

LISTE DES ABREVIATIONS

ADN :	Acide désoxyribonucléique
ARV :	Anti Rétro Viraux
CDC :	Center of Disease Control
CPN :	Consultation Pré-Natale
ELISA :	Enzyme Linked Immunosorbent Assay
GPF :	Groupeement de Promotion Féminine
ICP :	Infirmier Chef de Poste
IEC/ CCC :	Information Education Communication/Communication pour un Changement de Comportement
INNTI :	Inhibiteurs Non Nucléosidiques de la Transcriptase Inverse
INTI:	Inhibiteurs Nucléosidiques de la Transcriptase Inverse
IP:	Inhibiteurs de la Protéase
IST:	Infection Sexuellement Transmissible
MSM:	Men having Sex with Men
OCB:	Organisation Communautaire de Base
OMS:	Organisation Mondiale de la Santé
ONUSIDA:	Organisation des nations Unies pour la lutte contre le SIDA
PCR:	Polymérase Chain Réaction
PVVIH:	Personne Vivant avec le VIH
PS:	Professionnelle du Sexe
PTME:	Prévention de la Transmission Mère-Enfant
TARV:	Traitement Anti-Rétro-Viral
UDI:	Utilisateur de Drogues Injectables

LISTE DES TABLEAUX

TABLEAU I :	Estimations mondiales du nombre de PVVIH, de nouvelles infections et de décès liés au sida en 2011
TABLEAU II :	Estimations mondiales du nombre de PVVIH, de nouvelles infections et de décès liés au sida chez les moins de 15 ans en 2011
TABLEAU III :	Modes détaillés de la transmission par voie sexuelle
TABLEAU IV :	Classification OMS de l'infection à VIH (version révisée 2006)
TABLEAU V :	ARV, Familles, DCI, présentation, posologie et effets secondaires
TABLEAU VI :	Indicateur du TARV
TABLEAU VII :	Caractéristiques générales des dépistés
TABLEAU VIII :	Prévalence de l'infection à VIH chez les dépistés
TABLEAU IX :	Prévalences du VIH selon l'année de dépistage
TABLEAU X :	Prévalence du VIH selon le sexe, le groupe d'âge et la situation matrimoniale
TABLEAU XI :	Prévalence du VIH selon la profession
TABLEAU XII :	Prévalence du VIH selon la localité
TABLEAU XIII :	Caractéristiques générales de la population enquêtée
TABLEAU XIV :	Source d'information sur le VIH
TABLEAU XV :	Modes de transmission et moyens de protection contre le VIH/sida
TABLEAU XVI :	Connaissances sur le traitement du VIH/sida
TABLEAU XVII :	Pratiques liées à l'activité sexuelle
TABLEAU XVIII :	Pratiques liées au dépistage de l'infection à VIH

LISTES DES FIGURES

- Figure 1 :** Statistiques régionales du VIH en 2011
- Figure 2 :** Prévalence de l'infection à VIH selon la région, au Sénégal
- Figure 3 :** Structure du VIH
- Figure 4 :** Cycle de réplication du VIH
- Figure 5 :** Cinétique des marqueurs biologiques à la phase aiguë
- Figure 6 :** Etapes du Détermine HIV $\frac{1}{2}$
- Figure 7 :** Kit d'immunocombHIV $\frac{1}{2}$ Bispot
- Figure 8 :** Algorithme de dépistage du VIH avec les TDR
- Figure 9 :** Algorithme du diagnostic des enfants de moins de 12 mois
- Figure 10 :** Département de Saraya dans le Sénégal
- Figure 11 :** Nombre de dépistés selon l'année dans le district sanitaire de Saraya

SOMMAIRE

Pages

INTRODUCTION.....	1
PREMIERE PARTIE :.....	5
I. Définition.....	6
II. Situation et répartition mondiale de l'infection à VIH.....	6
A. Dans le monde	6
B. En Afrique subsaharienne.....	9
1. Afrique australe	9
2. Afrique de l'Est.....	9
3. Afrique de l'Ouest.....	9
C. Ampleur et évolution de l'infection à VIH au Sénégal.....	10
III. Rappel sur l'infection à VIH.....	11
A.Agent pathogène: Structure et Cycle de réplication.....	11
B.Modes de transmission.....	13
1.La transmission par voie sexuelle.....	14
2.La transmission par voie sanguine.....	15
3.La transmission verticale (Mère-Enfant).....	16
C.Diagnostic de l'infection à VIH.....	16
1.Aspects cliniques.....	16
a. Histoire naturelle de l'infection à VIH	16
i.La primo-infection : (Stade 1)	17
ii. Phase asymptomatique : (Stade 2)	17
iii. Phase symptomatique d'immunodépression mineure : (Stade 3)	18
iv.Syndrome d'immunodéficience acquise ou SIDA : (Stade 4)	19
b.Classification de l'OMS (Adolescents et Adultes) de l'infection à VIH.....	20
2.Diagnostic biologique de l'infection à VIH.....	21
a.Les marqueurs biologiques de l'infection à VIH/sida.....	21
b.Les tests diagnostiques :	22
i.Le test ELIS A (enzyme-linked immunosorbent assay).....	22

ii. Le western blot.....	22
iii. Les tests de dépistage rapide (TDR).....	22
iv. Tests de mise en évidence du virus : tests directs.....	25
D. Prévention et prise en charge du VIH/sida.....	26
1. Dépistage.....	26
a. Le Counseling	27
i. Le counseling pré-test :	27
ii. Le counseling post-test :	28
iii. Suivi post-test.....	28
b. Conseil Dépistage Volontaire (CDV)	29
c. Prévention de la Transmission Mère/Enfant (PTME).....	30
i. Présentation de la PTME.....	30
ii. Le conseil-dépistage dans la PTME.....	30
iii. Prise en charge dans la PTME.....	30
iv. Diagnostic précoce chez l'enfant.....	32
2. Prévention de la transmission sexuelle et sanguine	33
a. La prévention de la transmission sexuelle.....	33
b. La prévention de la transmission sanguine.....	33
3. Prise en charge de l'infection à VIH/sida.....	33
a. Prise en charge psycho-sociale.....	34
b. Prise en charge nutritionnelle.....	34
c. Prise en charge médicale.....	34
c-1. Le traitement antirétroviral : les antirétroviraux.....	34
i. les inhibiteurs nucléosidiques de la transcriptase inverse (INTI).....	35
ii. les inhibiteurs non nucléosidiques de la transcriptase inverse (INNTI).....	35
iii. les inhibiteurs de la protéase.....	36
iv. les autres antirétroviraux.....	36
c-2. Conduite du traitement par les ARV.....	38
i. Modalités thérapeutiques.....	38
ii. Critères d'éligibilité au traitement ARV.....	38

DEUXIEME PARTIE :.....	40
I. Cadre d'étude.....	41
a.Caractéristiques géophysiques.....	41
b.Caractéristiques sociodémographiques.....	41
c.Caractéristiques économiques.....	42
d.Découpage administratif	42
e.Le système de santé.....	43
i.Les structures sanitaires.....	43
ii.Le personnel de santé.....	43
II. Type d'étude.....	45
1.Etude de prévalence de l'infection à VIH.....	45
a.Type d'étude.....	45
b.Critères d'inclusion.....	45
c.Programmation des activités.....	45
i.Le personnel	46
ii.Moyens logistiques.....	46
iii.Déroulement de l'activité.....	46
d.Recueil de données.....	47
e.Analyse des données.....	48
2.Enquête C.A.P face au VIH/sida.....	48
a.Type d'étude.....	48
b.Période d'étude.....	48
c.Population de l'étude.....	48
d.Protocole d'échantillonnage.....	48
i.Unité de sondage.....	48
ii.Unité statistique.....	48
iii.Critères d'inclusion.....	49
iv.Méthode de sondage	49
v.Calcul de la taille de l'échantillon de base.....	49
vi.L'effet grappe.....	50

vii. Correction des impondérables.....	50
viii. Distribution des sujets observés.....	50
ix. situations particulières.....	50
e. Déroulement de l'enquête.....	51
i. Le recueil des données :.....	51
ii. La saisie et analyse des données.....	51
III. Résultats.....	52
1. Résultats de l'étude de prévalence du VIH.....	52
a. Caractéristiques générales.....	52 54
b. Prévalences de l'infection à VIH dans la population dépistée.....	54 54
i. Prévalence globale de l'infection à VIH.....	59
ii. Prévalences selon les caractères sociodémographiques.....	59
2. Résultats de l'enquête C.A.P sur le VIH.....	59 59
a. Caractéristiques générales.....	61
i. Caractéristiques de la population d'enquête	61
ii. Caractéristiques de la zone de résidence de la population	64
b. Connaissance des IST/sida.....	65
c. Attitudes vis-à-vis du VIH/sida.....	68
d. Pratiques liées au VIH/sida.....	68
IV. Discussion.....	68 68
1. Etude de prévalence de l'infection à VIH.....	68
a. Caractéristiques générales de la population dépistée :.....	68 71
b. Prévalences de l'infection à VIH :	71
2. Enquête C.A.P le VIH/sida.....	71
a. Caractéristiques générales de la population d'enquête :.....	71 73
b. Connaissances de l'infection à VIH/sida :.....	75
c. Attitudes et pratiques liées au VIH/sida:.....	80
CONCLUSIONS-RECOMMANDATIONS.....	
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	
ANNEXES.....	

INTRODUCTION

L'infection à VIH/SIDA demeure un problème majeur de santé publique. Selon l'ONUSIDA, près de 34 millions personnes vivaient avec le VIH à travers le monde, à la fin de l'année 2011, dont les 2/3 en Afrique sub-saharienne [36].

La riposte mondiale, mise en place dès le début de l'épidémie, avec des stratégies de lutte multisectorielles élaborées dans les différents pays sous la supervision de l'ONUSIDA, a montré son efficacité. D'importantes avancées ont ainsi été notées.

Le nombre de nouvelles infections a baissé dans les pays les plus touchés. Entre 2001 et 2009, l'incidence du VIH a diminué de plus de 25% dans plus de 33 pays dont 22 en Afrique Sub-saharienne. En 2011, on estime que les nouvelles infections ont baissé de 22 % par rapport au pic de 1997 [36].

La prévention de la transmission mère-enfant a abouti à une baisse significative du nombre d'enfants infectés durant la période périnatale et d'allaitement. Leur nombre a connu une baisse de 43% par rapport au pic de 2003 [36].

L'accessibilité des traitements ARV a été fortement améliorée. En 2009, 1,2 million de personnes ont bénéficié d'un traitement ARV pour la première fois, ce qui correspond à une augmentation de 30% de la proportion des personnes sous traitement en une seule année [33]. On estime à 2,5 million le nombre de décès évités grâce au traitement antirétroviral, dans les pays à revenu faible et intermédiaire depuis 1995 [36].

Cependant, d'importants défis restent à relever, avec 2,5 million de nouvelles infections, soit près de 7000 nouveaux cas par jour et 1,7 million de décès liés au VIH/sida en 2011. Dans de nombreux pays, les personnes infectées par le VIH font encore l'objet de stigmatisation et de discrimination [36].

Face à cette situation, l'ONUSIDA a adopté une nouvelle vision, dans son plan stratégique 2011-2015. L'objectif étant de stopper la progression de la pandémie par la lutte contre les nouvelles infections, d'éradiquer la discrimination et la stigmatisation dont les PVVIH font encore l'objet mais aussi de réduire les décès liés à l'infection à VIH. Cette vision se résumant à un slogan : « Zéro nouvelle infection à VIH, Zéro discrimination et Zéro décès liés au Sida ».

Au Sénégal, la prévalence dans la population générale est estimée à 0.7% [3]. L'épidémie est de type concentré avec des prévalences élevées chez les groupes à risque.

Les prévalences sont de 18.5% chez les professionnelles du sexe, 21.8% chez les M.S.M et 9.4% chez les injecteurs de drogues intraveineuses [10].

Le Sénégal a mis en place un programme de riposte depuis 1986, avec une approche multisectorielle. Le pays s'est engagé, dans le cadre des OMD volet 6, à enrayer la propagation du VIH/sida et à inverser la tendance actuelle. Dans le but d'atteindre ses engagements, le plan stratégique 2011-2015 a été élaboré afin d'accélérer la réponse à l'épidémie. Il a pour objectifs le maintien de la prévalence à moins de 1% par la réduction des nouvelles infections, l'accès universel aux services de prévention, de soins, de traitement et de soutien, et l'amélioration de la prise en charge des PVVIH et des groupes les plus vulnérables à l'infection à VIH. [10]

Le District sanitaire de Saraya est situé dans la région de Kédougou, à l'extrême Sud-est du Sénégal, à la frontière du Mali à l'Est et de la Guinée au Sud. La zone est traditionnellement agricole, cependant l'industrie minière et l'orpaillage traditionnel sont en plein essor. Ces nouvelles activités économiques ainsi que le désenclavement progressif ont occasionné d'importants flux migratoires en provenance de l'intérieur du pays et des pays de la sous-région. La forte mobilité

de la population qui en découle, a entraîné des mutations notables dans l'environnement socio-économique de la zone.

La qualité de l'éducation des populations et leur connaissance de l'infection à VIH constituent un déterminant important en matière de réduction du risque de transmission au niveau de la communauté.

C'est dans ce contexte que nous avons entrepris ce travail qui se fixait pour objectifs de déterminer la prévalence de l'infection à VIH dans le district sanitaire de Saraya et d'évaluer les connaissances, attitudes et pratiques des populations par rapport à cette affection, et enfin de formuler des recommandations en matière de prévention.

Notre travail s'articule autour du plan suivant :

- Dans la première partie, nous procéderons à des rappels d'ordre épidémiologique, physiopathologique, clinique, biologique et thérapeutique sur l'infection à VIH ;
- Dans la deuxième partie, nous présenterons notre travail personnel qui comportera la méthodologie utilisée, les résultats obtenus et les commentaires qui en découlent ;
- Nous terminerons par les conclusions et recommandations.

PREMIERE PARTIE :
RAPPEL EPIDEMIOLOGIQUE,
PHYSIOPATHOLOGIQUE,
CLINIQUE, BIOLOGIQUE ET
THERAPEUTIQUE SUR
L'INFECTION A VIH

I. DEFINITION

L'infection à VIH est une maladie virale, infectieuse et chronique due aux Virus de l'Immunodéficience Humaine (VIH1 et VIH2). Elle s'accompagne de la diminution des moyens de défense de l'organisme. Son évolution est marquée par l'apparition de maladies appelées infections opportunistes. Le Syndrome de l'Immunodéficience Acquise (SIDA) constitue son stade évolutif ultime.

II. SITUATION ET REPARTITION MONDIALE DE L'INFECTION A VIH

A. DANS LE MONDE : [32] [36]

Les premiers cas de SIDA ont été décrits en 1981 aux Etats Unis d'Amérique. Dès 1985, au moins un cas d'infections à VIH avait été notifié dans chacune des régions du monde [32].

Malgré une incidence qui continue à diminuer, l'ONUSIDA estime à 34 millions le nombre de personnes vivant avec le VIH/SIDA à la fin de l'année 2011, soit une hausse de 17% par rapport à 2001. Cela du fait d'un nombre toujours important de nouvelles infections et l'expansion significative de l'accès au traitement antirétroviral qui a contribué à réduire les décès liés au SIDA, notamment au cours de ces dernières années [36].

Estimation du nombre d'adultes et d'enfants vivant avec le VIH | 2011

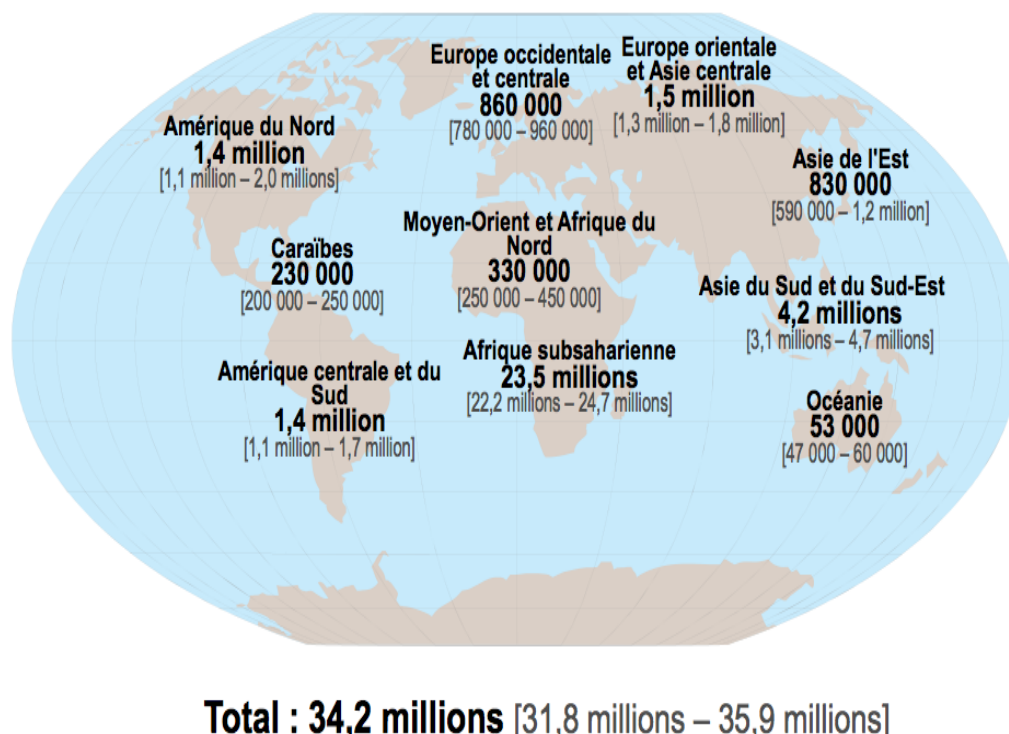


Figure 1 : Statistiques régionales du VIH/sida en 2011 [36]

Les nouvelles infections au cours de l'année 2011 sont estimées à 2,5 millions, soit une baisse de 22% par rapport à 2001. Malgré cette tendance générale à la baisse, certaines régions comme le Moyen-Orient, l'Afrique du Nord, l'Europe orientale et l'Asie centrale connaissent une augmentation du nombre de nouvelles infections. Le nombre d'individus sous traitement antirétroviral est passé de 300 000 à 8 millions entre 2002 et 2011. Le nombre de décès liés au SIDA est en constante diminution. Il est estimé à environ 1,7 million pour l'année 2011 contre 2,2 millions en 2005, soit une baisse de 24% [36].

Tableau I : Estimations mondiales du nombre de PVVIH, de nouvelles infections et de décès liés au sida en 2011 [36]

Estimations mondiales pour les adultes et les enfants | 2011

Personnes vivant avec le VIH	34,2 millions [31,8 millions – 35,9 millions]
Nouvelles infections à VIH en 2011	2,5 millions [2,2 millions – 2,8 millions]
Décès liés au sida en 2011	1,7 million [1,6 million – 1,9 million]

Les femmes restent très vulnérables à l'infection à VIH. Elles constituent la moitié des adultes vivant avec le VIH dans le monde. L'amélioration de l'accès aux services de PTME a permis une forte diminution du nombre annuel d'enfants contaminés. On estime à 330000 le nombre d'enfants nouvellement infectés en 2011, soit une baisse de 43% par rapport au pic de 2003. [36] Le nombre d'enfants vivant avec le VIH dans le monde est estimé à 3,4 million en 2011, avec plus de 90% vivant en Afrique subsaharienne. Le nombre de décès liés au SIDA, chez les enfants de moins de 15 ans a fortement baissé. Il est estimé à 230000 en 2011 [36].

Tableau II : Estimations mondiales du nombre de PVVIH, de nouvelles infections et de décès liés au sida chez les moins de 15 ans, en 2011 [36]

**Estimations mondiales VIH et sida 2011
Enfants (<15 ans)**

Enfants vivant avec le VIH	3,4 millions [3,1 millions – 3,9 millions]
Nouvelles infections à VIH en 2011	330 000 [280 000 – 380 000]
Décès liés au sida en 2011	230 000 [200 000 – 270 000]

La répartition des personnes infectées n'est pas homogène à travers le globe. Les pays en voie de développement sont les plus vulnérables.

