des droits de la propriété ne font que perpétuer la vulnérabilité accrue des femmes à la séropositivité. La pauvreté, la prostitution et le trafic sexuel encouragent une exposition continue au VIH (38).

### ✓ Pratiques sexuelles

La dernière partie de l'enquête a porté sur l'évaluation des pratiques sexuelles des PVVIH. Concernant leur désir sexuel, 15 patients (32%) ont déclaré que l'infection à VIH constituait un frein. La principale raison évoquée était la peur de contaminer (12 cas). La sexualité des personnes vivant avec le VIH recevant des médicaments antirétroviraux, est un domaine quasi inexploré en Afrique [74]. La crainte de transmettre le VIH est omniprésent et interfère largement

avec la santé sexuelle des personnes [74]. Ceci a également été rapporté par les PVVIH au Maroc [26].

Au-delà du désir sexuel, l'infection à VIH est responsable de dysfonctionnements sexuels à savoir troubles de l'érection, de l'éjaculation... Leur fréquence est de l'ordre de 20 à 60% chez les PVVIH [36]. Ces troubles semblent être plus marqués aux stades cliniques plus avancés de la maladie. Les causes sont nombreuses en rapport avec des facteurs psychologiques, endocriniens (baisse du taux de testostérone), des atteintes neurologiques, des pathologies surajoutées et la consommation de stupéfiants. Le rôle des inhibiteurs de la protéase reste controversé [9,48,75]. La prise en charge des troubles sexuels doit être intégrée dans le suivi des patients car ils peuvent avoir un impact négatif sur le vécu quotidien et sur l'observance aux traitements. Le personnel de santé médical et social doit être mieux formé sur les perturbations sexuelles observées au cours du VIH [74].

L'évaluation des pratiques sexuelles s'est également intéressée à l'utilisation des préservatifs par les PVVIH. Plus de la moitié des patients (28 cas, 59,5%) étaient sexuellement actifs, et parmi eux, seuls 12 patients exigeaient le port de préservatif (42,8%). Par ailleurs, cinq patients ont rapporté ne pas utiliser de condom car leurs partenaires étaient séropositifs. Nos résultats sont superposables à ceux d'autres études menées en Afrique [41, 81]. Une étude réalisée en Ethiopie a retrouvé que 56 % des patients sous traitement antirétroviral utilisaient irrégulièrement des préservatifs. Les raisons avancées par les malades étaient le refus du partenaire, le désir d'enfant, le statut séropositif du conjoint [81]. En Ouganda, Wagner G.J. et al ont rapporté un taux plus élevé de rapports sexuels non protégés de 66% [77]. Certains travaux [66,77,81,] se sont intéressés aux facteurs associés à la non utilisation de préservatif. Dans l'étude de Luchters S. et al au Kenya, l'absence du partage du statut sérologique, l'inexistence d'un partenaire, la peur de la stigmatisation, une

infection à VIH récente et une dénutrition étaient associées aux rapports sexuels non protégés [52]. Une étude réalisée au Burkina Faso auprès des couples sérodiscordants a observé que 40,5% des patients n'utilisaient pas le préservatif et le désir d'enfant était la première raison évoquée (26,2%). L'utilisation des préservatifs reste nécessaire chez les patients infectés par le VIH, même si les recherches récentes ont montré une diminution considérable du risque de transmission de 96% si les patients les patients sont contrôlés virologiquement [10]. Lorsque la charge virale est détectable, le risque de transmission est possible, mais également de surinfections par d'autres variants viraux ou virus résistants. Pour ce qui est des couples sérodiscordants, ils doivent être accompagnés dans leur désir d'enfant afin de mieux préciser le moment opportun.

# **CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS**

Depuis l'avènement de la trithérapie antirétrovirale, l'infection à VIH est devenue une maladie chronique. L'ONUSIDA estime à 34 millions le nombre de personnes vivant avec le virus dans le monde en 2011. L'Afrique subsaharienne reste la région la plus touchée avec près d'un adulte sur 20 (4,9%) vivant avec le VIH. Au Sénégal, il existe une épidémie à faible prévalence de 0,7%.

La prise en charge médicale par l'instauration du traitement antirétroviral est essentielle ; cependant d'autres aspects tels que le volet psycho-social sont indispensables au cours du suivi. Dans ce cadre, plusieurs activités sont réalisées, notamment les groupes de parole, séance d'aide à l'observance, soutien psychologique par des pairs, renforcement des connaissances. ....

De nombreuses enquêtes CAP ont été réalisées dans la population générale, auprès des étudiants, des prisonniers, des routiers. Peu d'études ont été menées chez les PVVIH et pourtant l'évaluation de leurs connaissances sur l'infection à VIH serait nécessaire, car cela peut influencer leurs comportements et leurs pratiques.