B. EN AFRIQUE SUBSAHARIENNE [36]

L'Afrique subsaharienne demeure la plus touchée avec 23,5 million de sujets infectés dont 1,7 million de nouvelles infections en 2011. La vulnérabilité des femmes y est plus accentuée, avec un nombre de femmes adultes vivants avec le VIH qui était 1,4 fois plus élevé que celui des hommes.

1. AFRIQUE AUSTRALE : [36]

Dans cette région du continent la prévalence demeure très élevée. Elle est de 26% au Swaziland (la plus élevée au monde), de 23.4% au Botswana et 17.3% en Afrique du Sud à titre d'exemple. L'Afrique du Sud, qui compte 5,6 millions de PVVIH, a le plus grand nombre de personnes infectées.

2. AFRIQUE DE L'EST: [36]

C'est la première région touchée dans le continent. La prévalence est stable avec 7.2% en Ouganda, 6.2% au Kenya, 2.9% au Rwanda et 1.4% en Ethiopie.

3. AFRIQUE DE L'OUEST : [34,36]

Dans la sous-région ouest africaine, la prévalence est relativement faible, notamment dans les pays où elle est estimée à 2% ou moins (Bénin, Burkina Faso, Cap Vert, Gambie, Ghana, Guinée, Liberia, Mali, Mauritanie, Niger, Sierra Leone et Sénégal). D'autres pays de la région ont des prévalences plus élevées : Cameroun (4.6%), République centrafricaine (4.6%), Côte d'Ivoire (3%), Gabon (5%) et Nigeria (3.7 %).

C. AMPLEUR ET EVOLUTION DE L'INFETION A VIH AU SENEGAL : [3,10]

Au Sénégal, l'épidémie est de type concentré, avec une prévalence faible dans la population générale, mais élevée dans certains groupes. La prévalence globale de l'infection à VIH est de 0.7% selon l'EDS V. On retrouve cependant d'importantes disparités selon les régions.

Cette prévalence est beaucoup plus élevée chez les groupes à risque avec 18.5% chez les professionnelles du sexe, 21.8% chez les M.S.M et 9.4% chez injecteurs de drogues intraveineuses.

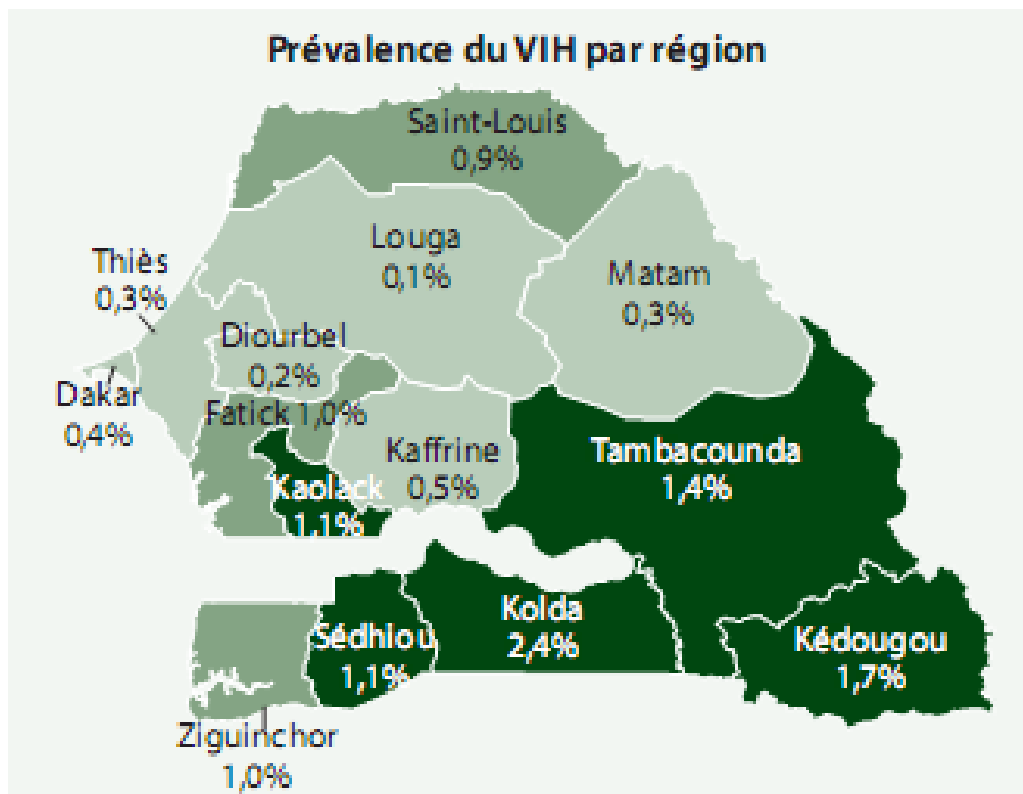


Figure 2: Prévalence de l'infection à VIH selon la région, au Sénégal [3]

Les femmes sont nettement plus touchées avec un ratio F/H de 1,6 malgré une nette progression par rapport à 2005 (2,25 selon l'EDS IV). Chez elles, la prévalence globale est de 0.8% (contre 0.5% chez les hommes). Elle atteint ses niveaux les plus élevés dans les régions sud avec 2.5% à Kédougou et 2.4% à

Kolda. La surveillance sentinelle retrouve chez la femme enceinte une prévalence de 0.7% [10].

Selon l'ONUSIDA, plus de 60% des nouvelles infections surviennent chez des couples stables. Ainsi des groupes passerelles ont été identifiés comme pouvant être les nœuds transmetteurs de l'épidémie, des populations les plus exposées vers la population générale. Ces groupes passerelles sont constitués par les routiers, les pêcheurs, les orpailleurs, les détenus, les populations fréquentant les marchés hebdomadaires, les forces de sécurité, les migrants...

Ainsi chez les camionneurs, la prévalence est passée de 1.4% en 2006 à 0.6% en 2010, alors que chez les orpailleurs, elle est de 1.3% [10].

La stigmatisation et la discrimination envers les PVVIH demeurent des obstacles majeurs à l'accès universel à la prévention et au traitement. L'EDS V retrouve un degré de tolérance total relativement faible avec seulement 4% des femmes et 5% des hommes qui ont exprimé une attitude de tolérance vis-à-vis des PVVIH [3].

III. RAPPEL SUR L'INFECTION A VIH

A. AGENT PATHOGENE : Structure et Cycle de réplication [5,11]

Le VIH appartient à la famille des Rétrovirus ou Rétroviridae, au genre Lentivirus qui a la caractéristique d'entraîner des infections virales lentes mais toujours mortelles. On distingue deux types majeurs :

- le VIH1, découvert en 1983, le plus répandu, responsable de la pandémie ;
- le VIH2, isolé en 1985, surtout localisé en Afrique de l'Ouest.

Virus à ARN, ils possèdent trois enzymes, la transcriptase inverse, l'intégrase et la protéase qui sont indispensables à la réplication. Cette dernière passe par une

étape de rétro-transcription du matériel génétique, constitué de deux molécules d'ARN identiques, en ADN.

Le VIH présente une grande variabilité génétique. On retrouve cependant trois gènes communs aux rétrovirus : le gène GAG responsable de la synthèse de la capside ; le gène POL pour la transcriptase inverse, l'intégrase et la protéase et le gène ENV pour la protéine de l'enveloppe.

Les cibles du virus sont les cellules portant la molécule CD4, récepteur de haute affinité pour la gp 120 (glycoprotéine de l'enveloppe du VIH), à leur surface. Il s'agit principalement des lymphocytes TCD4, mais également les monocytes-macrophages, les cellules folliculaires dendritiques, les cellules cutanées de langerhans et cellules microgliales cérébrales. Les macrophages constituent un réservoir de virus et permettent la transmission directe intracellulaire du virus aux lymphocytes.

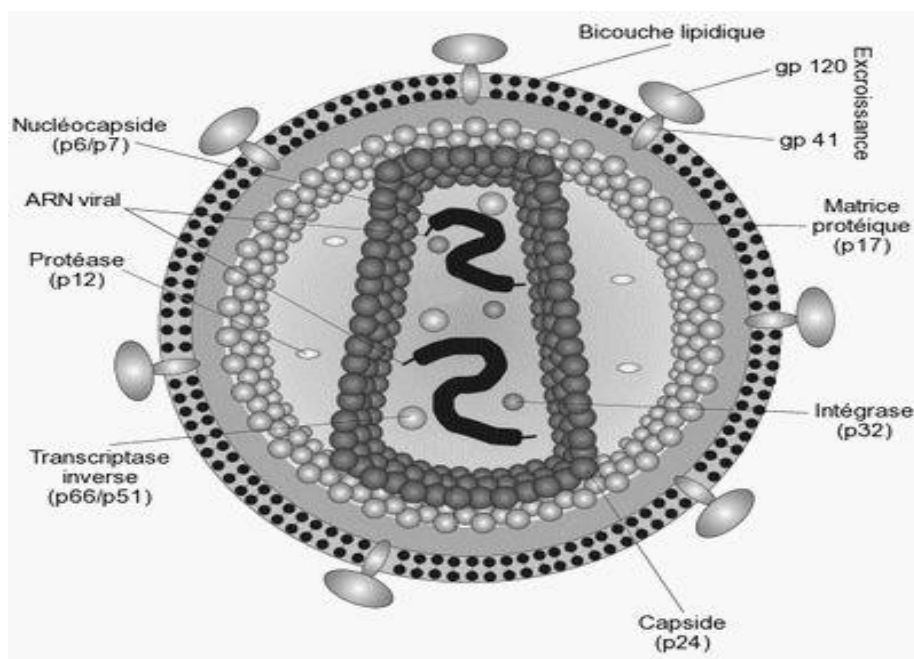


Figure 2: Structure du VIH [50]

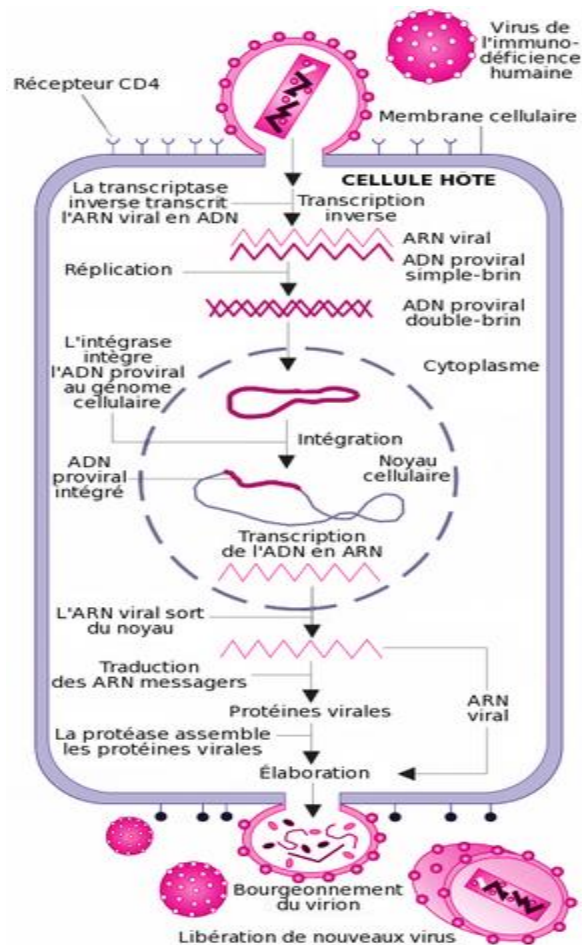


Figure 3 : Cycle de réplication de VIH [6]

B. MODES DE TRANSMISSION [38]

Le VIH est présent dans les liquides biologiques de l'organisme des sujets infectés. On le retrouve ainsi dans le sang, le sperme, le liquide séminal, les sécrétions vaginales et le lait maternel.

Le VIH présente trois principaux modes de transmission :

- la transmission par voie sexuelle ;
- la transmission par voie sanguine ;
- la transmission verticale, de la mère à son enfant.

1. La transmission par voie sexuelle

C'est le mode de transmission le plus fréquent dans le monde, survenant lors des rapports sexuels non protégés. La contamination se fait par l'intermédiaire des muqueuses buccales, génitales, rectales, lorsqu'elles sont en contact avec les sécrétions ou du sang contaminé.

Tableau III : Modes détaillés de la transmission par voie sexuelle [16]

Type de rapport		Risque estimé par acte
Hétérosexuel	Vaginal	0,1% avec 0,15%(H→F) et 0,09%(F→H)
	Anal	risque x 10/voie vaginale
	Buccogénital	quelques cas décrits
Homosexuel	Anogénital	pratique réceptive : 0,5 à 3%; pratique active : 0,01 à 0,18%
	Buccogénital	pratique réceptive : 0,04%
	Bucco anal	absence de données

Légende :

H→ F : homme séropositif pour le VIH ayant un rapport sexuel avec une femme séronégative pour le VIH

F→ H : femme séropositive pour le VIH ayant un rapport sexuel avec un homme séronégatif pour le VIH.

Certains facteurs peuvent favoriser l'infection :

- Le risque de transmission est plus élevé de l'homme à la femme. Cette vulnérabilité biologique de la femme est liée à l'étendue de la muqueuse génitale, souvent siège de lésions traumatiques, et qui reste en contact avec le produit infectant pendant de longues périodes.
- Les IST
- Le multipartenariat homo ou hétérosexuel
- La pratique de la sodomie : la muqueuse rectale est la plus susceptible de s'être infectée
- Un état avancé de la maladie qui se traduit par des manifestations cliniques, une charge virale plasmatique élevée et un taux de LT CD4+ bas.

2. La transmission par voie sanguine

Ce mode de transmission est lié à une exposition à du sang contaminé de façon accidentelle ou non. Ce risque est présent chez les toxicomanes, les transfusés et les professionnels de santé, ceux-ci étant susceptibles d'être en contact direct avec du sang.

Ainsi chez les toxicomanes, l'estimation du risque de contamination par usage de drogue injectable est de 0.67% [16].

Chez les professions de santé, le risque est d'être victime d'un accident d'exposition au sang (AES). Ce risque est estimé à 0.4% [16].

La transmission nosocomiale est possible surtout en l'absence d'utilisation de matériel à usage unique et de protocole efficace de stérilisation. Dans certains pays en voie de développement, le risque peut atteindre 10% [16].

3. La transmission verticale (Mère-Enfant)

La transmission du virus de la mère à l'enfant peut survenir à différentes étapes de la grossesse, In utero surtout au troisième trimestre, intra-partum ; mais également lors de l'allaitement.

Chez le jeune enfant, 75 à 90% des infections à VIH sont verticales [16].

Le risque lors de la grossesse et de l'accouchement est estimé à 30% lorsqu'aucune thérapeutique n'est utilisée chez la mère. [14] Ce risque est augmenté avec la charge virale de la femme ou dans un contexte de rupture prolongée des membranes. Si une thérapeutique est utilisée pendant la grossesse, l'accouchement et durant les 6 premières semaines de vie du nouveau-né, ce risque descend à 5-10% [16].

Lors de l'allaitement, le risque de contamination est estimé à 5-7% [16].

C. DIAGNOSTIC DE L'INFECTION A VIH

1. ASPECTS CLINIQUES [4, 18, 22, 25, 50]

a. Histoire naturelle de l'infection à VIH

L'infection à VIH est une pathologie d'évolution lente, comprenant plusieurs phases. L'histoire naturelle est l'ordre habituel, stéréotypé dans lequel se déroulent les manifestations cliniques et immuno-virologique depuis la pénétration du virus dans l'organisme jusqu'au stade de SIDA. Dans le but de disposer d'un outil nosologique commun, le Center for Disease Control (CDC) d'Atlanta et l'OMS avaient proposé en décembre 1987 une classification de ces différentes manifestations en 4 phases.

i. La primo-infection : (Stade 1) [9,50]

Symptomatique dans 20 à 30% des cas, elle se manifeste par des signes généraux peu spécifiques. Les symptômes les plus fréquents sont :

- Une fièvre ;
- Des courbatures ;
- Une fatigue ;
- Des adénopathies disséminées ;
- Une éruption cutanée de type morbiliforme ;
- Une angine avec dysphagie pouvant simuler une mononucléose infectieuse.

Des manifestations neurologiques à type de syndrome méningé, de paralysie faciale, d'encéphalite, de myélopathie ou de neuropathie périphérique peuvent également être retrouvées.

Les symptômes surviennent 15 à 30 jours après la contamination et durent 1 à 3 semaines. Cette phase correspond à une réplication virale intense.

ii. Phase asymptomatique : (Stade 2) [39,52]

C'est la phase d'infection chronique, pouvant durer jusqu'à 10 à 15 ans. Elle est cliniquement latente mais biologiquement active avec une réplication virale constante, principalement au niveau des organes lymphoïdes.

L'examen clinique est le plus souvent normal. Toutefois, dans près de la moitié des cas, on retrouve une lymphadénopathie généralisée persistante se présentant sous la forme d'adénopathies généralement symétriques, notamment dans les régions cervicales, axillaires, sous maxillaires ou occipitales.

La biopsie retrouve une hyperplasie folliculaire, non spécifique. Ces adénopathies régressent progressivement, parallèlement à la déplétion lymphocytaire.

iii. Phase symptomatique d'immunodépression mineure :

(Stade 3) [39]

Ces manifestations sont le reflet d'une altération débutante du système immunitaire. Elles ont un intérêt clinique d'alerte et doivent pousser à évoquer le diagnostic d'infection à VIH. On peut retrouver :

- **Symptômes constitutionnels :**

Ils témoignent d'une progression de l'infection (CD4 bas et charge virale élevée). On retrouve :

- des sueurs nocturnes abondantes ;
- une fièvre modérée mais persistante ;
- une altération de l'état général ;
- une perte de poids inexpliquée > 10% ;
- une diarrhée se prolongeant au-delà d'un mois, sans cause décelable.

- **Manifestations cutanées ou muqueuses :**

Il s'agit d'infections dont la survenue sans facteur favorisant connu, nécessite la recherche de l'infection à VIH :

- dermite séborrhéique de la face, du cuir chevelu ou plus rarement du torse ;
- prurigo d'évolution chronique ou récidivante ;
- folliculite ;
- zona ;

- verrues, condylomes, molluscum contagiosum ;
- candidose buccale ou génitale ;
- leucoplasie chevelue des bords latéraux de la langue due l'Epstein Barr Virus ;
- Herpès génital ou péri-anal.

A ce stade, des signes d'immunodépression sont déjà présents à la biologie :

- Une leucopénie inférieure à 4000 éléments/mm³ ;
- Une lymphopénie nombre absolu de lymphocytes CD4 en dessous de 400 /mm³ ;
- Anergie des tests cutanés ;
- Thrombopénie.

iv. **Syndrome d'immunodéficience acquise ou SIDA** : (Stade 4)

[39]

Il s'agit du stade évolué de l'infection à VIH, survenant en règle plusieurs années après la contamination virale. Il est caractérisé par la survenue de manifestations infectieuses opportunistes et tumorales liées à la déplétion profonde de l'immunité cellulaire. Ces manifestations sont résumées dans la classification de l'OMS ci-après.

b. Classification de l'OMS (Adoles et Adolescents) de l'infection à VIH [28]

Tableau IV : Classification OMS de l'infection à VIH (Version révisée 2006)

<p>Stade clinique 1</p> <ul style="list-style-type: none"> • Patient asymptomatique • Adénopathies persistances généralisées • Degré d'activité : activité normale 	<p>Stade clinique 4</p> <ul style="list-style-type: none"> • Syndrome cachectique lié au VIH • Pneumopathie à <i>Pneumocystis jiroveci</i> • Pneumonie bactérienne récurrente • Herpès cutanéomuqueux > 1 mois ou herpès viscéral quelle que soit la durée • Candidose de l'œsophage, de la trachée, des bronches ou des poumons • Tuberculose extra-pulmonaire • Maladie de Kaposi • Infection à CMV (rétine, ou viscérale autre) • Toxoplasmose cérébrale • Encéphalopathie à VIH • Cryptococcose extra-pulmonaire • Mycobactériose atypique disséminée • Leucoencéphalopathie multifocale progressive • Cryptosporidiose chronique (avec diarrhée) • Isosporose chronique • Mycose endémique disséminée (histoplasmosse, coccidioidomycose) • Bactériémie à <i>Salmonelles</i> non typhiques récurrente • Lymphome (cérébral ou à cellule B non hodgkinien) ou autre tumeur solide associée au VIH • Carcinome invasif du col utérin • Leishmaniose viscérale • Néphropathie ou cardiopathie liée au VIH symptomatique • Degré d'activité 4 : Patient alité plus de 50% du temps
<p>Stade clinique 2</p> <ul style="list-style-type: none"> • Perte de poids involontaire < 10% du poids corporel • Dermatite séborrhéique • Prurigo • Atteinte fongique des ongles • Ulcérations buccales récurrentes • Chéilite angulaire • Zona • Infections récidivantes des voies respiratoires supérieures • Degré d'activité 2 : Patient asymptomatique activité normale 	
<p>Stade clinique 3</p> <ul style="list-style-type: none"> • Perte de poids involontaire $\geq 10\%$ du poids corporel • Diarrhée chronique inexpliquée > 1 mois • Fièvre prolongée (> 1 mois) inexpliquée (> 37,6°C, intermittente ou constante) • Candidose buccale persistante • Leucoplasie chevelue buccale • Tuberculose pulmonaire en cours • Infection bactérienne sévère • Gingivite, périodontite ou stomatite ulcéralive aigues nécrosantes • Anémie < 8g/dl, neutropénie < 500/mm³ ou thrombocytopénie < 50000/mm³ inexpliquées • Degré d'activité 3 : Patient alité moins de 50% du temps 	

2. DIAGNOSTIC BIOLOGIQUE DE L'INFECTION A VIH

[21][50]

Le diagnostic biologique de l'infection à VIH repose sur la détection soit d'anticorps dirigés contre le virus, soit d'antigènes viraux ou de l'ARN viral. La recherche est habituellement faite sur un prélèvement sanguin.

a. Les marqueurs biologiques de l'infection à VIH/SIDA

- Les anticorps anti-vih
- L'antigène p24
- L'ARN viral

La recherche de l'ADN proviral et l'isolement du virus par la culture ne sont pas d'usage courant.

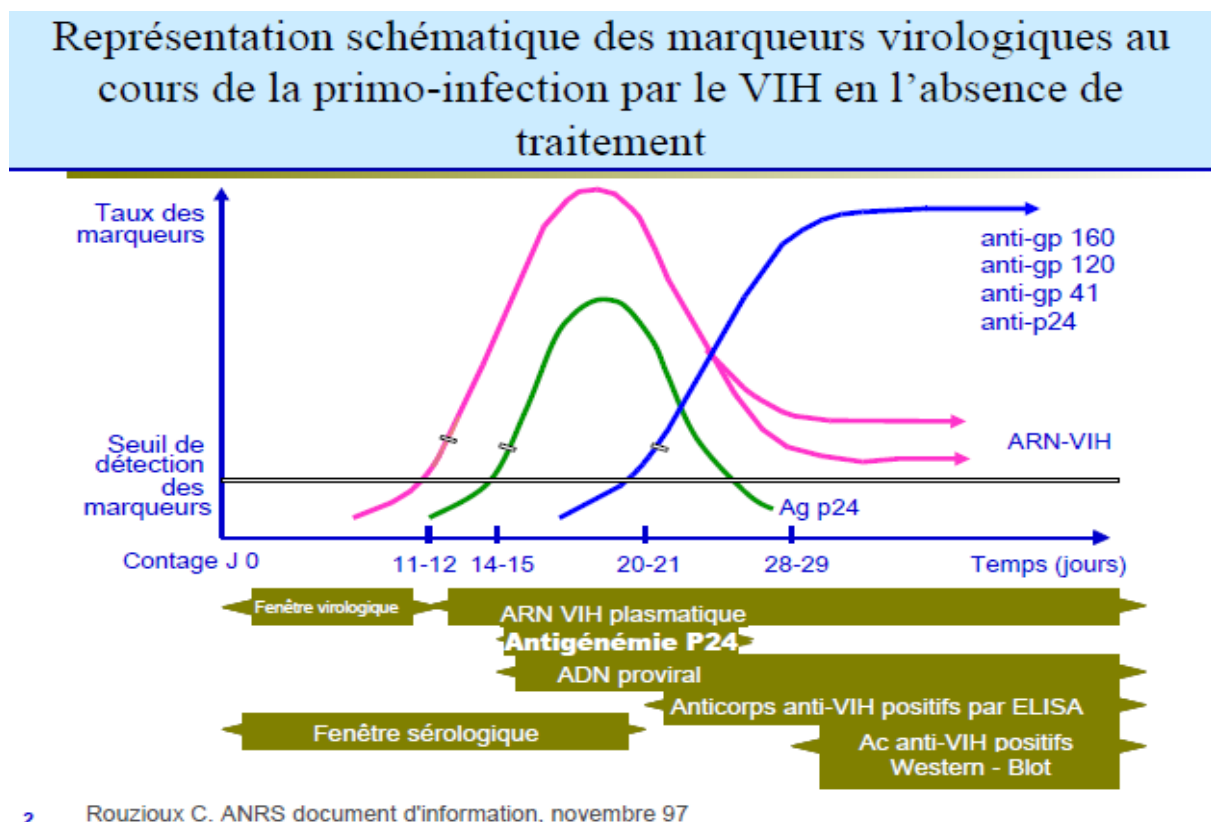


Figure 4: Cinétique des marqueurs biologiques à la phase aiguë [42]

Les délais d'apparition des différents marqueurs sont des données indicatives moyennes, soumis à des variations selon les performances des techniques utilisées et de la réaction immunitaire du sujet infecté.

b. Les tests diagnostiques

i. Le test ELISA (enzyme-linked immunosorbent assay): [40]

Il entre dans le cadre plus général des EIA ou Enzyme Immuno-Assay. Il s'agit du dosage des anticorps anti-VIH, couplé à une réaction catalysée par une enzyme qui libère un composant coloré suivi par une spectroscopie. La technique présente une grande sensibilité, ce qui limite le risque de faux-négatif. Cette grande sensibilité en fait une méthode de dépistage performante.

ii. Le western blot [47]

C'est une technique de transfert sur nitrocellulose, après migration électrophorétique en gel de polyacrylamide, de protéines d'un lysat viral. Différentes protéines constitutives du virus seront reconnues, sur la bandelette de WB, par des anticorps spécifiques anti-VIH1 ou anti-VIH2 avec la formation de bande révélées par une réaction enzymatique.

Cette technique, hautement spécifique, permet d'éliminer les faux positifs; ce qui en fait un excellent moyen de confirmation.

iii. Les tests de dépistage rapide (TDR) : [7,35]

Il s'agit de tests unitaires, mis en place au début des années 1990. Ils sont de réalisation simple et fournissent un résultat en moins de 30 minutes généralement. Leur utilisation n'implique qu'un nombre réduit d'étapes, ne nécessitant pas d'instrumentation autre que celle incluse dans le kit et peut être confiée à des personnes ayant une expertise limitée. Cette méthode est pratique pour le dépistage de masse car permettant la réalisation du test et la réception du résultat lors de la même visite.

Différents algorithmes ont été proposés par l'OMS, chacun comportant la combinaison d'au moins deux tests de diagnostic rapide. Le premier ayant la sensibilité la plus élevée et le second une spécificité élevée. Le diagnostic de l'infection à VIH est posé si les deux tests sont positifs.

Au Sénégal l'algorithme utilisé comporte :

- le **Determine HIV^{1/2}™** :

Test de premier choix, il est présenté sous la forme de bandelette d'immunochromatographie recouvert de peptides synthétique de HIV 1&2. Il présente une sensibilité annoncée de 100% et une spécificité annoncée de 99,4%. Il détecte aussi les VIH 1 et 2, sans pouvoir cependant les différencier.

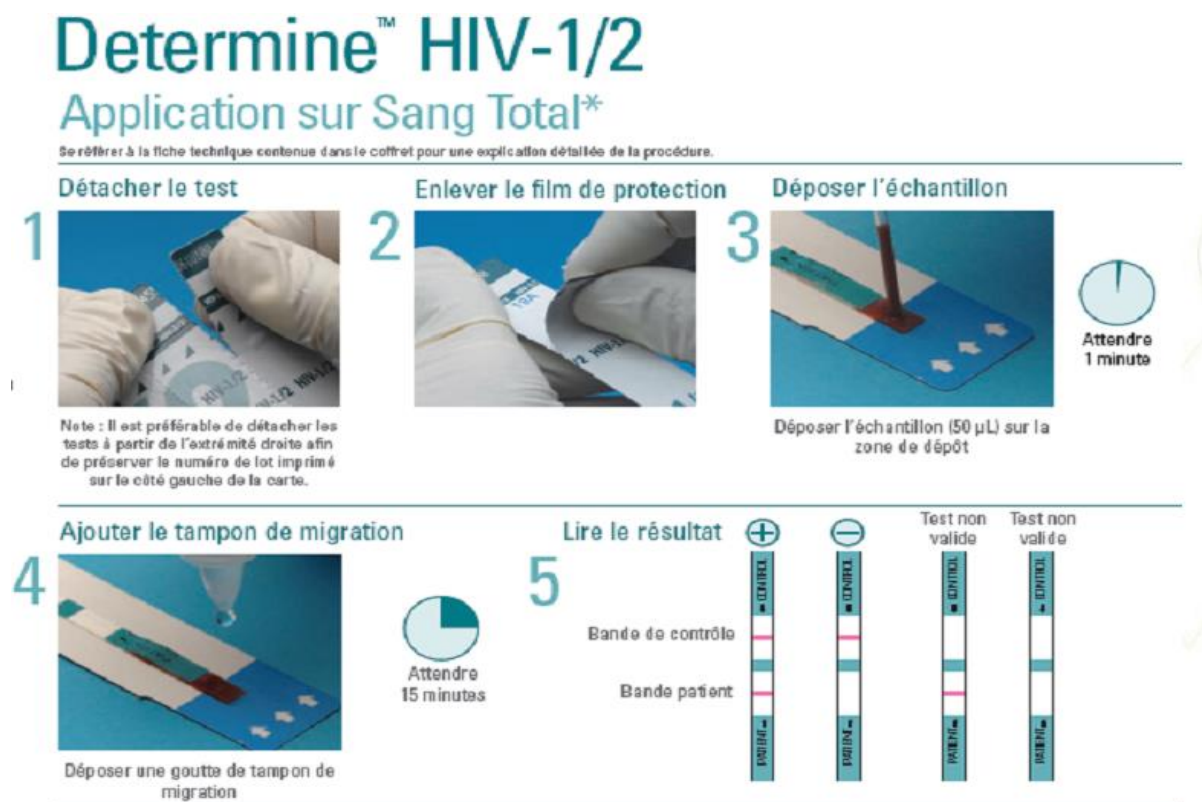


Figure 5: Etapes du Determine HIV ^{1/2} [51]

- **l'ImmunocombII HIV 1/2 Bispot® :**

Il est utilisé comme test discriminant, avec une sensibilité annoncée de 100% et une spécificité annoncée de 99,4%. Il permet de faire la différence entre le VIH 1 et le VIH 2. Il s'agit d'un test immuno-enzymatique indirect en phase solide(EIA). La phase solide est un peigne de 12 dents, chaque dent étant sensibilisée à sa surface de trois spots de réaction :

- Un spot supérieur comportant des anticorps de chèvre anti-immunoglobulines humaines servant de contrôle interne.
- Un spot médian comportant des peptides synthétiques de VIH-2.
- Un spot inférieur comportant des peptides synthétiques VIH-1.

Tous les réactifs nécessaires à la réalisation du test sont prêts à l'emploi et pré-distribués dans le bac de développement qui est divisé en 6 compartiments (A-F) de 12 puits chacun. Chaque compartiment correspondant à un réactif et à une étape du test.



Figure 6 : Kit d'immunocomb II HIV^{1/2} Bispot(orgenics.com)

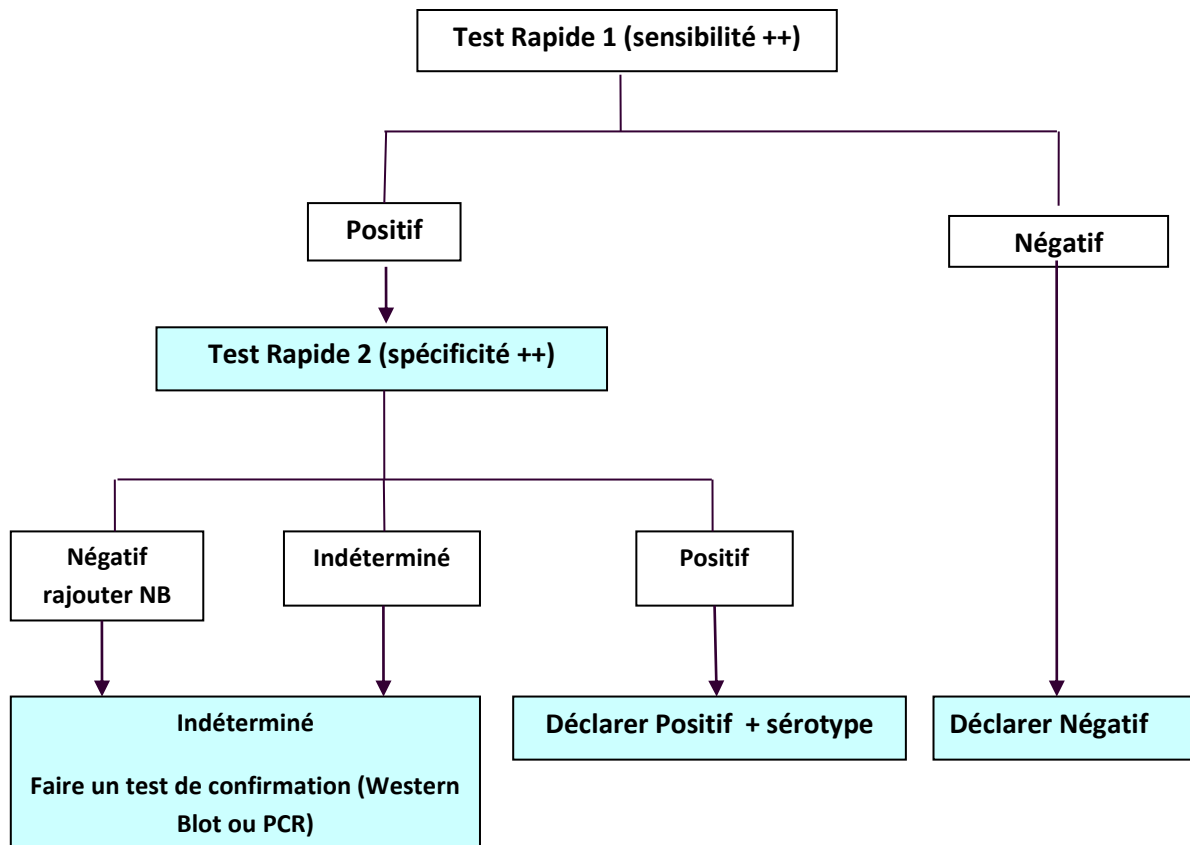


Figure 7: Algorithme de dépistage du VIH avec les TDR [29]

iv. Tests de mise en évidence du virus : tests directs

Ce sont des techniques qui permettent de détecter directement le virus ou un de ses éléments constitutifs. Ils comportent la quantification virale, la culture virale et la recherche d'un constituant du viral, l'antigène p24.

- **La quantification virale**

Elle consiste à mesurer l'ARN viral circulant dans le sang ou l'ADN du virus intégré dans les cellules cibles. Elle fait appel à la technique biologique d'amplification génique ou Polymérase Chain Réaction (PCR). Elle permet en outre de déterminer la charge virale qui est un critère de suivi import du TARV. Chez les enfants nés de mère infectée, elle constitue le seul test diagnostique avant l'âge de 18 mois.

- **La culture virale**

Elle consiste à mettre en présence des lymphocytes du sujet infecté avec des lymphocytes d'un sujet non infecté, et à détecter les particules virales produites par les lymphocytes sains contaminés par les lymphocytes infectés. Technique très coûteuse et longue, elle est réservée aux laboratoires de recherche spécialisée.

- **La recherche de l'antigène p24**

Elle fait appel à des tests ELISA « sandwich » dits tests combinés qui sont capables de détecter l'antigène p24 en même temps que les anticorps anti-VIH. Son intérêt réside dans le diagnostic de l'infection à VIH dès la phase aiguë de primo-infection.

D. PREVENTION ET PRISE EN CHARGE DU VIH/sida

La complexité de l'infection à VIH, la multiplicité des facteurs de risque mais surtout les nombreuses contraintes liées à sa prise en charge font que la prévention occupe une place prépondérante dans la riposte globale face à la pandémie.

1. DEPISTAGE [6,29]

Le dépistage du VIH est un processus qui permet de déterminer si un individu est infecté ou non par le VIH. Il occupe une place prépondérante, car servant de porte d'accès aux autres services de prévention et de prise en charge de l'infection à VIH/sida.

Différentes stratégies de dépistage peuvent être utilisées : [6]

- Dépistage **opt-in** ou « méthode d'acceptation » : méthode de dépistage nécessitant au préalable un accord de la personne, un consentement éclairé à la suite d'un counseling.

- Dépistage **opt-out** ou « méthode du consentement présumé » : cette méthode consiste à dépister les personnes dans tout lieu de soins en les informant de la réalisation du test au même titre que les autres examens sanguins éventuellement réalisés. A l'inverse de l'opt-in, l'opt-out ne requiert pas d'accord spécifique de la personne concernée mais le test est refusé si elle s'y oppose spécifiquement.

a. Le Counseling

L'OMS définit le counseling VIH/SIDA comme “un dialogue confidentiel entre un client et un personnel prestataire de services en vue de permettre au client de surmonter le stress et de prendre des décisions personnelles par rapport au VIH/SIDA. Le counseling consiste notamment à évaluer le risque personnel de transmission du VIH et à faciliter l'adoption de comportements préventifs”. Il fait partie intégrante de la démarche de dépistage et doit être réalisé par une personne formée à la conduite d'entretien liée au VIH/SIDA.

Il comporte trois étapes que sont le counseling pré-test, le counseling post-test et un suivi au-delà du dépistage quel que soit le statut sérologique VIH retrouvé [6].

i. Le counseling pré-test :

C'est un entretien permettant de préparer le client avant le test de dépistage. Le premier contact est très important car il est déterminant pour la relation conseiller-client à venir. Le conseiller doit se présenter, expliquer son rôle et rassurer le client quant à la confidentialité de la procédure.

Le pré-test a pour objectifs :

- Déterminer les connaissances en matière de VIH/SIDA du client et corriger les incompréhensions ;

- Evaluer les risques individuels du client ;
- Dresser le profil psychosocial du client ;
- Elaborer avec le client un plan de réduction du risque ;
- Expliquer le test de dépistage, sa signification et les implications du résultat ;
- Obtenir le consentement libre et éclairé.

Dans le cadre de la PTME, des séances d'information de groupe peuvent être organisées à l'attention des femmes et de leurs accompagnants présents dans les salles d'attente des CPN [14]. Le counseling pré-test peut nécessiter plusieurs entretiens avant l'obtention du consentement.

ii. Le counseling post-test :

Entretien au cours duquel le résultat est porté à la connaissance du client. Un résultat quel qu'il soit ne doit jamais être donné à une personne autre que celle concernée sauf en sa présence et avec son consentement.