C'est dans ce contexte que s'inscrit cette étude sur les connaissances, attitudes et pratiques des PVVIH suivies au CRCF avec, comme objectifs spécifiques :

- ✓ d'évaluer le niveau de connaissance des PVVIH sur les modes de transmission, la prévention et le traitement de l'infection à VIH ;
- ✓ de décrire et d'analyser leurs comportements et leurs pratiques depuis l'annonce de leur séropositivité ;
- ✓ d'identifier les causes de non observance au traitement antirétroviral.

Pour atteindre ces objectifs, nous avons mené une étude prospective, descriptive et transversale allant du 1<sup>er</sup> juin au 31 octobre 2012.

L'entretien réalisé auprès de 47 patients nous a permis d'obtenir les résultats suivants :

➤ **Caractéristiques de la population**

Il y avait une nette prédominance féminine avec un sex- ratio (F/M) de 3,2.

L'âge médian était de 43 ans [18 ans – 63 ans] et plus de la moitié (58%) des patients était âgée entre 26 et 45 ans.

Deux tiers (62%) des patients étaient scolarisés, mais ils avaient un niveau d'étude primaire dans 45% des cas.

Les sans emploi (34%), les commerçants (25%) et les ménagères (19%) étaient les plus représentés.

La majorité des patients étaient mariée (42,5%).

La durée moyenne de connaissance du statut sérologique était de  $6,5 \pm 4,39$  ans.

Les circonstances de dépistage étaient dominées par la prise en charge d'infections opportunistes (75%).

➤ **Connaissances sur l'infection à VIH**

Les principales sources d'information sur le VIH étaient la radio (79%) et la télévision (68%).

La transmission sexuelle (94%) et sanguine (64%) étaient les modes de contamination les plus cités dans notre série et 47% de nos patients ont déclaré avoir été contaminés par leur conjoint.

La transmission mère – enfant était connue par 17% des patients.

Concernant les moyens de prévention, le préservatif était le plus cité avec 77%, suivi de l'abstinence et de la fidélité avec respectivement 51% et 28%.

La plupart (78%) des patients a déclaré que la guérison définitive du VIH était impossible mais la différence entre séropositif et sida était méconnue par 95% des enquêtés.

L'hôpital était le premier lieu mentionné par les patients pour le dépistage de l'infection à VIH (89%). Seuls 4 patients ont cités les CDV (9%).

Plus de la moitié (54%) des enquêtés percevait leur maladie comme une épreuve divine.

### ➤ **Attitudes et pratiques face au VIH**

#### ✓ **Attitudes face au VIH/SIDA**

Dans notre série, 64% des patients ont rapporté qu'ils avaient peur de l'infection à VIH du fait que c'est une maladie incurable (43%) ou mortelle (34%).

Sur les 47 patients, 32 soit 68% étaient favorables au partage du statut sérologique au sein du couple.

Vingt-neuf patients (62%) ont informé un tiers, mais seuls 7 parmi eux (24%) ont partagé avec leur conjoint.

#### ✓ **Traitement**

Dans notre étude, 17 patients (36%) avaient déclaré avoir interrompu occasionnellement leur traitement sans avis médical. L'oubli (8 cas) et l'arrêt volontaire (7 cas) étaient les principales raisons évoquées par les patients. Par ailleurs, quatre patients avaient eu recours aux tradipraticiens (8,5%).

#### ✓ **Pratiques culturelles**

La majorité des patients (66%) n'était pas favorable au lévirat et au sororat. La possibilité de la contamination (29%) et l'ignorance du statut sérologique du veuf (29%) étaient les deux principales raisons évoquées par ces patients. De même, 56% des enquêtés favorables à cette pratique avaient exigé un dépistage antérieur.

Soixante-treize pour cent des patients avaient déclaré que l'homme et la femme étaient à égale exposition ; par contre, 19% ont affirmé que la femme était plus exposée.

### ✓ **Pratiques sexuelles**

Concernant leur désir sexuel, 15 patients (32%) ont déclaré que l'infection à VIH constituait un frein. La peur de contaminer était le principal motif avancé (12 cas).

Plus de la moitié des patients (28 cas) étaient sexuellement actifs et parmi eux, 12 patients exigeaient le port de préservatif, soit 42,8% des cas.

Au terme de ce travail, nous formulons les recommandations suivantes afin de renforcer les connaissances des patients sur l'infection à VIH et d'améliorer leurs attitudes et leurs pratiques vis-à-vis de la maladie :

- A l'intention du programme national de lutte contre le VIH :
  - Promouvoir l'information, l'éducation, la communication pour un changement de comportement des populations
- A l'intention du personnel de santé (médecins, assistants sociaux, associatifs....)
  - Renforcer l'éducation thérapeutique des PVVIH pour une meilleure adhérence au TARV ;
  - Renforcer la prise en charge familiale en proposant le dépistage systématique des enfants et du conjoint ;
  - Insister lors des focus groups et des séances d'entretien sur la possibilité de la transmission mère- enfant de l'infection à VIH ;
  - Renforcer les connaissances des patients sur l'histoire naturelle de l'infection à VIH en insistant sur la différence entre séropositif et sida ;
  - Organiser des séances d'aide à l'observance afin d'éviter l'échec thérapeutique ;
  - Informer les patients sur les avantages de l'utilisation des préservatifs et les approvisionner régulièrement ;