Il permet :

- si le test est négatif, le renforcement de la prévention à travers la révision du plan de réduction du risque élaboré lors du pré-test.
- si le résultat est positif, l'organisation de la référence pour le suivi et la prise en charge.
- si indéterminé, d'expliquer la signification du résultat et la nécessité de refaire un autre test.

iii. Suivi post-test

Les sujets dépistés, quel que soit le résultat, doivent bénéficier d'un suivi après le test. Cela permet un soutien psycho-social ainsi que le suivi du plan de réduction des risques élaboré depuis le pré-test.

b. Conseil Dépistage Volontaire (CDV) [29,17]

Le conseil-dépistage volontaire est l'une des stratégies les plus efficaces dans la lutte contre l'infection à VIH. Le CDV met à la disposition des populations des services gratuits de conseil-dépistage de manière volontaire et anonyme. Ces services sont disponibles au niveau de centres fixes ou par le biais d'équipes mobiles. Trois types de stratégies sont utilisés :

- Stratégie fixe : La plus largement utilisée et développée par les formations sanitaires de base (centres de santé, postes de Santé, maternités). Elle couvre les populations dans un rayon de 5 km ;
- Stratégie avancée : Elle est mise en œuvre par les mêmes formations sanitaires dans un rayon compris entre 5 et 15 km ;
- Stratégie mobile : Elle s'adresse aux populations éloignées, difficiles d'accès ou isolées et est mise en œuvre par les équipes mobiles domiciliées au niveau des districts sanitaires et appuyées au besoin par les régions médicales. Elle couvre les populations habitant à plus de 15 km de la structure sanitaire.

Quel que soit le lieu, les conditions de réalisation du dépistage doivent être guidées par la protection des droits de l'Homme et le respect des principes éthiques. Tout dépistage doit répondre aux principes des « **3C** » énoncé au début de la disponibilité du test VIH que sont : Confidentialité, Conseil et Consentement éclairé.

Au Sénégal, le premier centre de conseil-dépistage volontaire a été ouvert le 1^{er} octobre 1999 au niveau du centre de promotion de la santé Cardinal Hyacinthe Thiandoum [17].

c. Prévention de la Transmission Mère/Enfant (PTME) [13, 14, 37]

i. Présentation de la PTME

Au Sénégal, le taux de transmission spontanée mère-enfant est de 30,4% pour le VIH-1 contre 3,8% pour le VIH-2 [1]. Ce taux est de 3,6% après intervention de la PTME [14]. La prévention de la transmission Mère-Enfant du VIH constitue dès lors une composante prioritaire des stratégies de prévention de l'infection à VIH. Elle est basée sur des interventions simples, standardisées et efficaces à grande échelle, même dans les endroits où les ressources sont limitées. L'objectif étant l'élimination de la TME d'ici 2015.

ii. Le conseil-dépistage dans la PTME

Dans la PTME, l'approche utilisée est le « conseil et dépistage du VIH à l'initiative du prestataire » (CDIP). Avec cette approche CDIP, c'est le prestataire en PTME qui initie un conseil et propose un dépistage du VIH, à toutes femmes en âge de procréer, à toutes les occasions possibles.

Les opportunités d'initiation du conseil et dépistage du VIH sont :

- Avant la grossesse : consultation gynécologique, planning familial, bilan pré-nuptial, conseils préconception, bilan de stérilité ;
- Pendant la grossesse : le conseil-dépistage est proposé le plus tôt possible, dès la première CPN ou à chaque contact tout au long de la grossesse jusqu'à l'accouchement ;
- Après la grossesse : lors des consultations post-natales CPoN

Le test est également proposé systématiquement en cas d'IST, de tuberculose ou de symptôme d'infections opportunistes.

iii. Prise en charge dans la PTME

Selon les recommandations de l'OMS, l'option B+ a été adopté au Sénégal. Elle est basée sur l'initiation du TARV dès le diagnostic de l'infection à VIH chez la parturiente ainsi que sur l'allaitement prolongé jusqu'à 12 mois. Le protocole thérapeutique utilisé au Sénégal est :

- Chez la femme séropositive (suivi simple sans ARV) ou la femme enceinte dépistée pendant la grossesse :
 - **VIH 1:** AZT 300 mg (2 fois par jour) + 3TC 150 mg (2 fois/j)+ EFV 600mg (le soir) ;
 - **VIH1+2 ou VIH 2 :** AZT 300 mg +3TC 150 mg + LPV/r (400mg/100mg) deux fois par jour.
- Chez la femme dépistée pendant le travail :
 - **HIV 1:** Dose de charge d’AZT (600mg) puis démarrer la trithérapie entre 12 et 24 heures post partum avec AZT (300mgx2) + 3TC (150mgx2) + EFV (600 mg le soir) ;
 - **HIV 2 ou HIV (1+2) :** Dose de charge d’AZT (600mg) puis AZT 300 mg +3TC 150 mg +LPV/r (400mg/100mg) deux fois par jour.

En cas d’anémie, prescrire TDF 200 mg par jour en remplacement de l’AZT.

La prise en charge de l’enfant né d’une mère séropositive, quel que soit le degré d’exposition de la mère aux ARV, devra durer 6 semaines.

- Chez un nouveau-né dont la mère est sous ARV au moins 4 semaines avant l’accouchement :
 - Chez les femmes allaitantes VIH1 : NVP sirop pendant 6 semaines au nouveau-né (2mg/kg/j pendant 14 jours puis 2mg/kg x2/j pendant 4 semaines) ;
 - Chez les femmes allaitantes VIH2 ou 1&2 : AZT sirop pendant 6 semaines au nouveau-né (4mg/kg x2/j).
- Chez un nouveau-né de mère séropositive diagnostiquée tardivement au cours du travail ou dans le post-partum :
 - Mettre la mère VIH1 sous trithérapie à vie et donner de la NVP sirop à l’enfant pendant 12 mois ;
 - Mettre la mère VIH2 ou 1&2 sous trithérapie à vie et donner l’AZT sirop à l’enfant pendant 12 mois.

L'allaitement maternel protégé par une trithérapie maternelle implique un sevrage à 12 mois.

iv. Diagnostic précoce chez l'enfant

La PCR est habituellement réalisée à l'âge de 6 semaines. Cette date correspond également à la troisième CPoN chez la mère, à celle de mise sous prophylaxie au cotrimoxazole des enfants nés de mère VIH+. Le prélèvement est habituellement fait sur papier buvard (DBS) et acheminé au laboratoire de référence. En cas de positivité, le TARV est débuté et une PCR2 pour confirmation prélevée immédiatement.

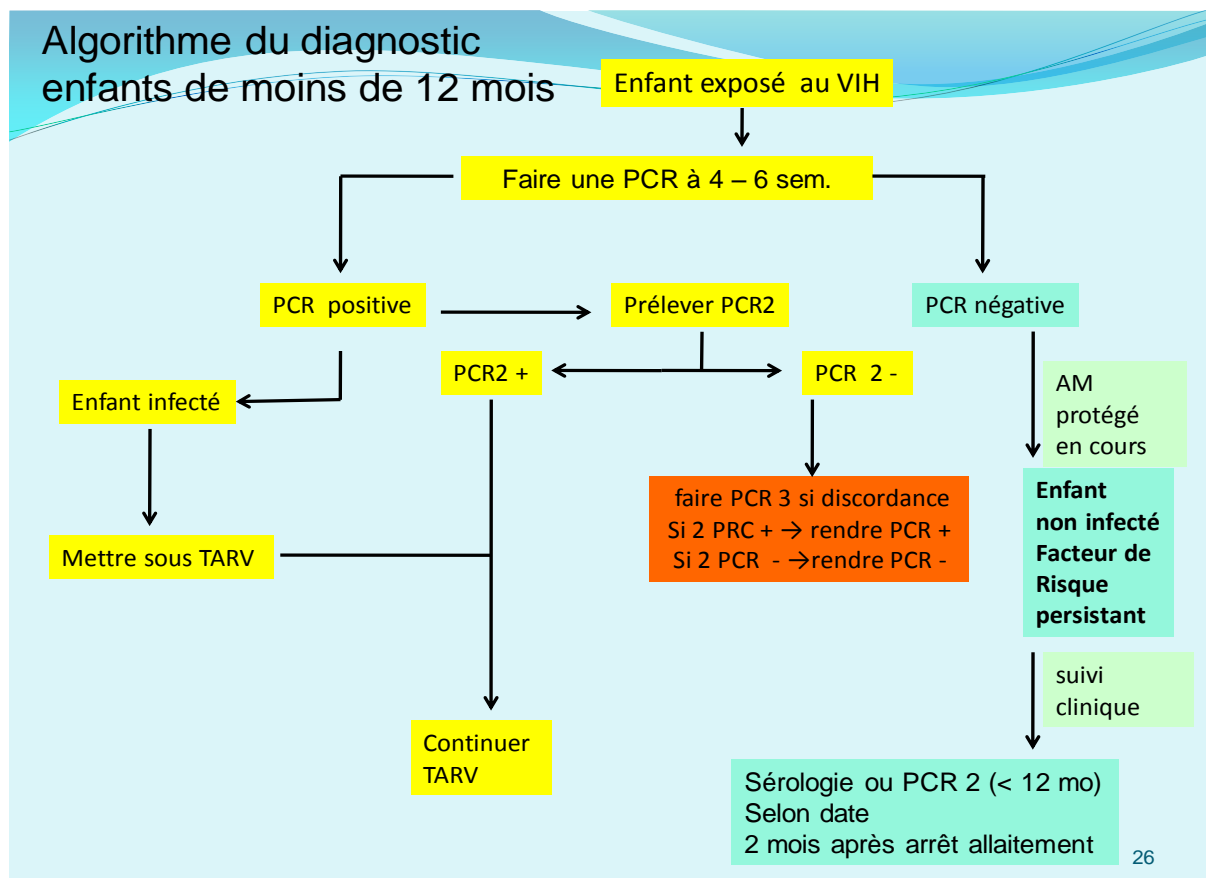


Figure 8: Algorithme du diagnostic des enfants de moins de 12 mois

2. PREVENTION DE LA TRANSMISSION SEXUELLE ET SANGUINE

a. **La prévention de la transmission sexuelle** [10]

Elle est basée sur la promotion des comportements sexuels à moindre risque, de l'utilisation du préservatif et la prise en charge des IST. Les populations clés les plus exposées (PS, MSM ET UDI) sont ciblées par des stratégies de prévention particulières. Elle passe par les activités d'IEC /CCC, la distribution gratuite de préservatifs masculins et féminins. Une approche participative avec l'implication du secteur privé, des ONG et de la communauté (OCB, GPF...) permet une large diffusion des stratégies de prévention.

b. **La prévention de la transmission sanguine**

Elle est basée sur le dépistage systématique des dons de sang, d'organes et l'inactivation des dérivés sanguins ; mais également sur la promotion du matériel à usage unique.

La mise en place de mesure de précautions universelles vis-à-vis du risque d'accident d'exposition au sang permet de réduire le risque de contamination professionnelle.

Les pratiques traditionnelles que sont les tatouages, les scarifications doivent être effectuées dans des conditions d'asepsie.

3. PRISE EN CHARGE DE L'INFECTION A VIH/SIDA [13]

A l'instar des autres pathologies chroniques, l'infection à VIH/SIDA nécessite un plan de prise en charge à long terme pour répondre efficacement aux besoins des patients. Les besoins des PVVIH sont multiples. Il en résulte que leur prise en charge doit être globale, multidisciplinaire et continue.

a. Prise en charge psycho-sociale

Elle commence dès le counseling pré-test et se poursuit tout au long de la vie du patient. Au plan social, elle se poursuit même au-delà du décès du malade, avec la lutte contre certaines pratiques traditionnelles telles que le lévirat ou le sororat.

Pendant cette phase, toutes les informations relatives au VIH sont portées à la connaissance du patient, ceci dans le but de l'aider à mieux vivre sa séropositivité. Elle vise à obtenir un consentement libre et éclairé du patient pour une réussite optimale de la prise en charge.

Les informations porteront essentiellement sur les modes de contamination du VIH, l'évolution de l'infection, les stratégies thérapeutiques actuelles, les décisions à prendre par rapport au partage dans le cadre des couples et l'importance d'adopter des comportements à moindre risque.

b. Prise en charge nutritionnelle

Le volet nutritionnel est une composante obligatoire de tout programme de prise en charge des PVVIH. La malnutrition doit être considérée comme un cofacteur de progression rapide de l'infection à VIH vers le SIDA.

La prise charge nutritionnelle commence par l'évaluation de l'état nutritionnel. Elle s'articule autour de conseils hygiéno-diététique, à savoir une alimentation régulière, variée, riche en protéines, fruits et légumes ; éviter l'alcool, le tabac et les excitants ainsi qu'une pratique sportive régulière.

c. Prise en charge médicale

c-1. Le traitement antirétroviral : les antirétroviraux

Le traitement antirétroviral a pour objectifs de :

- Supprimer de manière durable la réplication virale afin d'arrêter la progression de la maladie ;
- Restaurer l'immunité par l'augmentation du taux de CD4 ;

- Améliorer la qualité de vie des patients traités en stoppant l'évolution ou l'installation des infections opportunistes.

Le TARV n'est pas une urgence. Il doit être précédé d'une éducation thérapeutique et associé à un suivi psycho-social pour une adhésion et une observance de qualité.

Le TARV doit être adapté au type de virus (VIH-1 ou VIH-2), comportant les ARV les plus efficaces sur la diminution de la charge virale, induisant une augmentation nette et durable du taux de CD4 et limitant l'émergence de souches virales résistantes.

Les ARV sont classés selon leurs modes d'action, on distingue ainsi :

i. les inhibiteurs nucléosidiques de la transcriptase inverse (INTI)

Premiers antirétroviraux développés, ce sont des analogues des bases nucléiques, actifs sur les VIH1 et 2. Les INTI sont des pro-drogues qui après phosphorylation intracellulaire, entrent en compétition avec les nucléosides en se liant au site actif de la transcriptase inverse. Ils bloquent ainsi la formation de l'ADN viral.

ii. les inhibiteurs non nucléosidiques de la transcriptase inverse (INNTI)

Ce sont de puissants inhibiteurs, très sélectifs de la transcriptase inverse, actifs uniquement sur le VIH1. Ne nécessitant pas de phosphorylation, ils se fixent solidement sur une poche hydrophobe située à proximité du site actif de la transcriptase inverse. Il en découle des changements de conformation qui provoquent l'inhibition des activités de l'enzyme.

iii. les inhibiteurs de la protéase

Ils agissent en bloquant l'action de la protéase virale qui permet le clivage et l'assemblage des protéines virales, processus indispensable à l'obtention de virus infectieux. On obtient ainsi des virions défectueux, immatures pratiquement non infectieux rapidement éliminés.

iv. les autres antirétroviraux

- **Les inhibiteurs de la fusion :**

Ils agissent en inhibant la fusion de la gp41 à la cellule cible. L'inhibiteur de la protéase actuellement commercialisé sous le nom de fuzéon, se présente sous la forme de poudre, pour solution injectable en sous cutané.

- **Les inhibiteurs de l'intégrase :**

Ils empêchent l'intégration de l'ADN pro-viral au génome de la cellule hôte. Il s'agit de la molécule Raltegravir. Elle se présente sous la forme de comprimé de 400 mg, à la dose de 400 mg x 2/j.

Tableau V: ARV, familles, DCI, présentation, posologie et effets secondaires.

Famille	DCI	Présentation	Posologie	Effets Indésirables
INHIBITEURS NUCLEOSIQUES DE LA TRANSCRIPTASE INVERSE	Zidovudine(AZT)	Gélule à 250mg Comprimé 300mg Solution injectable à 10mg/10ml	250mg x 2/jr si poids < 60 kg et 30mg x 2/jr si poids sup à 60kg. Enfants : 5mg/kg/jr en 2 prises	Anémie, neutropénie, leucopénie, myalgie, céphalées, nausées, acidose lactique avec splénomégalie, stéatose commun à tous les analogues nucleosidiques
	Lamivudine(3TC)	Gélule à 40, 30, 20, 15mg Comprimé à 150mg Sirop enfant : 10mg/ml	150mg x 2/j Enfant : 4mg/kg/jr 0,75mg x3/j Enfant 0,1mg/kg/jr en 3 pris	Pancréatite aigüe, neuropathie périphérique, ulcérations œsophagiennes, hépatomégalie progressive, acidose lactique ou métabolique
	Tenofovir (TDF)	Comprimé à 300mg	Une fois par jour Selon la clairance	Troubles gastro intestinaux, hypophosphatémie, tubulopathie proximale, néphrotoxicité
	Abacavir (ABC)	Comprimé à 300mg Sirop à 200mg/ml	300mg x 2/jr Enfant 8mg/kg x 2/jr	roubles digestifs, fatigue, céphalées, acidose lactique, hépatomégalie, stéatose
	Combivir (AZT+3TC)	Comprimé à 300mg d'AZT, et 150mg de 3TC	1 comprimé x 2/jr	effets secondaires des deux molécules
INHIBITEURS NON NULCEOSIQUE DE LA TRANSCRIPTASE INVERSE	Névirapine (Viramune)	* Comprimé à 200 mg * Sirop 50 mg/ml	* 200 mg/j jusqu'au 14 ème jour puis * 400 mg/j en une ou 2 prises	Rash cutané, dans les 6 premières semaines pouvant être sévère, hépatique, anomalies des tests hépatiques
	Efavirenz (Sustiva ou Stocrin)	* Gélule de 50, 100 et 200 mg * Sirop 30 mg/ml	* 600 mg en une prise * Enfant : 6 à 20 ml/j en une prise	Système Nerveux Central : peuvent survenir dès la première prise et disparaissent en 2 à 4 semaines : sensation de vertiges, insomnies, somnolence, troubles de la concentration, perturbation des rêves. Rash cutané.
	Délavirdine (Rescriptor)	*Comprimé à 200 mg	* 400 mg x 3/j	Eruptions cutanées
INHIBITEURS DE LA PROTEASE	Indinavir (IDV, Crixivan)	* Gélule à 200 et 400 mg	* 800 mg x 3/j	Lithiase urinaire, insuffisance rénale, anémie hémolytique aigue, sécheresse et réactions cutanées, intolérance au glucose, diabète, lipodystrophie, élévation : triglycérides, cholestérol, bilirubine
	Ritonavir (Norvir)	Gel de 100 mg * Sirop 80 mg/ml	600 mg x 2/j dose atteinte par paliers progressifs sur quatre jours au moins	Nausées, vomissements, diarrhée, troubles dyspeptiques, neuropathie périphérique sensitive, intolérance au glucose, diabète, lipodystrophie, élévation des triglycérides, cholestérol, amylase, acide urique, élévation des transaminases
	Nelfinavir (Viracept) *	Nelfinavir (Viracept) * Cp à 250 mg * Poudre pour suspension buvable 50 mg/g de poudre *	750 mg x 3/j	Diarrhées, rash cutané des CPK, élévation des transaminases, neutropénie, intolérance au glucose, diabète, élévation des triglycérides, cholestérol, lipodystrophie
	Lopinavir + Ritonavir (Kalétra) *	Capsule molle de 133 mg de lopinavir + 33mg de ritonavir * Sirop 80 mg lopinavir + 20 mg ritonavir dans 1 ml	3 capsules x 2/j	Diarrhée, hyperlipidémie, Pancréatite

c-2. Conduite du traitement par les ARV

i. Modalités thérapeutiques

La monothérapie et la bithérapie sont contre-indiquées dans le traitement de l'infection chronique à VIH chez l'adulte et chez l'enfant. Les associations hautement actives d'antirétroviraux, en trithérapie voire en quadrithérapie, sont actuellement recommandées. Elles permettent d'obtenir une synergie antirétrovirale plus puissante et de prévenir la sélection de mutants résistants. Les schémas à base de combinaison fixe sont recommandés.

Schémas proposés par l'OMS :

- **Première ligne :**
 - Pour le VIH-1 : 2 INRT et 1 INNTI
 - Pour le VIH-2 ou VIH-1&2 : 2 INTI et 1 IP boostée
- **Deuxième ligne :** 2 INTI et 1 IP boostée

ii. Critères d'éligibilité au traitement ARV

La mise sous traitement ARV au Sénégal repose sur des critères cliniques et immunologiques.

- Chez les patients asymptomatiques (stade 1 OMS) avec un taux de LT CD4 <350
- Stade 2 avec taux de LT CD4 <350.
- Chez les patients symptomatiques au stade SIDA, chez qui il faut d'abord traiter les infections opportunistes et améliorer l'état nutritionnel.

Tableau VI : Indications du TARV

Populations cibles	Stade OMS	Recommandations
Individus Asymptomatiques	1	Débuter TAR si LTCD4+ ≤ 350
Individus Asymptomatiques	2	Débuter TAR si LTCD4+ ≤ 350
	3	Quel que soit le taux de LTCD4+
Co-infections TB & Hépatites B	Tuberculose active	Quel que soit le taux de LTCD4+
	Co-infection VIH et Hépatite	Quel que soit le taux de LTCD4+

DEUXIEME PARTIE :
TRAVAIL PERSONNEL

I. CADRE DE L'ETUDE

Le district sanitaire de Saraya, appartenant à la région médicale de Kédougou, est situé à l'extrême Sud-est du Sénégal, à 765 km de Dakar.

a. Caractéristiques géophysiques

Le département de Saraya est situé au Sud de la région de Kédougou. Il est limité : à l'Est par le Mali ; à l'Ouest par le département de Kédougou ; au Nord par celui de Goudiry et au Sud par la République de Guinée. Il a une superficie totale de 7.803,2 km².

Saraya se trouve sur un massif de granite birrimien qui porte son nom. Plusieurs petits cours d'eau tels le Daléma et le sandoundoun prennent leur source dans ce massif et alimentent le bassin de la Falémé, un affluent de la rive gauche du fleuve Sénégal.

Le climat est soudano-sahélien avec deux saisons : une saison sèche, de décembre à avril et une saison des pluies de mai à novembre. Les tendances thermiques s'articulent autour de 2 périodes : 14°C-36°C de juillet à février et 21°C-40°C, avec une période fortement ensoleillée de mars à juin.

b. Caractéristiques sociodémographiques

Le département de Saraya couvre 102 villages avec une population totale d'environ 39.029 habitants. La population est principalement composée de Malinkés et de Diakhankés, qui représentent respectivement 56,5% et 29,5% ; le reste étant surtout composé de Peulhs et de Diallonkés.

Historiquement, il s'agit d'une des nombreuses provinces de l'empire du Mali, correspondant au Dantila, qui veut dire, en malinké « là où le buffle solitaire ne connaît pas la paix ». La grande famille des Danfakha, chefs historiques du Dantila, est celle des grands chasseurs de buffles. Les Danfakha sont constitués de trois grandes familles. Ceux de Samboula, de Diallaya et de Makhanya sont

les détenteurs historiques du pouvoir politique. Les femmes des Danfakha se nomment Damba « celle qui prépare la viande du buffle solitaire ». Les Danfakha cohabitent avec les Samoura, Cissokho, Kanté, Soumaré, Dansokho, Keïta, Diaby, Wagué ...

c. Caractéristiques économiques

L'agriculture reste l'activité dominante en dépit du développement fulgurant de l'activité minière avec 32 sites d'orpaillages traditionnels recensés et 10 sociétés minières opérationnelles. Toutefois, le département fait partie des zones les plus pauvres du pays avec des structures administratives et sanitaires limitées.

d. Découpage administratif

Saraya a été érigé en département avec le décret n°2008-747 du 10 juillet 2008, portant création de départements et d'arrondissements. Il compte deux (2) arrondissements :

- Arrondissement de Bembou.
- Arrondissement de Sabodala.

La localité de Saraya est faite commune avec le décret n°2008-748 du 10 juillet 2008. Le département de Saraya comporte en outre cinq (5) communautés rurales que sont :

- Communauté rurale de Bembou ;
- Communauté rurale de Khossanto ;
- Communauté rurale de Madina Baffé ;
- Communauté rurale de Missirah Sirimana ;

- Communauté rurale de Sabodala.

e. Le système de santé

Le district sanitaire de Saraya a été créé en novembre 2006 et a démarré ses activités en 2007. Auparavant, il faisait partie du district de Kédougou. Le district de Saraya couvre le département administratif de Saraya.

i. Les structures sanitaires

Le district sanitaire de Saraya compte 1 centre de santé avec une maternité et un laboratoire, 10 postes de santé fonctionnels et une maternité rurale ; 30 cases de santé dont 25 sont fonctionnelles.

ii. Le personnel de santé

Il se compose d'un médecin, un chirurgien-dentiste, 5 sages-femmes (dont 2 au niveau du centre de santé, 2 dans des postes de santé et une dans la maternité rurale), 12 infirmier(e)s, un assistant social et 1 technicien biologiste. Dans les sociétés minières, on compte 2 médecins et 3 infirmiers.

Au niveau communautaire, il y a 1 aide-biologiste, 36 ASC, 28 matrones et 47 DSDOM.

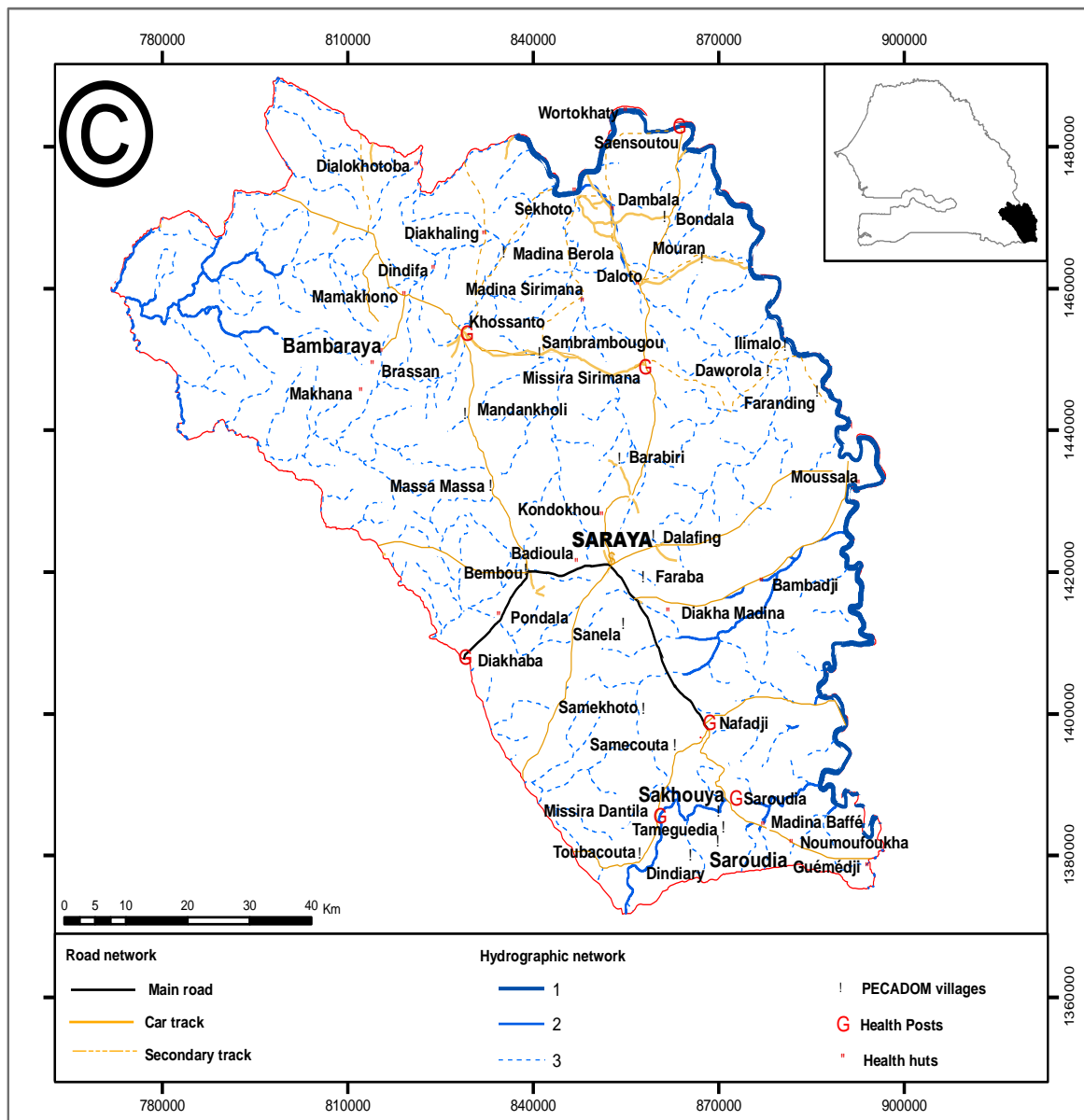


Figure 9 : Département de Saraya dans le Sénégal

II. TYPE D'ETUDE

Il s'agit d'une étude :

- rétrospective évaluant la prévalence de l'infection à VIH à partir des données des CDV recueillies entre 2009 et 2012 ;
- et transversale, descriptive, et analytique évaluant les connaissances attitudes et pratiques des populations par rapport à l'infection par le VIH.

1. ETUDE DE LA PREVALENCE DE L'INFECTION A VIH

a. Type d'étude

Il s'agit d'une étude épidémiologique descriptive rétrospective basée sur l'exploitation des fiches de CDV réalisées dans le district sanitaire de Saraya durant quatre années (2009, 2010, 2011 et 2012).

b. Critères d'inclusion

Sont inclus tous les individus ayant participé au CDV dans le district sanitaire de Saraya durant la période.

c. Programmation des activités

Elle est faite par l'équipe cadre du district de concert avec les infirmiers chef de poste (ICP). Les sites sont choisis prioritairement selon leur enclavement et la vulnérabilité de leurs populations. La date de mise en œuvre de l'activité est souvent fonction de la disponibilité de la population cible. Par exemple dans les zones aurifères, les orpailleurs ont des jours fériés que sont le Lundi et le Vendredi.

Les autres secteurs notamment ceux de la jeunesse, de l'éducation peuvent intervenir dans la planification des stratégies avancées. Cependant, la mise en œuvre est faite avec l'équipe du district sanitaire.

Les relais communautaires, les badjenu gox ainsi que le chef de village sont informés afin qu'ils jouent leur rôle dans l'information et la sensibilisation de la population.

i. Le personnel

Une fois la date retenue, l'équipe de dépistage du District est chargée de la réalisation de l'activité. Cette équipe est composée de :

- l'assistant social ;
- un laborantin ;
- un infirmier et/ou une sage-femme lors des sorties SR intégrées ;
- l'ICP responsable du site ;
- un chauffeur.

ii. Moyens logistiques

Lorsque cela est possible, la visite du terrain avant l'activité est réalisée et les besoins logistiques évalués. Habituellement, les besoins logistiques sont les suivants :

- Un véhicule voire deux selon les cas ;
- Matériels de laboratoire ;
- Tentes, tables et chaises ;
- Affiches IEC/CCC ;
- Matériels de laboratoire nécessaires au dépistage.

iii. Déroulement de l'activité

- Le counseling pré-test : il est réalisé dans une salle ou une tente aménagée à cet effet. Le lieu doit être calme et garantir la confidentialité de l'entretien. Il est effectué par l'assistant social. L'aide d'un interprète est parfois nécessaire du fait de la diversité ethnique et du faible niveau d'instruction dans la zone.

Lorsque l'individu donne son consentement, il est inscrit sur la fiche recueil de données et un numéro d'anonymat lui est attribué.

- Le prélèvement : il est réalisé par un infirmier après obtention du consentement éclairé dans un espace préalablement déterminé. Le prélèvement de sang total est fait dans un tube EDTA avec le numéro de l'individu clairement inscrit.
- Le dépistage : il est réalisé par le laborantin à l'aide de tests rapides (Determine®), avec le sang total prélevé. Les résultats sont disponibles dans la demi-heure.
- Le counseling post-test : les résultats sont rendus par l'assistant social lors d'un entretien.
- Parallèlement aux activités de dépistage, sont effectuées celles de consultations avec la recherche et le traitement des IST selon l'ordinogramme en vigueur, CPN, une distribution gratuite de préservatifs ainsi des séances d'IEC/CCC.

L'activité est accompagnée d'une mobilisation sociale, avec une sonorisation ou avec les troupes folkloriques de la localité selon les cas.

d. Recueil de données

Les données recueillies à l'aide de fiches de dépistage (annexe n°2). Les variables étudiées sont l'âge, le sexe, la situation matrimoniale, l'existence de dépistage antérieur et de voyage à l'étranger ainsi que le résultat du dépistage.

e. Analyse des données

La saisie des données a été faite sur Excel 2007, et l'analyse grâce au logiciel Stata 11. Les variables qualitatives ont été exprimées en proportions, et les variables quantitatives comme l'âge en catégories.

2. ENQUETE C.A.P FACE AU VIH/SIDA

a. Type d'étude

Il s'agit d'une étude transversale, descriptive et analytique évaluant les connaissances attitudes et pratiques des populations par rapport à l'infection par le VIH

b. Période d'étude

L'enquête CAP a été réalisée du 20 au 24 Avril 2011 :

- Formation des enquêteurs du 20 au 21 Avril 2011
- Déroulement de l'enquête du 22 au 24 Avril 2011

c. Population de l'étude

L'enquête CAP concerne les individus âgés de 15-49 ans résidant dans le district sanitaire de Saraya durant la période d'enquête.

d. Protocole d'échantillonnage

i. Unité de sondage

L'unité de sondage est représentée par le village.

ii. Unité statistique

L'unité statistique est tout individu de 15-49 ans résidant dans l'aire géographique du district sanitaire de Saraya.

iii. Critères d'inclusion

Sont inclus les individus d'âge compris entre 15 et 49 ans résidants dans le district de Saraya durant la période d'enquête et ayant donné leur consentement éclairé.

iv. Méthode de sondage

Nous avons procédé à un sondage en grappe à deux degrés. Pour déterminer les grappes, nous avons d'abord fixé un intervalle d'échantillonnage encore appelé pas d'échantillonnage et choisi un nombre aléatoire. L'intervalle d'échantillonnage (IE) sert à déterminer systématiquement les grappes à partir du cadre d'échantillonnage. Il est égal à la population totale de la zone d'étude divisée par le nombre de grappes(30).

$$\text{IE} = \text{Population totale de Saraya} \div \text{nombre de grappe} = 39029 \div 30$$

$$\text{IE} = 1301$$

Le nombre aléatoire sert à déterminer le point de départ pour la première grappe. Sa valeur doit se situer dans la fourchette de zéro-IE.

La première grappe correspond au village dont la population cumulée est égale ou supérieure au nombre aléatoire. Le deuxième correspond au village dont la population cumulée est égale ou supérieure au nombre aléatoire auquel on ajoute l'intervalle d'échantillonnage.

v. Calcul de la taille de l'échantillon de base

Pour un modèle d'enquête fondé sur un échantillon aléatoire simple, on peut calculer la taille d'échantillon requise en appliquant la formule suivante :

$$n = \frac{t^2 \times p(1-p)}{m^2}$$

n : taille d'échantillon requis

t : niveau de confiance à 95% (valeur type de 1,96)

p : proportion estimative de la population présentant la caractéristique étudiée.

Il n'est pas connu, on considère que **p**= 0,5

m : marge d'erreur à 5% (valeur type 0,05)

Le calcul

$$n = \frac{1.96^2 \times 0.5(1 - 0.5)}{0.05^2}$$

$$n = 384.16 \sim \mathbf{385}$$

vi. L'effet grappe

Pour corriger l'effet grappe, on multiplie la taille de l'échantillon par l'effet plan d'échantillonnage (**D**). On suppose généralement qu'il est de 2 pour les enquêtes CAP faisant appel à un sondage en grappes.

$$n \times \mathbf{D} = 385 \times 2 = \mathbf{770}$$

vii. Correction des impondérables

On ajoute encore 5% à l'échantillon pour tenir compte des impondérables comme les non-réponses ou les erreurs d'enregistrement.

$$n + 5\% = 770 \times 1.05 = 808.5 \sim \mathbf{809}$$

viii. Distribution des sujets observés

Pour conclure, on arrondit le chiffre obtenu au nombre le plus proche du nombre de grappes. Trente (30) est le nombre type de grappes fixé par la plupart des programmes de l'OMS.

Taille de l'échantillon finale **N** : 810 enquêtés

$$\mathbf{N} \div \text{nombre de grappes} = 810 \div 30 = 27 \text{ enquêtés par village}$$

ix. situations particulières

Lorsque le village ne comporte pas le nombre requis pour la grappe, nous passons au village le plus proche pour compléter.

e. Déroulement de l'enquête

i. Le recueil des données :

Le recueil a été réalisé en entretien individuel par quatre équipes de deux enquêteurs. La technique de collecte des données a été standardisée au cours d'une session de formation tenue du 20 au 21 Avril 2011.

Le pré-test de l'enquête a été réalisé dans un quartier de la commune de Saraya ne faisant pas partie des grappes. Ceci a permis d'apporter quelques modifications sur certains éléments qui avaient été mal compris.

Au cours de l'enquête, dans chaque grappe l'enquêteur choisit un repère comme le centre sociologique du village. A partir de ce repère, il fait tourner une bouteille et prendre la direction indiquée par le goulet. Les maisons dans l'axe sont tirées au hasard et la première maison est celle qui a été tirée. L'enquêteur entre dans la première concession et tous les individus qui répondent aux critères d'inclusion sont enquêtés. La concession suivante est celle dont la porte est la plus proche, toujours dans le même sens préalablement défini, et ainsi de suite jusqu'à l'obtention de l'effectif requis.

(Annexe n°1)

ii. La saisie et analyse des données

La saisie des données a été faite sur Access. L'analyse descriptive a été effectuée sur Stata 11.

Les variables qualitatives ont été exprimées en proportions, et les variables quantitatives comme l'âge en catégories et donc en pourcentage.

III. RESULTATS

1. RESULTATS DE L'ETUDE DE PREVALENCE DU VIH

a. Caractéristiques générales

Les stratégies avancées de dépistage se sont déroulées sur de 2009 à 2012. On dénombre 8199 individus dépistés durant cette période soit une moyenne annuelle de 2049. On note une progression du nombre de dépistés durant les trois premières années, et une baisse durant la dernière année.

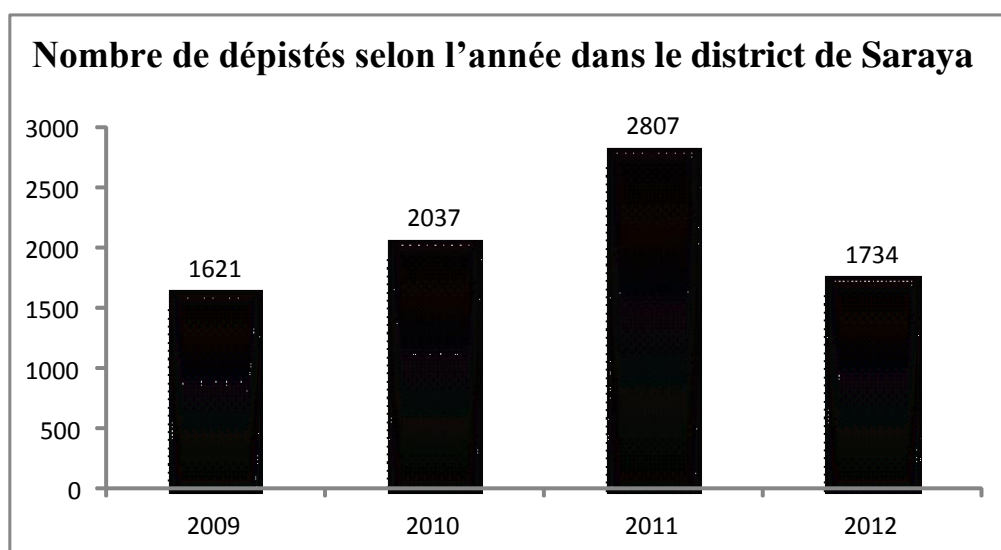


Figure 10 : Nombre de dépistés selon l'année dans le district sanitaire de Saraya

La population dépistée est composée à 54% par les femmes. Par rapport à la situation matrimoniale, les mariés représentent 63% des dépistés et les célibataires 35%. Selon la tranche d'âge, les 15-24 ans sont majoritaires avec 47% et les 25-49 ans constituent 43% de la population dépistée.