- Organiser des consultations de sexologie et accompagner les patients dans leur désir de procréation ;
  - Effectuer la promotion des centres de dépistage volontaire ;
  - Tenir compte individuellement du niveau d'instruction des PVVIH lors des séances d'éducation thérapeutiques ;
  - Faire des évaluations régulières sur les connaissances et attitudes des PVVIH ;
- A l'intention des personnes vivant avec le VIH :
- Effectuer la promotion des associations de PVVIH ;
  - Participer aux séances d'aide à l'observance et aux focus groupes ;
  - Partager le statut sérologique au sein du couple afin de permettre le dépistage du conjoint.

# **BIBLIOGRAPHIE**

**1. AGENCE NATIONALE DE LA STATISTIQUE ET DE LA  
DEMOGRAPHIE/SENEGAL (ANSD)**

Enquête Démographique et de Santé à Indicateurs Multiples, edsv-mics 2010-2011.

MSPM Sénégal, 2011, [consulté juin 2013], [http://www.ands.sn/publications/rapport enquête](http://www.ands.sn/publications/rapport_enquete).

**2. AW F.**

Les facteurs de risque cardio-vasculaire chez les patients vivant avec le VIH : étude transversale multicentrique : à propos de 133 cas.

*Thèse Med.* Dakar, 2012 ; n°91

**3. BLANCHE S., GIRARD P.M., KATLAMA C., PIALOUX G., SAIMOT  
A.G. Sida.**

Doin, Paris 1991; p 24.

**4. BECK-S CM., BAUTISTA C., HALPERN M., POUERIET J.,  
;HENDERSON N., PEREZ-THEN et al .**

Progress towards elimination of HIV mother-to-child transmission in the dominican republic from 1999 to 2011.

*Infect Dis Obstet Gynecol.* 2012; 29.

**5. BISSAGNENE E., DARIOSECQ J-M., INWOLEY A., SOW P.S.,  
TABURET A-M., TRAORE H.A.**

Mémento thérapeutique du VIH/SIDA en Afrique.

Doin, Paris 2009 ; p 90 -135

**6. BODEKER G., KABATESI D., KING. , HOMSY J.**

« A Regional Task Force on Traditional Medicine and AIDS »

*Lancet.* 2000; 355:1284

**7. BOLTIM .A.**

Influence des facteurs socioculturels sur la prise en charge des PVVIH à N'Djaména.

*Thèse Med.Tchad*2010; 208 /11

**8. CARPENTIER J., COOPER D .A., FISCHL M.A et al**

Antiretroviral therapy in adults. Updated recommendations of the international AIDS Society. JAMA USA Panel,200,283:381-390

**9. CATALAN J ., KLIMES I ., BOND A., DAY A., GARROD A.,RIZZA C.**

The psychological impact of HIV infection in men with haemophilia.

*J PsychosomRes*, 1992 ; 36(5): 409-16

**10. CHEN YQ, MASSE B, WANG L, OU SS, LI X, DONNELL D et al**

Statistical considerations for the HPTN 052 Study to evaluate the effectiveness of early versus delayed antiretroviral strategies to prevent the sexual transmission of HIV-1 in serodiscordant couples.

*Contemp Clin Trials.* 2012 ; 33(6):1280-6

**11. CMIT.**

Infection à VIH et sida.

In. E.Pilly : Vivactis Plus Ed ; 2010 : 368 –381

## **12. CMIT**

Infection à VIH et sida.

In E. PILLY: Vivactis Plus Ed 1990: 596-613

## **13. CONSEIL NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE SIDA /SENEGAL**

Transmission du VIH de la mère a l'enfant d'ici 2015

MSPM/CNLS, 2011 ; p 24

## **14. CONSEIL NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE SIDA /SENEGAL**

Rapport de situation sur la riposte nationale à l'épidémie de VIH/sida Sénégal :  
2010-2011

ONUSIDA, CNLS, 2012 ; p 23-44

## **15. CONSEIL NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE SIDA /SENEGAL**

Etat de la prise en charge thérapeutique des adultes au Sénégal.

CNLS/DLSI ; Réunion sur les Actualités et la Recherche sur le VIH/SIDA,  
Session 1 ; 30 novembre 2012 ; Dakar (Sénégal)

## **16. CRITON C.L.**

L'annonce de la séropositivité par le médecin.

Consulté le 06 juillet 2011. <http://sidasciences.inist.fr>

## **17. Cycle de réplication**

consulté le 15 février 2012] [http:// www.snv.jussieu.fr/vie/dossiers/sida/images/cycles.swf](http://www.snv.jussieu.fr/vie/dossiers/sida/images/cycles.swf)

**18. DABA D.L.**

Infection à VIH chez la femme à la Clinique des Maladies Infectieuses Ibrahima Diop Mar du CHNU de Fann : Aspects épidémiologiques, cliniques, paracliniques et évolutifs.

*Thèse Med.* Dakar, 2009 ; n°143

**19. DERIBE K., WOLDEMICHAEL K., WONDAFRASH M., HAILE A., AMBERBIR A.**

Disclosure experience and associated factors among HIV positive men and women clinical service users in South West Ethiopia.

*BMC Public Health.* 2008 ; 8 : 81

**20. DESCLAUX A., LANIECE I., NDOYE I., TAVERNE B.**

L'Initiative sénégalaise d'accès aux médicaments antirétroviraux : Analyses économiques, sociales, comportementales et médicales. EDK, sciences sociales et sida- ANRS, 2002 : p 01-19.

**21. DE SARDAN J.D.**

La construction sociale des maladies.

Paris puf 1999 ; p 7

**22. DIARRA O.**

Le dépistage du VIH-SIDA chez les jeunes de 18 à 25 ans au CESAC de Bamako

*These Med.* Bamako, 2009; n°48

**23. DIOP N.**

Sida en zone minière le cas des ICS de Mboro

Mémoire DEA Sociologie ; Dakar, 2004.

**24. DOLIVO M., HEWITT J.**

Maladies sexuellement transmissibles.

Hermann , Paris 1992; p 89.

**25. ECKERT D.M., KIM P S.**

Design of potent inhibitors of HIV-1 entry from the gp41 N-peptide region

*Natl Acad, USA* . 2001; 98(20): 11187-11192

**26. EL FANE M., BENSGHIR R., SBAI S., CHAKIB A., KADIRI N.,  
AYOUCHE A, et al**

Qualité de vie sexuelle chez les personnes vivant avec le VIH.

*Sexologies*.2011 ; 20 :188-192.

**27. FORTES DEGUENONVO L., MANGA N.M., DIOP S.A., DIA  
BADIANE N.M., SEYDI M., NDOUR C.T., et al.**

Profil actuel des patients infectés par le VIH hospitalisés à Dakar (Sénégal).

*Bull Soc Pathol Exot*. 2011; 104: 366-370

**28. FUCKS E.**

Faire face au SIDA.

Fabre, Paris 1998 (2<sup>ème</sup> édition) : 36 – 40

**29. GIRARD P.M., KATLAMA C., PIALOUX G.**

VIH Doin, Paris 2007: 3-42

**30. GIRARD P.M., KATLAMA C., PIALOUX G. VIH**

Doin, Paris 2004 (6<sup>ème</sup> édition) : 299 – 330.

**31. GIRARD P.M., KATLAMA C., PIALOUX G. VIH**

Doin, Paris 2011: 417-424

**32. HARMS G., SCHULZE K., MONETA I., BARYOMUNSI C., MBEZI P., POGGENSEE G.**

Mother-to child transmission of HIV and its prevention: awareness and knowledge in Uganda and Tanzania.

*Sahara J.* 2005; 2 : 258-66.

**33. JAYLE D., PIALOUX G., GABRIE P., KURZ C.**

Le Guide du SIDA.

Crips-Vigot, Paris 1996 : 190-191

**34. KABAMBA N.**

Connaissances, attitudes et pratiques en matière de VIH/SIDA à Lubumbashi

Mémoire médecine, Lubumbashi 2004

[consulté le 10 février 2013] <http://www.memoireonline.com>

**35. KABLAN C., OBRIST B., CISSE G., WYSS K., TOURE I., TANNER M . et al**

VIH/SIDA, genre et vulnérabilité : lutte contre la vulnérabilité des femmes infectées par une association de femmes vivant avec le VIH/SIDA à Abidjan (Côte d'Ivoire)

*VertigO.* 2006 ; 3 (6) : 1-7

**36. LALLEMAND F.**

Sexualité et VIH

Consulté le 13 Juin 2013

**37. LAMPING D.L., LAWRENCE J., RYAN B., GILMORE N.**

« Détresse psychologique chez les personnes atteintes du VIH à Montréal  
*Santé mentale au Québec*. 1992 ; 17(1) : 73-95.

**38.38 LAMPTEY P.R., JOHNSON J.L., KHAN M.**

Défis mondiaux du VIH et du sida.  
*Population Bulletin*. 2006 ; 61(1) : 5

**39. LAPOINTE N., M'PELE P.**

L'infection au VIH de la mère et de l'enfant.  
Ellipses, Paris 1995 : p 33.