Selon l'activité professionnelle, les ménagères sont majoritairement représentées avec 30% des dépistés. Les cultivateurs et les élèves ou étudiants constituent respectivement 26% et 17% des dépistés. Les professions liées à l'activité minière sont représentées avec 9.5% d'orpailleurs traditionnels et 6%

d'employés des sociétés minières. Les professionnelles du sexe sont également retrouvées dans la population dépistée avec 1.18%. Les leaders d'opinion, imams ou marabouts et chefs de villages sont impliqués dans les activités de dépistage.

Parmi les individus dépistés, 73% d'entre eux n'avaient jamais fait le dépistage et 28% ont effectué un voyage en dehors du Sénégal durant les 12 derniers mois.

Tableau VII : caractéristiques générales des dépistés

Sexe	Freq.	Percent
Femme	4,391	53.56
Homme	3,808	46.44
Groupe d'âge		
15-24 ans	3,891	47.46
25-49 ans	3,482	42.47
<15 ans	66	0.80
>49 ans	760	9.27
Statut matrimonial		
Célibataire	2,887	35.21
Divorcé(e)	46	0.56
Marié(e)	5,118	62.42
Veuf/Veuve	148	1.81
Activité professionnelle		
A.S.C/Matrone/ Relais communautaire	122	1.49
Chauffeur	71	0.87
Commerçant(e)	98	1.20
Cultivateur	2,129	25.97
Elève/Etudiant	1,406	17.15
Employer Société Minière	508	6.20
Enseignant(e)	76	0.93
Ménagère	2,519	30.72
Orpailleur traditionnel	780	9.51
Artisan/Ouvrier	157	1.91
Professionnelles du sexe	97	1.18
Autres	236	2.87
Total	8,199	100.00

b. Prévalences de l'infection à VIH dans la population dépistée

i. Prévalence globale de l'infection à VIH

La prévalence globale de l'infection à VIH est de 1.12%. Le VIH-1 est responsable de 91.3% des infections, le VIH-2 de 3.3% des cas et la co-infection VIH-1&2 de 5.4% des cas. Il faut cependant noter un taux important de tests indéterminés de 1.43%.

Tableau VIII : Prévalence de l'infection à VIH chez les dépistés

Résultat du test		
Indéterminé	117	1.43
Négatif	7,987	97.41
Positif	92	1.12
Non dépisté	3	0.04
Total	8,199	100.00
Type de virus		
VIH1	84	91.30
VIH1&2	5	5.43
VIH2	3	3.26
Total	92	100.00

ii. Prévalences selon les caractères sociodémographiques

- Selon l'année :

Selon l'année, on note des prévalences variables, avec 0.24% en 2009, 1.72% en 2010, 1.49% en 2011 et 0.63% en 2012.

Tableau IX : Prévalence du VIH selon l'année de dépistage

Année	Indéterminé	Positif	Total	Prévalence
2009	17	4	1,621	0.24
2010	34	35	2,037	1.72
2011	42	42	2,807	1.49
2012	24	11	1,734	0.63
Total	117	92	8,199	1.12
Pearson chi2(9)=32.0592			Pr= 0.000	

- Selon le sexe :

Les femmes sont les plus touchées par l'infection à VIH avec un sex-ratio F/H de 1,55 dans population dépistée. La prévalence chez les femmes est à 1.27% contre 0.94% chez les hommes.

- Selon l'âge :

La très grande majorité des sujets infectés (87%) sont âgés entre 15 et 49 ans, 40% sont de la tranche d'âge des 15-24 ans et 47% de celle des 25-49 ans. Les 13% restants sont âgés de plus de 49 ans. La prévalence de l'infection à VIH est à 0.95% chez les 15-24 ans, 1.23% chez les 25-49 ans et 1.58% chez les plus de 49 ans. Par ailleurs, on note qu'aucun cas d'infection n'a été retrouvé chez les individus de moins de 15 ans.

- Selon la situation matrimoniale :

Par rapport à la situation matrimoniale, 47% des individus infectés sont mariés, 35% sont célibataires, 14% sont divorcés et 4% sont veufs. Les mariés ont une prévalence à 0.84% et les célibataires 1.11%. Les divorcés et les veufs ont des prévalences plus élevées avec respectivement 28.26% et 2.70%.

Tableau X : Prévalence du VIH selon le sexe, le groupe d'âge et la situation matrimoniale

SEXE	Indéterminé	Positif	Total	Prévalence
Femme	62	56	4,391	1.27
Homme	55	36	3,808	0.94
Pearson $\chi^2(3)=2.5019$			Pr = 0.475	
Groupe d'âge				
15-24 ans	78	37	3,891	0.95
25-49 ans	33	43	3,482	1.23
<15 ans	0	0	66	00
>49 ans	6	12	760	1.58
Pearson $\chi^2(9)=22.3705$			Pr = 0.008	
Situation matrimoniale				
Célibataire	54	32	2,887	1.11
Divorcé(e)	0	13	46	28.26
Marié(e)	59	43	5,118	0.84
Veuf/Veuve	4	4	148	2.70
Pearson $\chi^2(9) = 321.4098$			Pr = 0.000	
Total	117	92	8,199	1.12

- Selon la profession :

Dans la population dépistée, certaines professions semblent être plus touchées par l'infection. Les professionnelles du sexe sont les plus touchées avec une prévalence à 11.34%. Chez les orpailleurs traditionnels, la prévalence est à 1.54%. Les ménagères et les cultivateurs, professions les plus représentées dans la population dépistée se retrouvent respectivement à 0.61% et 1.03%. On note par ailleurs des prévalences élevées chez les ASC/Matrone/Relais communautaire ainsi que les commerçants avec respectivement 7.14% et 4.08%. Les artisans/ouvriers ont quant à eux une prévalence à 1.27%.

Tableau XI : Prévalence du VIH selon la profession

PROFESSION/ RESULTAT	Indéterminé	Positif	Total	Prévalence
A.S.C/Matrone/Relais communautaire	2	8	122	7.14
Artisan/Ouvrier	9	2	157	1.27
Chauffeur	3	0	71	
Commerçant(e)	2	4	98	4.08
Cultivateur	10	13	2,129	0.61
Elève/Etudiant	30	5	1,406	0.35
Employé société minière	5	4	508	0.78
Enseignant(e)	0	0	76	
Ménagère	47	26	2,519	1.03
Orpailleur traditionnel	8	12	780	1.53
Professionnelle du sexe	0	11	97	11.34
Autres	1	7	236	2.96
Total	117	92	8,199	1.12
Pearson $\chi^2(249) = 660.9485$		Pr = 0.000		

- Selon la localité :

Les sujets infectés sont repartis dans 27 sites parmi les 86. Les prévalences de l'infection à VIH sont variables selon les sites. Les villages d'orpaillage traditionnel semblent être plus touchés par l'infection à VIH avec de fortes prévalences retrouvées à Dialakhotoba (23.91%), Sambrambougou (11.93%), Bransan (3.79%), Diabougou (3.66%), Toubacouta (3.33%), Sékphoto Dantila (2.94%), Mamakhono (2.47%) et Sékphoto Saensoutou (2.35%).

Tableau XII : Prévalence du VIH selon la localité

LOCALITE	Indéterminé	Positif	Total	Prévalence
Badioula	0	1	132	0.75
Bembou	0	1	69	1.45
Boboty	0	1	3	33.33
Bransan	14	9	237	3.79
Dalafing	0	2	124	1.61
Diabougou	0	4	109	3.66
Dialadakhoto	0	1	120	0.83
Dialakhotoba	0	22	92	23.91
Dindiary	0	1	66	1.51
Douta	1	2	113	1.77
Douta/ B.R	2	1	132	0.75
Guémédjé	10	1	313	0.32
Kolia	0	1	108	0.92
Madina Baffé	3	3	280	1.07
Mamakhono	0	2	81	2.47
Mandankhoto	0	1	78	1.28
Missirah Dantila	0	1	225	0.44
Noumoufoukha	8	2	358	0.56
Sabodala/MDL	2	3	108	2.77
Saensoutou	0	1	149	0.67
Sambrambougou	2	21	176	11.93
Saraya	1	2	477	0.42
Sékhoto Dantila	2	2	68	2.94
Sékhoto Saensoutou	1	2	85	2.35
Taméguédia	11	2	127	1.57
Toubacouta	0	2	60	3.33
Wamba	0	1	110	0.90
Autres	60	0	4199	00
Total	117	92	8,199	1.12
Pearson chi2(258)=2.4e+03			Pr = 0.000	

2. RESULTATS DE L'ENQUETE C.A.P SUR LE VIH

a. Caractéristiques générales

i. Caractéristiques de la population d'enquête

La population d'enquête comporte 811 individus. Les femmes sont majoritaires avec près de 54%. Les jeunes (15-24 ans) représentent 49% contre 51% pour les individus d'âge compris entre 25 et 49 ans. Les mariés représentent 71% des individus, les célibataires 28% et les veufs ou divorcés moins de 1% de la population.

L'ethnie Malinké est la plus représentée avec 66% ; les Diakhankés, les Diallonkés et les Pulaars sont également présents dans la zone avec respectivement 11%, 11% et 9%. Les wolofs ne représentent que 0.37%. La population est musulmane dans sa quasi-totalité. Les ressortissants des pays limitrophes du Sénégal sont présents dans la population d'enquête avec 3% de guinéens, 2% de maliens et 0.12% de mauritaniens.

L'agriculture demeure la première activité dans la zone avec 53% d'agriculteurs. Les ménagères représentent 46% de la population et les orpailleurs traditionnels 30%. On note par ailleurs que 57% des individus résident dans un village d'orpaillage.

Le niveau d'instruction de la population d'enquête est relative faible. On constate que seuls 40% ont fréquenté l'école française, avec près des 2/3 qui se sont arrêtés à l'école primaire. Les Daaras et l'alphabétisation dans les langues locales ont instruit respectivement 9% et 3% de la population. Une proportion importante d'individu (47%) n'a reçu aucune instruction.

Tableau XIII : Caractéristiques générales de la population enquêtée

	Freq.	Percent
Sexe		
Femme	435	53.64
Homme	376	46.36
Tranche d'âge		
15-24 ans	397	48.95
25-49 ans	414	51.05
Situation matrimoniale		
Célibataire	230	28.36
Divorcé(e)	2	0.25
Marié(e)	576	71.02
Veuf/Neuve	3	0.37
Ethnie		
Diakhanké	93	11.47
Diallonké	87	10.73
Malinké	537	66.21
Pulaar	75	9.25
Wolof	3	0.37
Autres	16	1.97
Religion		
Chrétien	1	0.12
Musulman	810	99.88
Nationalité		
Guinée	27	3.33
Mali	16	1.97
Mauritanie	1	0.12
Sénégal	767	94.57
Profession		
Agriculteur	427	52.65
Eleveur	21	2.59
Orpailleur	242	29.84
Artisan	14	1.72
Ménagère	374	46.11
Commerçant	37	4.56
Elève/Etudiant	97	11.96
Inactif	4	0.50
Employés société minière	13	1.60
Enseignant	11	1.35
Autre	11	1.35
Résidence dans village d'orpaillage traditionnel		
Non	350	43.16
Oui	461	56.84
Niveau d'instruction		
Aucun	378	46.61
Alphabétisation	28	3.45
Ecole religieuse(Daara)	77	9.49
Primaire	210	25.89
Secondaire	111	13.69
Supérieur	7	0.86
Total répondants	811	

ii. Caractéristiques de la zone de résidence de la population

La majorité des individus enquêtés (63%) déclare qu'il existe une structure de soins dans leur localité. Il s'agit d'une Case de santé dans 40% des cas, d'un Poste de santé dans 14% des cas et d'un Centre de santé dans 7% des cas.

Pour ce qui est de l'accessibilité des structures de soins, 59% des individus enquêtés sont à moins de 5 km de la structure la plus proche. On note également que 19% sont entre 5 et 15 km et 22 % sont à plus de 15 km. En termes de durée, la majorité des individus (65%) est à moins de 30 minutes de la structure de soins alors que 20% sont à moins de 2 heures et 15% à plus de 2 heures. Les tradipraticiens sont relativement présents dans la zone, 47% des individus déclarent qu'il y en a dans leur localité.

b. Connaissance des IST/sida

Dans la population d'enquête, 66% des individus ont déjà entendu parler des IST, cependant seuls 49% en ont une connaissance jugée conforme. L'existence de l'infection à VIH/sida est connue par 99% des individus enquêtés et les médias sont la source d'information la plus fréquente avec 78% pour la Radio et 30% pour la télévision. Les agents de santé, les ASC et les relais communautaires sont la source de l'information dans respectivement 58%, 41% et 21% des cas.

Tableau XIV : Source d'information sur le VIH/sida

Source d'information	Freq.	Percent
Relais	165	20.60
A.S.C	333	41.57
Radio	599	74.78
Agent de santé	466	58.17
Télévision	245	30.58
Famille, ami(e), partenaire	194	24.22
Ecole	38	4.74
Autres	26	3.24
Total (répondants)	801	

L'amaigrissement cité par 70% des individus, est le signe clinique le plus souvent rattaché au VIH/sida. La diarrhée et les maladies qui persistent sont citées respectivement par 26% et 14% des répondants. On note cependant 14% de réponses n'ayant pas de rapport avec le VIH/sida ; les plus fréquemment retrouvées étant « la peau devient plus claire », « les cheveux deviennent plus longs » et « les ongles deviennent plus longues ».

Le dépistage est cité comme le moyen de confirmation de l'infection à VIH par 72% de la population enquêtée.

La voie sexuelle est le mode de transmission le plus connu, citée par 93% des individus, suivi de la voie sanguine avec 64%. La transmission mère-enfant est la moins connue, évoquée uniquement dans 21% des cas. Par ailleurs 6% des enquêtés ont évoqué des modes de transmissions erronés ; les plus fréquents étant « boire ou manger dans le même bol », « se laver ensemble », « partager les mêmes habits » et « si le chien mange en premier dans le plat »

L'existence de moyens de protection contre le VIH/sida est connue par 94% de la population. Le préservatif, moyen de protection le plus connu, est évoqué par 74% des répondants. La fidélité, la protection contre le contact avec le sang ou des objets souillés et l'abstinence sont cités respectivement par 63%, 45% et 41% des répondants.

Tableau XV : Modes de transmission et moyens de protection contre le VIH/sida

Mode de transmission du VIH/SIDA	Freq	Percent.
Rapports sexuels	754	93.20
Transmission mère-enfant	171	21.14
Sang/blessure par objet souillé	519	64.15
Ne sait pas	49	6.06
Autre	49	6.06
Total (répondants)	809	
Existence de moyens de protection contre le VIH/SIDA		
Ne sait pas	43	5.30
Non	3	0.37
Oui	765	94.33
Total (répondants)	811	100.00
Moyens de protection		
Abstinence	318	41.51
Eviter le contact avec le sang, les objets souillés	344	44.96
Fidélité	481	62.87
Préservatif	570	74.51
Ne sait pas	5	0.65
Total (répondants)	765	

Les structures de soins sont les lieux d'approvisionnement en préservatifs les plus cités avec 52% pour le centre ou le poste de santé et 27% pour la case de santé. La pharmacie est citée par 32% des individus ; les A.S.C/relais et la boutique du coin respectivement par 37% et 14%. On note cependant que 20% des individus ne savent pas où trouver des préservatifs. Le préservatif féminin est connu par 60% de la population d'enquête.

L'existence d'un traitement contre le VIH/sida est connue par 23% de la population d'enquête. Les ARV sont connus par 49% de ces individus alors que 18% ont cité d'autres médicaments différents des ARV. La gratuité du traitement est connue par 55% des individus de ce groupe, la persistance de la transmissibilité du VIH malgré le traitement par 53% des individus alors que

79% sont conscients que le VIH/sida ne peut être guéri en l'état actuel des connaissances.

Tableau XVI : Connaissances sur le traitement du VIH/sida

Existence d'un traitement contre l'infection à VIH/sida	Freq.	Percent
Ne sait pas	182	22.50
Non	441	54.51
Oui	186	22.99
Total	809	100.00
Nature du traitement		
ARV	92	49.46
Autres médicaments	34	18.28
Incantations	1	0.54
Ne sait pas	59	31.72
Total répondants	186	100.00
Gratuité du traitement		
Ne sait pas	55	29.57
Non	28	15.05
Oui	103	55.38
Total répondants	186	100.00
Persistance de la transmission malgré le traitement		
Ne sait pas	48	25.81
Non	38	20.43
Oui	100	53.76
Total répondants	186	100.00
Possibilité de guérison avec le traitement		
Ne sait pas	14	7.53
Non	148	79.57
Oui	24	12.90
Total répondants	186	100.00

c. Attitudes vis-à-vis du VIH/SIDA

Dans la population d'enquête 88% des individus déclarent qu'ils feraient le dépistage si l'occasion se présentait et 81% seraient prêts à conseiller à leur entourage de le faire. On note également que 89% des individus considèrent que les femmes enceintes doivent être dépistées. Cependant 28% des individus

pensent qu'en faisant le dépistage leur entourage soupçonnerait qu'ils ont le sida.

La proportion d'individus qui seraient prêts à utiliser le préservatif pour se protéger contre le VIH/sida est de 70% alors que 16% des répondants déclarent qu'ils ne les utiliseraient pas et près de 14% sont indécis. La demande de préservatifs est considérée comme une action honteuse par 32% des individus et par rapport à l'accessibilité, 61% des individus déclarent qu'il n'est pas difficile de s'en procurer.

Dans le cadre du soutien apporté au sujet infecté, 87% des individus déclarent qu'ils soutiendraient un PVVIH membre de leur famille

d. Pratiques liées au VIH/SIDA

Dans la population d'enquête, 93% des individus déclarent qu'ils ont déjà eu au moins un rapport sexuel. La majorité de ces individus (74%) a eu le premier rapport sexuel entre 15 et 20 ans, et près de 20% l'ont eu avant l'âge de 15 ans. Le multipartenariat est pratiqué par 12% des individus et les 85% déclarent n'avoir qu'un seul partenaire.

Tableau XVII : Pratiques liées à l'activité sexuelle

Activité sexuelle	Freq.	Percent
Non	58	7.15
Oui	753	92.85
Total	811	100.00
Age au moment du 1^{er} rapport sexuel		
<15 ans	149	19.79
15-20 ans	558	74.10
20-25 ans	37	4.91
>25 ans	9	1.20
Total répondants	753	100.00
Nombre de partenaires		
Pas de partenaire	20	2.66
Un(e) partenaire	639	84.86
Plus d'un(e) partenaire	94	12.48
Total répondants	753	100.00

L'utilisation du préservatif n'est effective que chez 43% des individus. Chez ces derniers, la raison évoquée dans 65% des cas est la protection contre le sida, dans 43% celle contre les IST, dans 22% lors de rapports occasionnels et dans 48% à but contraceptif.

Les structures de soins sont les lieux d'approvisionnement en préservatifs les plus fréquentés avec 55% pour le centre ou poste de santé, 23% pour la case de santé et 42% pour les ASC et relais communautaires de santé. La pharmacie est fréquentée par 42% des utilisateurs. Le préservatif féminin n'a été utilisé que par 6% de la population d'enquête.

Chez les individus n'utilisant pas le préservatif, la principale raison évoquée est la fidélité (30%). On note également 17% qui déclarent ne pas aimer les préservatifs et 17% que leurs partenaires n'aiment pas les utiliser. L'abstinence est évoquée par près de 13% des individus de ce groupe et 6% déclarent avoir fait le dépistage avec leurs partenaires.

Le dépistage est relativement bien accepté dans la population d'enquête avec 62% qui l'ont fait au moins une fois. Dans ce groupe, 25% ont fait le dépistage dans les 6 derniers mois et 33% au-delà d'un an.