**40. LEPORT C., LONGUET P., GERVAIS A., VILDE JL.**

Manifestations cliniques de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine.  
*Encycl Méd Chir*, 2002, Maladies infectieuses, 8-050-B-10 : p 20

**41. LERTPIRIYASUWAT C., PRADIPASEN M., THIANGTHAM W.,  
KAEWDUANGJAI P.**

Sexual behaviors during antiretroviral therapy among HIV-infected patients,  
Thailand.  
*Southeast Asian J Trop Med Public Health*. 2007; 38(3) : 455–465

**42. Lévirat et sororat. <http://www.sidwaya.bf> consulté le 22 juin 2013**

**43. LOENZIEN M.**

Connaissances et attitudes face au VIH/SIDA  
HARMATTAN, France, 2002 page 170

**44. LOWNDES CM.**

West Africa HIV/AIDS epidemiology and response synthesis: implications for prevention.

Banque mondiale, Washington, DC, 2008.

**45. LUCHTERS S., SARNA A., GEIBEL S., CHERSICH MF., MUNYAO P., KAAI S, et al**

Safer sexual behaviors after 12 months of antiretroviral treatment in Mombasa, Kenya: a prospective cohort.

*AIDS Patient Care STDS.* 2008 ; 22(7):587-594

**46. LU H., ZHAO Q., XU Z., JIANG S.**

Automatic quantification of HIV-1 mediated cell to cell fusion with digital image analysis system (DIAS): Application for rapid screening of HIV-1 fusion inhibitors.

*J virol methods.* 2003 ; 107 (2) : 155-61

**47. MANGA N.M., DIOP S.A. , NDOUR C .T. , N.-M. DIA , MENDY A , M. COUDEC B et al**

Dépistage tardif de l'infection à VIH à la clinique des maladies infectieuses de Fann, Dakar : circonstances de diagnostic, itinéraire thérapeutique des patients et facteurs déterminants.

*Med Mal infect.* 2009; 39(2) : 95-100

**48. MEYER D, BAHLBER HF ET AL.**

Sexual risk behavior, sexual function in and HIV disease progression

*J Sex Res.* 1991: 3-27,

**49. MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA PREVENTION MEDICALE/  
DIVISION DE LUTTE CONTRE LE SIDA ET LES IST/ SENEGAL**

Rapport annuel d'activités 2008.

MSPM/DLSI/ Sénégal 2009.

**50. MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA PREVENTION MEDICALE/  
DIVISION DE LUTTE CONTRE LE SIDA ET LES IST/ SENEGAL.**

Prise en charge médicale des patients vivants avec le VIH / sida au Sénégal.

MSPM/ DLSI/Sénégal 2005 : 10 -19.

**51. MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA PREVENTION MEDICALE/  
DIVISION DE LUTTE CONTRE LE SIDA ET LES IST/ SENEGAL.**

Guide de prise en charge de l'infection à VIH/sida au Sénégal

MSPM/DS/DLSI/ Sénégal, 2009.

**52. MONTAGNIER L., GALLO R.**

SIDA : introduction de Luc Montagnier et Robert Gallo pour la science n°1874

Paris 1989 ,59 ,103 : 21-22 ;

**53. MONTAGNIER L., ROZENBAUM W., GLUCKMAN J. C.**

Sida et infection par VIH.

Flammarion, Paris 1989; p 37.

**54. NDIAYE P., DIEDHIOU A., LY D., FALL C., TAL-DIA A.**

Prévalence du VIH/SIDA chez les clients du centre de dépistage volontaire anonyme et d'accompagnement de Pikine /Guédiawaye, au Sénégal.

*Med Trop.* 2008; 68 (3) : 277 - 282

**55. NDIAYE S., AYAD M.**

Enquête Démographique et de Santé au Sénégal 2005.

MSPM / Centre de Recherche pour le Développement Humain, Sénégal 2006.

**56. OKOME M, OKOME E.R., NDONG G.P.O., OKOME F.M**

Bilan clinico-biologique des patients infectés par le VIH à la fondation Jeanne Ebori de Libreville (2002-2005).

*Med trop.* 2007 ; 67 : 357-362

**57. OMS**

Vers un accès universel. Etendre les interventions prioritaires liées au VIH/SIDA dans le secteur de la sante : rapport de situation 2010.

OMS, 2011, consulté le 11 octobre 2012

**58. OMS**

Les femmes et la santé : la réalité d'aujourd'hui le programme de demain.

WHO/IER/MHI/STM.09.1

**59. ONUSIDA**

Rapport ONUSIDA sur l'épidémie mondiale de sida 2012.

ONUSIDA / JC2417F

**60. OUEDRAOGO/KI A.**

Etude des connaissances, attitudes et pratiques relatives au VIH/SIDA chez les artistes de musique et de théâtre de la ville de Bobo-Dioulasso au Burkina Faso.

Mém. DEA sociologie, Dakar, 2008.

**61. PAINTER TM**

Voluntary counseling and testing for couples: a high-leverage intervention for HIV/AIDS prevention in sub-Saharan Africa.

*Soc Sci Med.* 2001; 53(11): 1397–411

**62. PISON G.**

Le sida va-t-il entraîner un recul de la population de l’Afrique au sud du Sahara.

*Populations et Sociétés.* 2002; 385 : 1-4

**63. POTCHOO Y., TCHAMDJA K., BALOGOU A., PITCHE V.P.,  
GUISOU I.P., KASSANG E.K.**

Knowledge and adherence among adult people living with HIV/AIDS treated in the health care centers of the association 'Espoir Vie Togo' in Togo,

*BMC Clin Pharmacol.* 2010 ; 10: 11.

**64. RIBEIRO P.S., JACOBSEN K.H., MATHERSC.D., GARCIA MORENO  
C.**

Priorities for women’s health from the Global Burden of Disease study.

*Int J of Gynaecol Obstet.* 2008; 102: 82-90

**65. Sanjeev K,**

A study of knowledge, sexual behavior and practices regarding HIV/AIDS among long distance truck drivers.

*Indian J Public Health.* 2009 ;53(4):243-5

**66. SARNA A., LUCHTERS S., PICKETT M., CHERSICH ,M., OKAL  
J., GEIBEL S.**

Sexual behavior of HIV-positive adults not accessing HIV treatment in Mombasa, Kenya: Defining their prevention needs

*AIDS Research and Therapy.* 2012; 9: 1-12

**67. SEYDI M., DIOP S.A., NIANG KH., DIENG A.B., SOW Ab., FORTES L., et al**

Aspects épidémio-cliniques et psychosociaux au cours du sida à Dakar : Etude préliminaire prospective

*Rev. CAMES - Série A.* 2008; 7 : 74-76

**68. SSALI S.N., ATUYAMBE L., TUMWINE C., SEGUJJA E., NEKESA N., NANNUNGI A., ET AL.**

Reasons for disclosure of HIV status by people living with HIV/AIDS and in HIV care in Uganda: an exploratory study.

*AIDS Patient Care STDS.*2010; 24(10):675–81

**69. SOW P.S., FAYE M.A., DIOP B.M., DIOUF G., COLEBUNDERS R., COLL-SECK A.M.**

Increasing number of AIDS cases, mostly caused by HIV- 1 infection, in Dakar (Senegal).

*Ann soc Belg Med Trop.* 1994; 74(3): 253-5

**70. SOW P.S., GUEYE B., SYLLA O., COLL-SECK A .M, WOOD S.**

Pratiques traditionnelles et transmission de l'infection à VIH au Sénégal :

L'exemple du lévirat et du sororat.

*Med Mal infect.* 1997; 27: 526-7.

**71. Structure-Virus** [www.abbott.fr/abbott/Votre-sante/Infection-VIH/Definitionn-Infection/Structure-Virus-VIH.aspx](http://www.abbott.fr/abbott/Votre-sante/Infection-VIH/Definitionn-Infection/Structure-Virus-VIH.aspx)

**72. TANON A, OUATTARA SI, ABA YT, ET AL.**

Profil des hospitalisations pour affections opportunistes au cours du sida à Abidjan(Côte d'Ivoire).

III<sup>ème</sup> Congrès international de la Société Africaine de Pathologie Infectieuse. Infections et système nerveux. 5-7 Novembre 2009. Sénégal. Communication orale : 3<sup>ème</sup> session

**73. TATAGAN A., MOUHARI-TOURE A., SAKA B., AKAKPO A.S., KOMBATE D., TCHAMA R., et al.**

Connaissances, attitudes et pratiques en matière de prévention de la transmission mère-enfant du VIH chez la femme enceinte vue en consultation prénatale en 2010 au Togo.

*Med Trop.* 2011; 71: 472-476

**74. TAVERNE B., DESCLAUX A., SOW P. S., DELAPORTE E., NDOYE I.**

Evaluation de l'impact bioclinique et social, individuel et collectif, du traitement ARV chez des patients VIH-1 pris en charge depuis 10 ans dans le cadre de l'ISAARV – Cohorte ANRS 1215. Rapport final, 2012. CNLS/CRCF/IRD/ANRS, 2012: p 415

**75. TINDALL B. et al.**

Sexual dysfunctioning advanced HIV disease.

*AidsCare* 1994,6(1):105-106

**76. VEDOGBETON A.**

Bilan de dix années d'activités de prise en charge de l'infection a VIH au centre de promotion de la sante Cardinal Hyacinthe Thiandoum (CPS/CHT) de Dakar 1999-2009.

Thèse Med. Dakar, 2010; n°18

**77. WAGNER G.J., HOLLOWAY I., GHOSH-DASTIDAR B., RYAN G., KITYO C., MUGYENYI P.**

Factors associated with condom use among HIV clients in stable relationships with partners at varying risk for HIV in Uganda.

*AIDS Behav.* 2010; 14(5):1055-65

**78. WAKIBI S.N., NG'ANGA Z.W., MBUGUA G.G.**

Factors associated with non-adherence to highly active antiretroviral therapy in Nairobi, Kenya

*AIDS Research and Therapy.* 2011; 8: 43

**79. WEISER S.,WOLFE W.,BANGSBERG D. ,THIOR I.,GILBERT P.,MAKHEMA J et al**

Barriers to antiretroviral adherence for patients living with HIV infection and AIDS in Bostwana.