Dans le groupe n'ayant jamais fait le dépistage, la raison évoquée est l'inaccessibilité du dépistage dans 38% des cas alors que 30% considèrent qu'ils ont aucun risque lié au sida. La peur du prélèvement et celle du résultat sont évoquées respectivement par 12% et 10% des individus de ce groupe.

Tableau XVIII: Pratiques liées au dépistage de l'infection à VIH

Pratique du dépistage	Freq.	Percent
Non	306	37.78
Oui	504	62.22
Total	810	100.00
Délai		
<1mois	13	2.58
<6mois	113	22.42
<1an	213	42.26
>1an	165	32.74
Total	504	100.00
Raison de non pratique du dépistage		
Absent(e) lors du dépistage	21	7.84
Inaccessibilité du dépistage	101	37.69
j'ai honte	6	2.24
j'ai peur des prélèvements	31	11.57
j'ai peur des résultats	28	10.45
je n'ai aucun risque	81	30.22
Total	268	100.00

IV. DISCUSSION

L'infection à VIH/SIDA constitue l'une des préoccupations majeures de ces dernières décennies en matière de santé. Cette étude avait pour but de déterminer la cartographie de la prévalence de l'infection à VIH dans le district de Saraya ainsi que les connaissances attitudes et pratiques liées à cette dernière.

1. ETUDE DE PREVALENCE DE L'INFECTION A VIH

a.Caractéristiques générales de la population dépistée :

La population dépistée est majoritairement composée de 15-49 ans qui sont la cible des stratégies de dépistages ainsi que de femmes. Cette prédominance féminine (54%) retrouvée dans l'étude de Malicounda, ne l'est pas au centre de dépistage volontaire anonyme et d'accompagnement de Pikine-Guédiawaye (56% d'hommes) [31] ainsi que chez les donneurs des centres nationaux de transfusion sanguine de Conakry et Kinshasa [26,27].

Cette prédominance féminine constatée dans notre étude et dans celle de Malicounda semble être liée au fait que ce sont les équipes de dépistage qui se soient déplacées dans les deux cas vers les populations ce qui n'est pas généralement le cas avec les CDVA et les CNTS.

b.Prévalences de l'infection à VIH :

L'épidémie est de type concentré au Sénégal avec d'importantes disparités selon la région, le sexe, l'âge entre autres. La zone sud du pays est la plus touchée avec des prévalences supérieures ou égales à 1% alors qu'elles sont inférieures à 1% dans le reste du pays. [3]

Dans notre étude, la prévalence globale (1.12%) est supérieure à la prévalence de la population générale du pays qui est à 0.7% et à celle de la communauté rurale de Malicounda, zone rurale dans la région de Thiès qui est à 0.5% [19].

Cependant, elle est moins élevée que celle de la région de Kédougou qui est à 1.7% [3].

Les femmes sont les plus touchées par l'infection avec un ratio Femme/Homme à 1.55 comparable à celui retrouvé lors de l'EDS-MICS 2010-2011 (1.6) et dans des enquêtes similaires en Afrique subsaharienne. [8,12]

La prévalence chez les femmes dans notre étude (1.27%) est beaucoup moins élevée que celle retrouvée dans la région de Kédougou (2.5%). [3]

Cette prédominance féminine de l'infection à VIH s'expliquerait par une vulnérabilité anatomo-physiologique accentuée par un accès limité à l'instruction, à l'information et aux services de santé de la reproduction.

Les jeunes (15-24ans) sont moins touchés que les individus âgés de 25 ans ou plus et cela est également retrouvé dans d'autres études [3, 27, 31].

En outre, au cours de l'EDS-MICS 2010-2011, une augmentation progressive de la prévalence avec l'âge a été retrouvée chez ces jeunes. Cela semble lié au fait que les jeunes intègrent progressivement la population sexuellement active et constituent de ce fait une population de choix dans l'étude des infections récentes ainsi que de l'incidence des nouveaux cas.

La prévalence du VIH présente de fortes variations selon la situation matrimoniale. Les divorcés avec une prévalence très élevée (28.3%) semblent être plus vulnérables que les sujets en union ou célibataires. Cette vulnérabilité des divorcés est retrouvée au niveau national avec l'EDS V. Cependant, d'autres études réalisées au Sénégal ont retrouvé des prévalences plus élevées chez les sujets mariés que chez ceux qui ne sont pas en union [19, 31].

Certaines activités professionnelles présentent plus de risques liés à l'infection à VIH. Les professionnelles du sexe constituent la profession avec la plus forte

prévalence (11.34%), néanmoins elle est inférieure à la prévalence nationale dans ce groupe professionnel qui est à 18.5% [10].

Cela pourrait s'expliquer par le fait que les professionnelles du sexe connaissant déjà leur statut sérologique VIH positif ne se présentent pas au dépistage lors des stratégies avancées, ainsi qu'au faible nombre d'entre elles dépistées (97). Les professionnelles du sexe sont le groupe le plus vulnérable face au VIH en Afrique subsaharienne où la voie hétérosexuelle est le principal mode de transmission, la prévalence du VIH atteignant chez elles 75% à Kisumu au Kenya [30].

Parmi les groupes passerelles les orpailleurs sont très présents dans la zone. La prévalence de l'infection à VIH retrouvée chez eux (1.53%) est légèrement supérieure à celle retrouvée au cours de l'EDS-MICS 2010-2011 qui à 1.3%. Elle est également supérieure à celle retrouvée chez les orpailleurs chinois qui était à 0.5% [53]. Ailleurs, les prévalences sont plus élevées que dans notre étude, ainsi on retrouve chez les orpailleurs de la République de Guinée Conakry et Guyane française respectivement des prévalences à 5.2% [23] et 3.9% [44].

En outre, dans l'étude, les villages d'orpaillage traditionnels présentent de plus fortes prévalences comparées aux autres. Au Sénégal, une étude réalisée à Tenkoto, village aurifère traditionnel situé dans le district sanitaire de Kédougou présentait une prévalence à 7% [44]. Ces fortes prévalences dans les sites d'orpaillages peuvent s'expliquer par la structure de leurs populations. On y note une présence massive de professionnelles du sexe en provenance de pays à forte prévalence de VIH, ayant séjourné dans divers sites d'orpaillage dans toute l'Afrique sub-saharienne. Il s'y ajoute une population d'orpailleurs aux origines diverses, vivant dans la promiscuité, avec des comportements à risque tels que le multi-partenariat, la non utilisation de préservatifs, les mariages circonstanciels entre autres.

2. ENQUETE C.A.P SUR LE VIH/SIDA

a. Caractéristiques générales de la population d'enquête :

La prédominance féminine retrouvée dans notre étude est conforme à la présentation de la population sénégalaise qui comporte 50,8% de femme [2]. Elle est également retrouvée dans d'autres études [24, 49]. Les individus enquêtés sont majoritairement mariés (71%). La proportion de mariés dans notre étude est supérieure à celle retrouvée à Malicounda (57%) [19] et à Lubumbashi (54,3%) [24]. Cet important pourcentage de mariés peut être lié à la nature de population d'étude constituée de jeunes adultes économiquement actifs, mais aussi au fait que le mariage soit en zone rurale un gage de sécurité et de respectabilité au plan social.

Le niveau d'instruction est relativement bas dans notre population d'étude alors que dans la communauté rurale de Malicounda on retrouve un niveau de scolarisation plus élevé avec 47% des femmes et 66% des hommes qui sont scolarisés et à Lubumbashi les individus non instruits représentaient 6,8% des enquêtés [19, 24].

b. Connaissances de l'infection à VIH/sida :

L'existence de l'infection à VIH/sida est connue par la quasi-totalité de la population d'enquête, quel que soit le caractère sociodémographique. Ce niveau est légèrement plus élevé que celui retrouvé lors de l'EDS-MICS 2010-2011. Dans la région de Kédougou, ce niveau était de 92% chez les femmes et 99,6% chez les hommes [3]. Ce léger retard de connaissance du VIH/sida des femmes vis-à-vis des hommes est également retrouvé au Mali [8] et en Guinée [12]. Cette bonne connaissance d'infection à VIH peut être attribuée aux importants efforts de sensibilisation entrepris avec les différents programmes de lutte contre infection à VIH. Le retard de connaissance des femmes peut être expliqué par leur faible niveau d'instruction et par leur accès limité aux médias. En effet, dans

la région de Kédougou, la proportion de femmes qui ne sont exposées à aucun média atteint 39% [2].

Le rôle prépondérant des médias dans l'acquisition des connaissances liées à l'infection à VIH/sida est également retrouvé dans d'autres études [24, 43, 45, 49].

Séne D. a observé à Tenkoto que les relations interpersonnelles constituaient la première source d'information [46].

L'amaigrissement et la diarrhée sont les signes cliniques les plus associés à l'infection à VIH, cela est également retrouvé chez les étudiants de l'université de Kampala [45]. Cependant, le dépistage est reconnu par la majorité (72%) comme le moyen de confirmer l'infection à VIH.

Concernant les modes de transmission, la transmission sexuelle demeure toujours la mieux connue et la TME est encore peu connue. Cette méconnaissance de la TME est également retrouvée dans d'autres études sénégalaises [19, 48] et dans une étude togolaise [15] alors qu'elle est la plus connue lors d'une enquête ivoirienne réalisée chez les collégiens d'Abidjan [49]. La méconnaissance de la TME constitue un problème majeur dans la prévention de l'infection chez les enfants.

L'existence de moyens de protection contre le VIH/sida est connue par quasiment toute la population et l'utilisation du préservatif reste le moyen le plus cité. Des résultats similaires sont également retrouvés chez les collégiens d'Abidjan, ceux de Bamako et chez les étudiants de Kampala [45, 49].

L'abstinence évoquée par un peu plus du tiers de la population enquêtée est une méthode de prévention des IST/sida toujours d'actualité. Au Sénégal, chez les femmes célibataires, 94% de celles qui sont âgées entre 15-19 ans et 82,4% pour

les 20-24 ans déclarent n'avoir jamais eu de rapports sexuels contre 81,4% pour les 15-19 ans et 58,1% pour les 20-24 ans chez les hommes [3].

Les connaissances sur le traitement de l'infection à VIH/sida sont insuffisantes, seuls 11% de la population d'enquête connaissent les ARV.

Concernant la stigmatisation des sujets infectés, la grande majorité (87%) des individus déclarent qu'ils soutiendraient un PVVIH membre de leur famille. Ces résultats sont légèrement plus élevés que ceux de l'EDS-MICS 2010-2011 où dans la région de Kédougou on retrouve 63% chez les femmes et 79% chez les hommes, cependant le degré de tolérance total est relativement faible avec seulement 3% des femmes et 5% des hommes ayant exprimé une attitude de tolérance [3]. Des résultats semblables sont retrouvés dans l'ensemble du pays. Ce faible niveau de tolérance est également retrouvé dans d'autres pays [8, 20].

c. Attitudes et pratiques liées au VIH/sida:

Dans l'étude, l'âge au moment du premier rapport est dans la grande majorité des cas entre 15-20 ans et dans près du quart des cas avant l'âge de 15 ans. Nos résultats sont comparables à ceux obtenus chez les lycéens d'Abidjan et de Bamako. Chez les lycéens abidjanais, l'âge moyen au premier rapport sexuel était de 15 ans et chez les collégiennes de Bamako, il était compris entre 14 et 16 ans. Au Sénégal, chez les jeunes (15-24 ans) 10,7% des femmes déclarent avoir eu leur premier rapport sexuel avant l'âge de 15 ans et 34,2% avant l'âge de 18 ans contre respectivement 4,9% et 21,2% pour les hommes.

La proportion d'individu reconnaissant avoir eu plusieurs partenaires est de 12% dans la population d'enquête. Cette proportion est moins élevée que celle retrouvée chez les hommes de la région de Kédougou (18%), cependant, elle est de 0,8% chez les femmes de la région [3]. Des proportions légèrement plus élevées sont retrouvées dans les départements français d'Amérique avec 24% chez les hommes et 6% chez les femmes [20]. La proportion élevée d'hommes

ayant plusieurs partenaires dans notre étude s'explique en partie par la fréquence de la polygamie.

Le préservatif masculin est utilisé par plus de 2/5 de la population d'enquête. Une étude sénégalaise suggère une utilisation significative des préservatifs masculins [19]. Ailleurs, on peut noter une plus importante utilisation du préservatif chez les collégiens de Bamako et d'Abidjan [43, 49] ainsi que dans la population des départements français d'Amérique [20].

Le préservatif féminin est bien connu mais peu utilisé. Cela est également retrouvé aux Antilles et en Guyane française [20].

Le dépistage est généralement bien accepté dans l'étude et les répondants dans leur majorité (62%) ont déjà au moins fois été dépistés. Cette proportion est supérieure à celle retrouvée chez les 15-49 ans au Sénégal, avec 27,7% chez les femmes et 16,1% chez les hommes qui déclarent avoir effectué un test et reçu le résultat. Ce taux de recours au dépistage est encore plus faible dans d'autres études [20]. La principale raison évoquée chez les sujets non encore dépistés est l'inaccessibilité géographique. Cela s'explique par l'enclavement de la zone et l'absence de moyens de transport adaptés.

CONCLUSIONS - RECOMMANDATIONS

L'infection à VIH demeure un réel problème de santé publique à travers le monde mais plus particulièrement dans les pays en voie de développement tels que ceux de l'Afrique subsaharienne.

Au Sénégal, l'épidémie est de type concentré avec une prévalence faible dans la population générale (0.7%) et élevée dans les groupes à risque que sont les professionnelles du sexe (18.5%), les MSM (21.8%) et les UDI (9.4%). On observe d'importantes disparités selon les régions. Ainsi, les régions au Sud du pays telles que Kédougou (1.7%) sont les plus touchées.

Notre travail portait sur l'évaluation des connaissances, attitudes et pratiques liées au VIH/sida et la cartographie de l'infection à VIH par l'analyse des données de dépistage volontaire et anonyme dans le district sanitaire de Saraya, situé à l'extrême sud-est du Sénégal, comportant d'importantes ressources minières. Les sites miniers constituent des pôles d'attraction pour les populations actives d'origines diverses à la recherche de source de revenu mais également pour les professionnelles du sexe. Dans ce cadre, l'enquête C.A.P a intéressé 811 individus résidants dans l'étendue du district et 8199 individus ont été dépistés durant la période allant de Janvier 2009 à décembre 2012.

Les résultats de cette étude amènent aux conclusions suivantes :

En ce qui concerne l'enquête de prévalence

Durant la période de 4 ans, 8199 individus ont été dépistés, soit une moyenne annuelle de 2049 cas. Il s'agissait en majorité de femmes (54%), de mariés (63%), et de personnes âgées de 15 à 24 ans (47%). La sérologie VIH est revenue positive dans 92 cas, soit une prévalence de 1.12%.

Dans 73% des cas, il s'agissait d'un premier test de dépistage. La séroprévalence était nettement plus élevée que le taux national aussi bien chez les femmes

(1.27%), que chez les hommes (0.94%). La population âgée de 15 à 49 ans était la plus concernée avec 87% des cas.

En ce qui concerne le statut matrimonial, la séroprévalence était de loin plus élevée chez les divorcés (28.26%) et les veufs (2.70%).

Selon la profession, après les professionnelles du sexe qui sont les plus touchées avec une prévalence 11.34%, les ASC et relais communautaires occupent la deuxième position avec une forte prévalence de 7.14%. Elle est 1.53% chez les orpailleurs traditionnels.

Les villages d'orpaillage traditionnel sont très touchés des prévalences allant de 2.3% à 23.9%.

En ce qui concerne l'enquête CAP

Elle a porté sur un échantillon de 811 individus, constitué en majorité de femmes (54%), de mariés (71%), d'analphabètes en français (60%) et de personnes âgées de 25 à 49 ans (51%).

▪ *Au plan des connaissances sur les IST/sida*

Une bonne connaissance de l'existence du VIH a été reconnue dans 99% des cas, la principale source d'information étant la radio avec 78% des cas. L'amaigrissement est le principal symptôme associé à la maladie dans 70% des cas.

Si la voie sexuelle (93%) et la voie sanguine (64%) sont assez bien connues, il n'en est pas de même de la voie verticale, citée par seulement 21% des enquêtés.

Le port de preservatif (74%) et la fidélité (63%) sont les moyens de protection les plus cités. Un peu moins de la moitié des enquêtés (49%) est au courant de l'existence des antiretroviraux.

▪ *Au plan des attitudes et pratiques*

Globalement, 28% des enquêtés pensent que le dépistage peut être un facteur de stigmatisation, car pouvant être associé à l'infection.

Le port de préservatif est effectif dans 43% des cas, compte non tenu du statut matrimonial. Un enquêté sur cinq a eu son premier rapport sexuel avant l'âge de 15 ans, tandis que la notion de multipartenariat a été avouée dans 12% des cas.

L'inaccessibilité du dépistage (38%), et le fait de ne pas se sentir à risque (30%), sont les principaux obstacles au dépistage de masse.

Ces conclusions nous amènent à formuler les recommandations suivantes :

En direction des autorités sanitaires

- Appuyer l'équipe cadre de District dans l'élaboration et la mise en œuvre de programmes spécifiques d'information et de sensibilisation en matière de prévention, de dépistage volontaire et de prise en charge des IST/VIH/sida au niveau des sites d'orpillage ciblant les orpailleurs et les professionnelles du sexe.
- Faciliter l'accès au dépistage en intensifiant les stratégies avancées au niveau des zones enclavées et en renforçant sa décentralisation au niveau des postes de santé.
- Recycler les relais dans le domaine des techniques IEC/CCC et impliquer davantage les leaders d'opinion au sein de la communauté dans les stratégies de lutte contre le VIH/sida.

En direction de l'équipe cadre de district

- Contribuer à réduire la prévalence du VIH chez les ASC et les relais communautaires par la formation continue.
- Encadrer des séances d'IEC/CCC au niveau des villages les plus touchés.

- Encadrer des séances d'IEC/CCC ciblant spécifiquement les orpailleurs et les professionnelles du sexe.
- Promouvoir l'utilisation des préservatifs masculin et féminin et améliorer leur disponibilité surtout au niveau des sites d'orpaillage traditionnel.