*J Acquir Immune Defic Syndr.* 2003; 34 : 281-288

**80. YENI P.**

**Prise en charge médicale des personnes infectées par le VIH.**

Suivi de l'adulte infecté par le VIH. Recommandations du groupe d'experts. Rapport 2008.

Flammarion Méd.-Sci., Paris 2008: 98 – 105

**81. YALEW E, ZEGEYE D.T ., MESERET S**

Patterns of condom use and associated factors among adult HIV positive clients in North Western Ethiopia: a comparative cross sectional study

*BMC Public Health.* 2012; 12: 308

# ANNEXES

REPUBLIQUE DU SENEGAL

Un Peuple - Un But - Une Foi

\*\*\*\*\*

MINISTERE DE LA SANTE ET  
DE LA PREVENTION

\*\*\*\*\*

DIRECTION GENERALE DE LA SANTE

\*\*\*\*\*

DIRECTION DE LA SANTE

\*\*\*\*\*

LE DIRECTEUR

- 000 748 MSP/DGS/DS/DER

Dakar, le

19 AVR. 2012

## AUTORISATION D'ENQUETE

*Monsieur le Directeur,*

Dans le cadre de la préparation de son Doctorat d'Etat en Médecine et sous la direction du Professeur Bernard Marcel DIOP, Mademoiselle Viviane Marie Pierre CISSE, interne des hôpitaux de Dakar, se propose de mener une étude sur les « Connaissances, Attitudes et Pratiques chez les Personnes Vivant avec le VIH suivies au CRCF du CHNU de Fann ».

Ce travail ayant reçu l'approbation du Comité National d'Ethique pour la recherche en Santé (CNERS), je vous saurai gré, de bien vouloir apporter toute assistance à la postulante pour un bon déroulement de son enquête.

Je vous prie de croire, *Monsieur le Directeur*, à l'assurance de ma parfaite considération et de mes encouragements renouvelés.

*Monsieur le Directeur de l'Hôpital Fann*

FANN

DAKAR

Ampliations

MSAS/CAB

DGS/DS

Intéressée

Archives/Chrono



## Formulaire de consentement libre et éclairé

**Thème : connaissances, attitudes et pratiques chez les PVVIH suivie au CRCF**

**Madame, Monsieur**

Nous souhaitons effectuer une étude chez les PVVIH suivies au CRCF (centre régional de recherche et de formation) du CHNU de Fann et qui a comme thème : d'évaluer les connaissances, attitudes et pratiques chez les PVVIH. Il s'agit d'une enquête qualitative et quantitative ou il vous sera soumis un questionnaire qui va durer au maximum 45 mn.

Cette étude a pour objectif d'évaluer et comprendre les connaissances, attitudes et pratiques des PVVIH et les causes de non observance au traitement ARV. La confidentialité des données sera strictement respectée .elles ne seront communiquées à aucune personne de votre entourage.

Je déclare avoir été suffisamment informé(e) sur le thème de l'étude et je n'ai subi aucune influence ou pression.

l'intéressé(e)

Signature de

## **QUESTIONNAIRE D'ENQUETE CAP**

Bonjour Madame, Mademoiselle, Monsieur, nous menons une enquête sur les Connaissances, Attitudes et Pratiques chez les personnes vivant avec le VIH afin d'améliorer votre prise charge.

Si vous acceptez de participer à cette enquête, il vous sera administré un questionnaire.

L'entretien va durer 30 à 45 min. Acceptez-vous? O/N

Date d'enquête \_\_\_/\_\_\_/2012 Numéro du questionnaire.....

**I) IDENTIFICATION SOCIO-DEMOGRAPHIQUE**

- 1) Initiales : \_\_\_\_\_
- 2) Sexe : \_\_\_\_\_ Masculin \_\_\_\_\_ Féminin
- 3) Quel âge avez-vous ? \_\_\_\_\_ (Date naissance \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ si possible).
- 4) Êtes-vous scolarisé ? : Oui Non (entourer la réponse)  
Si oui, en quelle langue? Français, Arabe, Autre
- 5) Quel est votre niveau d'étude ? Primaire, Secondaire, Université
- 6) Quelle est votre profession ?  
.....  
....
- 7) Quel est votre statut matrimonial ? Célibataire, Marié, Veuf (ve), Divorcé (e)  
Si marié(e) Monogame Polygame ?  
Si polygame, combien d'épouses : .....
- 8) Quel est le statut sérologique de votre conjoint (e) ? : Positif Négatif NSP
- 9) Avez-vous des enfants ? Oui Non  
Si oui, quel est le nombre d'enfants âgés de moins de 5 ans :.....
- 10) Avez-vous des enfants séropositifs? OUI NON NSP  
Combien :  
.....
- 11) Comment avez-vous appris votre maladie ?
- 12) Depuis combien de temps connaissez-vous votre séropositivité ?
- 13) comment pensez vous avoir été contaminé

## II) CONNAISSANCES SUR L'INFECTION A VIH/SIDA

1) Dans quelles circonstances avez-vous pris connaissance du VIH/Sida pour la première fois ? Radio, Télévision, Journal, Etablissement de santé

Lors d'une conférence (religieuse ou non), un ami(e), autres  
Préciser autre personne  
.....  
...

2) Quelles sont les voies de transmission du VIH que vous connaissez ?  
Rapport sexuel sang lames de rasoir objets souillés

De la mère à l'enfant? Oui Non ne sait pas  
Autres  
voies:.....  
.....

3) Serrer la main transmet-il l'infection à VIH /sida ?

4) Qu'est-ce que le SIDA ?

.....  
.....  
.....

5) Quelle en est la cause ? Puntion Epreuve Divine Sorcellerie  
Contamination Autre,

à  
préciser :.....  
.....  
.....

6) Faites-vous la différence entre séropositif et SIDA ? Oui Non  
a. Si oui, comment ?.....  
.....

b. non pourquoi?.....

7) Où peut on faire le test de dépistage de l'infection a VIH /sida  
A l'hôpital Au dispensaire Centre de dépistage volontaire  
NSP

8) Peut-on guérir complètement du SIDA? Oui Non NSP

8) Comment peut-on se protéger du VIH/SIDA ?

Par : Abstinence préservatif fidélité dépistage  
Autre

Si autre moyen de protection à préciser :  
.....  
.....  
.....



4) Si un des partenaires est infecté, doit-il en parler à l'autre? Oui Non  
NSP

Si oui, pourquoi ?.....  
.....  
.....

Si non, pourquoi?.....  
.....  
.....

5) Avant qu'elle a été votre réaction devant une personne infectée par le VIH ?

- Peur - Rejet - Pitié
- Indifférence - Compassion - Autres
- Pourquoi :  
.....  
.....  
.....

6) Maintenant, quelle est votre réaction devant une personne infectée par le VIH ?

- Peur - Rejet - Pitié
- Indifférence - Compassion - Autres
- Pourquoi :  
.....  
.....

7) Aviez-vous déjà fait le dépistage avant votre maladie ? Oui Non  
Si oui, pourquoi ?.....  
.....

Si non, pourquoi?  
.....

8) Pensez-vous que toutes les personnes doivent faire le test de dépistage du VIH ? Oui Non NSP

Si oui, pourquoi ?  
.....  
.....

Si non, pourquoi?  
.....

## **TRAITEMENT**

1) Etes-vous sous traitement ARV ? : Oui Non  
Si non pourquoi?

.....  
.....  
.....

2) Vous est-il arrivé d'arrêter sans l'avis du médecin votre traitement ARV

Oui Non  
a. Si oui

pourquoi? .....  
.....  
.....

b. Si non pourquoi?.....

.....  
.....

3) En dehors de ce traitement, ajoutez-vous un traitement traditionnel?

Oui non

a. Si oui, pourquoi?

.....

b. Si non pourquoi?

.....

Si oui quel type de traitement?

Incantation bain rituel plantes médicinales

4) Pensez-vous que le traitement ARV soit supérieur au traitement traditionnel?

Oui non

Si oui, pourquoi? .....

.....

.....  
.....  
Si non  
pourquoi?.....

➤ **PRATIQUES CULTURELLES**

1) Peut-on donner en mariage la sœur ou le frère d'un patient décédé?

Si oui, dans quelles conditions : .....

.....  
.....  
.Si non,  
pourquoi:.....

2) Pensez-vous que les femmes et les hommes soient également exposés? Oui Non NSP

Si oui, pourquoi?

.....  
.....  
Si non, pourquoi?

3) Selon-vous, à quel âge une jeune fille peut-elle commencer sa vie sexuelle? ..... et

pourquoi?.....

NSP

4) Selon-vous, à quel âge un jeune garçon peut-il commencer sa vie sexuelle? ..... Et pourquoi ?

.....  
.....  
... NSP

b.Si non, pourquoi?.....

➤ **PRATIQUES SEXUELLES**

1) Pensez-vous au SIDA quand une personne qui vous plait vous attire sexuellement ?

Oui, pourquoi?.....

Non, pourquoi?.....

2) Avez-vous des rapports sexuels avec un partenaire régulier ou votre conjoint

Si oui, pourquoi?.....

Si non, pourquoi?.....

.....  
.....

1) Portez-vous des préservatifs lors des rapports sexuels

Si oui, pourquoi ?.....

.....  
.....

Si non, pourquoi?.....

.....  
.....

Je vous remercie d'avoir accepté et pris de votre temps pour répondre à mes questions, nous vous présenterons prochainement nos résultats au CRCF

Temps : \_\_\_\_\_ min.