REFERENCES
BIBLIOGRAPHIQUES

1. Abbot RC, Ndour-Sarr A, Diouf A. Risk factors for HIV-1 and HIV-2 infection in pregnant women in Dakar, Senegal. J. Acq. Imm. Def. Synd., 1994 ; 7: 711-7
2. Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie (ANSD), Recensement général de la population et de l'habitat. Juin 2008, Sénégal
3. Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie (ANSD) [Sénégal], et ICF International. 2012. Enquête Démographique et de Santé à Indicateurs Multiples au Sénégal (EDS-MICS) 2010-2011. Calverton, Maryland, USA: ANSD et ICF International.
4. Association des professeurs de pathologie infectieuse et tropicale, Infection à VIH et SIDA, Juin 2003
5. Barré-Sinoussin F., Girard P.M., Katlama Ch., Pialoux G. Virologie fondamentale de l'infection à VIH. In : ed. VIH. Paris : Doin ; 2004 :3-9
6. Bouchaud O., Ndour C.T., Prise en charge globale du VIH dans les pays à ressources limitées. Ed Doin, 2011
7. Branson B.M., State of the Art for Diagnosis of HIV Infection, Clinical Infectious Diseases 2007; 45:S221–5
8. Cellule de Planification et de Statistique du Ministère de la Santé (CPS/MS), Direction Nationale de la Statistique et de l'Informatique du Ministère de l'Économie, de l'Industrie et du Commerce (DNSI/MEIC) et Macro International Inc. 2007. Enquête Démographique et de Santé du Mali 2006. Calverton, Maryland, USA : CPS/DNSI et Macro International Inc.
9. Collection Hippocrate, maladies infectieuses : l'infection à VIH
10. Conseil National de Lutte contre le SIDA(CNLS), Mars 2012, Rapport de situation sur la riposte nationale à l'épidémie de VIH/SIDA au SÉNÉGAL : 2010-2011
11. Denis F., Mboup S., Sangaré A., Léonard G., Verdier M., Rangers S. SIDA infection à VIH, aspects en zone tropicale. Edition Marketing/Ellipses, Paris, 1989 :25-31

12. Direction Nationale de la Statistique du Ministère de la Santé et Macro International Inc. 2005. Enquête Démographique et de Santé de la Guinée. Calverton, Maryland, USA : DNS et Macro International Inc.
13. Division de lutte contre le SIDA et les IST, Guide de prise en charge de l'infection à VIH/sida au Sénégal- version 2009
14. Division de Lutte contre le Sida et les IST, nouvelles directives PTME 2012-Sénégal
15. Djadou K. et al. Connaissance, attitudes et pratiques en focus group des clientes des sites de prévention de la transmission du VIH de la mère à son enfant au togo en 2010. J.Rech.Univ.Lomé 2012, Série D14(1) : 61-66
16. Fédération internationale pharmaceutique, groupe de travail FIP/OMS « Pharmacien et Sida » « Rôle du pharmacien dans la prévention de la transmission du VIH/SIDA » MODULE I
17. Fortes Déguénonvo L., Diop S. A., Vedogbeton A. et al, Bilan de la prise en charge médicale des patients infectés par le VIH dans un centre de dépistage volontaire et anonyme au Sénégal. Santé Publique 4/2011(vol.23), p.297-304.
18. Gentilini M. Rétroviroses tropicales. Med. trop ed Flammarion. Med-sciences Paris.1996 pp 435-448
19. Gueye Ndiaye A., Faye C.M. et Al. Dépistage du VIH, de la syphilis, des infections dues à Chlamydia trachomatis et à Neisseria gonorrhoeæ au cours d'une enquête combinée conduite à Malicounda, une zone rurale du Sénégal.Bull Soc Pathol Exot, 2009, 102, 3, 150-154
20. Halfen S., Fénies K., Ung B. et Grémy I., Les connaissances, attitudes, croyances et comportements face au VIH/sida aux Antilles et en Guyane en 2004, ORS Ile-de-France
21. Haute Autorité de Santé, Dépistage de l'infection par le VIH en France, octobre 2009
22. Hoen B. Girard P.M. , Katlama C., Pialoux G. Primo-infection VIH. Edition Doin. Paris 2001 pp 71-73
23. Jaak L. Rapport d'expertise de l'étude de faisabilité pour l'intégration de la prise en charge médicale et psychosociale des maladies du SIDA dans 7 sites miniers en Guinée Conakry. PCS. Conakry : Février 2009 ; 70 pages.

24. Kabamba N. Connaissances, attitudes et pratiques en matière de VIH/SIDA à Lubumbashi. Université Simon Kimbangu Thes.Med 2004
25. Leport C. et al. Manifestation cliniques de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine. Encycl. Med. Chir. Maladies infectieuses. 2001 8-050-B10: 1-20
26. Loua A. et col. Bilan de 4 ans de sérologie VIH au centre national de transfusion sanguine de Conakry. Bull Soc Pathol Exot, 2004, 97, 2, 139-141
27. Mbendinlombi C. et col. Prévalence du VIH et de l'antigène HBS chez les donneurs du sang. Risque résiduel de contamination chez les receveurs de sang à Kinshasa-est, République démocratique du Congo. Med. Trop.2001 ; 61 : 139-142
28. Mémento thérapeutique du VIH/SIDA en Afrique, deuxième édition, IMEA. Ed Doin 2009, p. 30
29. Ministère de la santé et de la prévention médicale/Division de lutte contre le SIDA et les IST/Sénégal-Politique, Normes et Protocoles du Conseil Dépistage Volontaire du VIH. MSPM/CNLS/DLSI, Dakar, 2007, 53.
30. Morison L, Weiss H.A, Buve A, Carael M, Abega S;C et al. Commercial sex and the spread of HIV in four cities in sub-Saharan Africa. AIDS, 2001, 15, S61-S69.
31. Ndiaye P, Diedhiou A, Ly D, 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 :277-282
32. Onusida, 25 ans d'épidémie de sida-2006
33. Onusida, Feuilles de résultats 2010
34. Onusida,
<http://www.unaids.org/fr/regionscountries/regions/westandcentralafrica/>
visité le 24/07/2012
35. Onusida « Rapid HIV tests »: Guidelines in HIV testing and counseling services in resource-constrained settings
36. Onusida, Rapport sur l'épidémie mondiale de sida, 2012

37. Onusida, Recommandations PTME-2009
38. Pilly E., Maladies infectieuses et tropicales, 20ème édition, 2005
39. Poda A. Syndrome inflammatoire de reconstruction immunitaire au cours du traitement antirétroviral à Dakar : Epidémiologie, clinique et perspectives de recherche. Thèse Med. Dakar. 2007 . 131
40. Raffi F., La Lettre de l'Infectiologie,Actualités sur le VIH- Mars 1999.
41. République du Sénégal Journal Officiel, n°6446 du 31 Décembre
42. Rouzioux C. ANRS document d'information, novembre 1997
43. Sangho H. et al. Connaissance, attitudes et pratiques sur les IST et VIH/sida chez les lycéennes de Bamako. Mali Med. 2012;(3): 11-16
44. Seguy N., Denniston M., Hladik W., Edwards M., et al. HIV and Syphilis Infection among Gold and Diamond Miners – Guyana. West Indian.Med J 2008 Nov; 57(5): 444-449.
45. Sekirime W.K., Tamale J., Lulue J.C., Wabwire-Mangen F., Knowledge, attitude and practice about sexually transmitted diseases among university students in Kampala.African Healt sci. 2001; 1 (1) 16-20
46. Séne D., Plan de communication pour un changement.,UCAD/ISED ,Avril 2007, 1393.14.4.14-07
47. SIDA et Infections par le VIH, 3ème édition abrégé, éditions Masson.
48. Tall-Sall A. Etude Evaluative de la Prévention de la Transmission Mère Enfants du VIH au niveau des districts sanitaire de Mbao et de Rufisque (Sénégal), UCAD/ISED,mars 2007 054.03.14-07
49. Touré B., Koffi K., Kouassi-gohou V. et col. Connaissances, attitudes et pratiques des collégiens et lycéens d'Abidjan face au VIH/sida ; Med Trop 2005;65 :346-348
50. www.sant-ujf-grenoble.fr
51. www.determinetest.com

52. Zeller V., Caumes E. Aspects cliniques actuels de la maladie VIH/Sida. Press Med 2002 ;2 : 74-79

53. Zhao R., Gao H., Shi X., Tucker J.D., et al. Sexually Transmitted Disease/HIV and Heterosexual Risk among Miners, Townships of Yunnan Province, China. AIDS patient care STDS, 2005 Dec; 19; 12: 848-852.

ANNEXES

ANNEXE N° 1

REPUBLIQUE DU SENEGAL



MSP

REGION MEDICALE DE KEDOUGOU

DISTRICT SANITAIRE DE SARAYA

N° Identification du Questionnaire : |__|__|__|

ENQUETE CAP SUR LE SIDA DANS LE DISTRICT SANITAIRE DE SARAYA

L'échantillonnage et la méthode de sélection devraient être clarifiés avant l'utilisation de l'enquête

Les personnes interrogées devraient être choisies sur la base de leur statut

Les interviews devraient si possible être conduites de façon tout à fait privée.

La confidentialité doit être garantie.

INTRODUCTION ET CONSENTEMENT

Bonjour, je m'appelle..... Je souhaiterais me renseigner sur les activités liées au **VIH/SIDA** dans votre communauté. Je le fais au nom du district sanitaire de Saraya dans le but d'améliorer la prise en charge de cette maladie.

Avec votre consentement l'interview va durer une trentaine de minutes. Vous êtes libre de poser des questions ou de ne pas répondre.

Bien entendu, tout ce qui sera dit au cours de cet entretien restera absolument confidentiel. Les informations d'ordre personnel ne seront pas divulguées à une tierce personne. Seule l'équipe d'évaluation et moi-même verront ces formulaires.

Désirez-vous participer à l'interview ? Oui ☐ Non ☐

INSTRUCTIONS IMPORTANTES POUR LES ENQUETEURS

Suivez soigneusement ces instructions pour chaque point concerné

L'enquêteur doit traduire le consentement éclairé en langue locale

Cocher la case correspondante ☐ noter les réponses

Sauf autre directive, NE PAS LIRE LES OPTIONS DE REPONSE.

Sauf avis contraire, seule une réponse par question est possible.

I°- IDENTIFICATION

- 1.01- N° de Grappe : |____|____|
- 1.02- Numéro d'ordre du Questionnaire dans la grappe : |____|____|
- 1.03- Nom de l'enquêteur :
- 1.04- Arrondissement de :
- 1.05- Communauté rurale de :
- 1.06- Poste de Santé :
- 1.07- Nom du village :
- 1.08- Village d'orpaillage traditionnel Oui ☐ Non ☐
- 1.09- Nom du chef de la concession :
- 1.10- N°concession |____|____|
- 1.11- N° du ménage |____|____|
- 1.12- Date de l'enquête : ____/____/2011_
- 1.13- Heure de début : ____h ____ mn

II° - CARACTERISTIQUES GENERALES ENQUETE(E)

- 2.01- Sexe
- Homme ☐ Femme ☐
- 2.02a- Ageans
- 2.02b- Si âge non connu, cocher la tranche d'âge approximative
1. 15-19 ans ☐ 2. 20-24 ans ☐ 3. 25-49 ans ☐
- 2.03a- *Situation matrimoniale*
1. Célibataire ☐ 2. Marié(e) ☐ 3. Veuf /Veuve ☐ 4. Divorcé(e) ☐
5. Autre à préciser :
- 2.03b- Si Marié : 1 .Monogamie ☐ 2. Polygamie ☐
2. 03c Si polygamie, nombre d'épouses 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ Plus de 4 ☐
- 2.04- Ethnie
1. Malinké ☐ 2. Diallonké ☐ 3. Diakhanké ☐ 4. Pular ☐ 5. Wolof ☐
6. Autres à préciser :
- 2.05- Nationalité
1. Sénégal ☐ 2. Mali ☐ 3. Guinée ☐ 4. Autres à préciser:
- 2.06- Religion
1. Musulman ☐ 2. Chrétien ☐ 3. Animiste ☐ 4. Autre à préciser :

2.07- Profession (plusieurs réponses possibles)

1. Agriculteur ☐ 2. Eleveur ☐ 3. Orpailleur ☐ 4. Artisan ☐ 5. Commerçant ☐
6. Ménagère ☐ 7. Elève/Étudiant ☐ 8. Inactif ☐ 9. Autre à préciser :

2.08a- Avez-vous fréquenté l'école française ?

1. Oui ☐ 2. Non ☐

2.08b- Si Oui, quel est votre niveau d'enseignement ?

1. Primaire ☐ 2. Secondaire ☐ 3. Supérieur ☐

2.08c- Sinon avez-vous reçu un autre enseignement ?

1. Alphabétisation ☐ 2. Ecole religieuse (Daara) ☐ 3. Aucun ☐
4. Autres à préciser.....

2.09a- Pouvez-vous lire dans une ou plusieurs langues (n'importe quelle langue)

1. Oui ☐ 2. Non ☐

2.09b- Si oui, citer 2 langues au plus : 1.....
2.....

2.10a- Pouvez-vous écrire dans une ou plusieurs langues (n'importe quelle langue)

1. Oui ☐ 2. Non ☐

2.10b- Si oui, citer 2 langues au plus : 1.....
2.....

2.11a- Y'a t'il un tradipraticien dans la localité ?

1. Oui ☐ 2. Non ☐ 3. Ne sait pas ☐

2.12a- Avez-vous une structure de soins dans votre village ?

1. Oui ☐ 2. Non ☐ 3. Ne sais pas ☐

2.12b- Si Oui de quel type ?

1. Centre de santé ☐ 2. Poste de santé ☐ 3. Case de santé ☐
4. Autres à préciser.....

2.13- Si non, À quelle distance se situe la structure la plus proche de votre village ?

1. Moins de 5km ☐ 2. 5 – 15 km ☐ 3. Plus de 15km ☐

2.14- Combien de temps faites-vous pour accéder à la structure sanitaire la plus proche ?

1. < 30mins ☐ 2. moins de 2H ☐ 3. Plus de 2h ☐

2.15a- La structure sanitaire est elle dotée de personnel ?

1. Oui ☐ 2. Non ☐ 3. Ne sais pas ☐

2.15b- Si oui, qui est l'agent responsable

1. Médecin ☐ 2. Infirmier ☐ 3. sage-femme ☐ 4. ASC ☐ 5. Matrone ☐
6. DSDOM ☐

III° - CONNAISSANCES

3.01- Est-il possible d'attraper des maladies pendant les rapports sexuels ?

1. Oui ☐ 2. Non ☐ 3. Ne sait pas ☐

3.02- Avez-vous déjà entendu parler des IST ?

1. Oui ☐ 2. Non ☐

3.03- Si oui, pouvez-vous donner des exemples ?

1.
2.
3.

3.04a- Avez-vous déjà entendu parler du SIDA ?

1. Oui ☐ 2. Non ☐

3.04b- Si Oui, Comment avez-vous reçu l'information (plusieurs réponses possibles)

1. Relais ☐ 2. ASC ☐ 4. Agent santé ☐
5. A la télévision ☐ 3. A la radio ☐ 6. Famille, Ami(e)s, Partenaire ☐
7. Autres à préciser :

3.05- Comment se transmet le SIDA? (Plusieurs réponses possibles)

1. Les rapports sexuels ☐ 2. Mère/enfant ☐
3. Sang/blessure par objet tranchant/injections ☐ Ne sait pas ☐
4. Autres à préciser :

3.06- Quels sont les signes du SIDA ? (Plusieurs réponses possibles)

1. Amaigrissement ☐ 4. Fatigue ☐
2. Toux ☐ 5. Les maladies qui persistent ☐
3. Diarrhée ☐ 6. Ne sait pas ☐
7. Autres à préciser :

3.07a- Le SIDA peut-il être confirmé ?

1. Oui ☐ 2. Non ☐ 3. Ne sait pas ☐

3.07b- Si Oui, citer un moyen de confirmation du SIDA : (une seule réponse possible)

1. Dépistage ☐ 2. Ne sait pas ☐ 3. Autres à préciser :

3.08a- Peut-on se protéger contre le VIH/SIDA?

1. Oui ☐ 2. Non ☐ 3. Ne sait pas ☐

3.08b- Si Oui, Citer un ou des moyens de protection contre le VIH/SIDA

1. Préservatif ☐ 2. Abstinence ☐ 3. Fidélité ☐
4. Eviter le contact avec le sang, les objets souillés ☐
5. Autres à préciser :

3.09a- Pensez vous que le VIH/SIDA peut être traité ?

1. Oui ☐ 2. Non ☐ 3. Ne sait pas ☐

NB : Si Non ou NSP passer à la question 3.14

3.10b- Si Oui, avec quel remède peut-on traiter le SIDA

1. ARVs ☐ 2. Autres médicaments ☐ 3. Incantations ☐
4. Décoctions ☐ 6. Ne sait pas ☐ 7. Autres à préciser :.....

3.11- Est-ce que le traitement du VIH/SIDA est gratuit ?

1. Oui ☐ 2. Non ☐ 3. Ne sait pas ☐

3.12- Si quelqu'un prend les médicaments pour le SIDA, est-ce qu'il peut toujours transmettre le virus ?

1. Oui ☐ 2. Non ☐ 3. Ne sait pas ☐

3.13- Est-ce que le SIDA peut être guéri ?

1. Oui ☐ 2. Non ☐ 3. Ne sait pas ☐

3.14- Où est-ce qu'on peut trouver les préservatifs ? (Plusieurs réponses possibles)

1. A la pharmacie ☐ 2. Au marché ☐ 3. A la boutique du coin ☐
4. Dans l'entourage ☐ 5. Chez les relais/ASC ☐ 6. Case de santé ☐
7. Poste ou centre de santé ☐ 8. Ne sait pas ☐ 9. Nulle part ☐
9. Autres à préciser :.....

3.15- Existe un préservatif féminin ?

1. Oui ☐ 2. Non ☐ 3. Ne sait pas ☐

IV° - ATTITUDES

4.01- Pensez-vous que le VIH/SIDA est un problème dans votre localité ?

1. Oui ☐ 2. Non ☐ 3. Ne sait pas ☐

4.02- Si l'occasion se présente feriez vous le dépistage volontaire ?

1. Oui ☐ 2. Non ☐ 3. Ne sait pas ☐

4.03- Conseilleriez-vous à votre entourage de faire le dépistage volontaire ?

1. Oui ☐ 2. Non ☐ 3. Ne sait pas ☐

4.04- , les gens /les autres penseraient que j'ai le VIH/SIDA

1. Oui ☐ 2. Non ☐ 3. Ne sait pas ☐

4.05- Pour vous protéger contre le VIH/SIDA utiliseriez-vous le préservatif ?

1. Oui ☐ 2. Non ☐ 3. Ne sait pas ☐

4.06- Demander les préservatifs est-elle une action honteuse ?

1. Oui ☐ 2. Non ☐ 3. Ne sait pas ☐

4.07- Est-il difficile de trouver des préservatifs ?

1. Oui ☐ 2. Non ☐ 3. Ne sait pas ☐

4.08- Les femmes enceintes doivent-elles se dépister pour le VIH/SIDA ?

1. Oui ☐ 2. Non ☐ 3. Ne sait pas ☐

4.09- Si un membre de votre famille était infecté par le VIH/SIDA, le soutiendriez-vous ?

1. Oui ☐ 2. Non ☐ 3. Ne sait pas ☐

V° - PRATIQUE

5.01a- Avez-vous déjà eu au moins un rapport sexuel ?

1. Oui ☐ 2. Non ☐

5.01b- Si oui, quel âge aviez-vous au moment du premier rapport sexuel?

1. < 15 ans ☐ 2. 15-20 ans ☐ 3. 20-25 ans ☐ 4. > 25 ans ☐

5.02- Actuellement, avez-vous un(e), ou plusieurs partenaires?

1. Un(e) partenaire ☐ 2. Plus d'un(e) partenaire ☐

5.03a- Utilisez-vous les préservatifs?

1. Oui ☐ 2. Non ☐

5.03b- Si Oui, à quelle occasion ?

1. Quand je ne veux pas avoir un enfant ☐
2. Quand j'ai des rapports sexuels occasionnels ☐
3. Quand je veux me protéger contre les IST ☐
4. Quand je veux me protéger contre le SIDA ☐
5. Quand mon partenaire me le demande/me l'exige ☐
6. Autres à préciser :.....

5.03c Ou est ce que vous trouvez les préservatifs ?

1. A la pharmacie ☐ 2. Au marché ☐ 3. A la boutique du coin ☐
4. Dans l'entourage ☐ 5. Chez les relais/ASC ☐ 6. Case de santé ☐
7. Poste ou centre de santé ☐ 8. Ne sait pas ☐ 9. Nulle part ☐
9. Autres à préciser :.....

5.03d- Si non, pourquoi vous n'utilisez pas de préservatifs?

1. Je n'aime pas les préservatifs ☐
2. Mon/ma partenaire n'aime pas les utiliser ☐
3. Mon/ma partenaire et moi avons fait le dépistage ☐
4. Je m'abstiens ☐
5. Autres à préciser :.....

5.04- Avez vous déjà utilisé les préservatifs féminins ?

1. Oui ☐ 2. Non ☐

5.05a- Avez-vous déjà fait un dépistage ?

1. Oui ☐ 2. Non ☐

5.05b- Si Oui, c'était quand ?

1. < 1 mois ☐
2. < 6 mois ☐
3. < 1 an ☐

4. >1 an ☐

5.05c- Si non, pourquoi vous n'avez jamais fait le dépistage?

1. J'ai peur des résultats ☐
2. J'ai peur des prélèvements ☐
3. Je n'ai aucun risque ☐
4. J'ai honte ☐
5. Inaccessibilité au dépistage ☐
6. Autres à préciser :.....

REMERCIER L'INTERVIEWE

Fin de l'interview : Heure à la fin _____

Nom du superviseur :

**Questionnaire revu par le superviseur – Date et
Signature:** _____

ANNEXE N°2

[illegible]