

Attitudes discriminatoires du professionnel de santé vis-à-vis des personnes vivant avec le virus de l'immunodéficience humaine à Antananarivo

Stigma from healthcare staff towards the people living with the virus of human immunodeficiency in Antananarivo

F.M. Randriatsarafara (1,2)*, A.R. Rasoloarimanana (3), S. Ralamboson (4), E.J. Rakotonirina (1,5), R.J.J. Ranjalaly (2), J.D.M. Rakotomanga (1,2)

(1) Département de Santé publique, Faculté de Médecine d'Antananarivo, Madagascar

(2) Institut National de Santé Publique et Communautaire, Antananarivo, Madagascar

(3) Coordonateur ONG SISAL, Antananarivo, Madagascar

(4) Service de Médecine Interne au CENHOSOA, Antananarivo, Madagascar

(5) Etablissement de Santé Publique Analakely, CHU d'Antananarivo, Madagascar

Résumé

Introduction. L'accès aux soins des personnes vivant avec le VIH (PVVIH) à Madagascar demeure très faible. Cette situation peut être aggravée par l'existence des attitudes de discrimination et de stigmatisation de la part de certains personnels de santé. Cette étude se propose d'identifier les facteurs pouvant influencer sur les attitudes des professionnels de santé vis-à-vis des PVVIH.

Méthode. Cette étude rétrospective à visée analytique, a été menée durant le mois d'octobre 2010. Elle a utilisé des questionnaires pré-testés pour interviewer les personnels de santé dans les formations sanitaires publiques et privées à Antananarivo.

Résultats. Au total, 65,7% avec IC_{95%} [59,5% - 71,1%] du personnel de santé au niveau du Service Sanitaire du District d'Antananarivo Renivohitra sont discriminants vis à vis des PVVIH. L'attitude discriminatoire est corrélée significativement avec un âge élevé ($p < 0,04$), le genre féminin ($p < 0,006$) et le fait d'appartenir à la catégorie des paramédicaux ($p < 0,005$). Cette attitude est sous tendue par la peur d'être infecté par le VIH conséquence d'une insuffisance des connaissances des modes de transmission du VIH, de la perception de l'infection à VIH à un groupe particulier. Le rôle de la formation dans les changements des attitudes dépend essentiellement de son contenu. L'ignorance des droits des patients participe significativement à ces attitudes discriminatoires (70,5% versus 43,6%).

Conclusion. Les attitudes discriminatoires sont multifactorielles. Ainsi, c'est le renforcement des connaissances du personnel soignant associé au contact humain effectif avec les personnes vivant avec le virus de l'immunodéficience humaine qui pourrait améliorer significativement cette attitude dans le respect du droit des patients.

Mots clés: discrimination, stigmatisation, personnes vivant avec le VIH, professionnel de santé, droits.

Abstract

Introduction. Access to medical care stays very weak for people living with HIV (PLWHA) in Madagascar. This situation can be aggravated by the existence of some attitudes of health staff. The aim of our study was to identify the factor which can influence the attitudes of the health staff to the PLWHA.

Methods. This retrospective survey was done during the month of October 2010. Pre-tested questionnaires were developed to interview the medical staffs exercising in the public and private sanitary formations in Antananarivo.

Results. According to our results, 65.7% with CI 95% [59.5% - 71.1%] of the medical staff to the level of the District Sanitary of Antananarivo are discriminative towards PLWHA. The discriminatory attitude is correlated meaningfully with an elevated age ($p < 0.04$), the feminine gender ($p < 0.006$) and the nurses category ($p < 0.005$). This attitude is under stretched by the fear to be infected by the HIV. It is the consequence of an insufficiency of the knowledge of the transmission modes of the virus, and the belief that, HIV-infection touches only a particular group people. The role of the medical education in the changes of the attitudes essentially depends on her content. The ignorance of the patient's rights meaningfully contributes to these discriminatory attitudes (70.5% versus 43.6%).

Conclusion. Many factors determine the stigma. The intensification of the knowledge of the nursing staff may improve significantly this attitude in the respect of patients' rights.

Key words: discrimination, stigma, people living with HIV, health staff, rights.

Introduction

Les droits humains sont universels, fondamentaux et inaliénables. Dans le cadre de la lutte contre le virus de l'immunodéficience humaine/syndrome d'immunodéficience acquise (VIH/Sida), l'enjeu de l'accès aux soins et le respect de ces droits par le professionnel de santé est important pour améliorer les réponses face à ce fléau. Pour le cas de Madagascar, la prévalence du VIH estimée officiellement reste basse, moins de 1% [1]. Cependant, l'accès aux soins des personnes vivant avec le VIH (PVVIH) y serait encore très faible. Le taux de déperdition des cas dépistés qui arrivent jusqu'à la prise en charge est estimé à un sur deux [2]. Il a été reconnu que les faibles accès aux soins sont corrélés avec les attitudes de discrimination et de stigmatisation de la part des personnels de santé vis à vis des PVVIH [3]. Ces attitudes sont déniées mais elles peuvent freiner l'accès aux soins des PVVIH. Les démarches pour le dépistage volontaire du VIH sont également affectées [4]. Les personnels de santé sont des acteurs clés dans la prévention et la gestion de l'infection à VIH. La discrimination en milieu médical entrave la prévention et la prise charge de l'infection à VIH car la relation de confiance patient-soignant est rompue. Les personnes séropositives vivant à Madagascar en souffrent comme dans beaucoup d'autres pays.

A Madagascar, peu d'études ont été publiées sur la discrimination des PVVIH. La plus récente réalisée en 2009 rapporte que près de 36% des séropositifs se sentaient victimes de discrimination en milieu médical [5]. Face aux soins à dispenser à une PVVIH, certains membres de l'équipe soignante se rétractent. La stigmatisation est devenue un problème majeur dans la prise en charge d'une PVVIH en Afrique [6].

Il est sans doute légitime de penser à se protéger soi-même et de protéger également les autres patients en respectant les précautions universelles ; mais pour se protéger, les professionnels de santé sont-ils obligés de discriminer certaines catégories de patients ?

Nous émettons l'hypothèse selon laquelle le statut socioprofessionnel associé à la perception individuelle influence les attitudes discriminatoires des professionnels de la santé vis-à-vis des PVVIH. Ainsi, dans ce travail nous nous proposons d'atteindre les objectifs suivants : (i) identifier les facteurs influençant les attitudes discriminatoires des professionnels de santé vis-à-vis des PVVIH dans les formations sanitaires ; (ii) suggérer des stratégies d'amélioration des comportements des professionnels dans leur relation avec les PVVIH.

Méthodologie

Cette étude rétrospective à visée analytique a été réalisée dans le Service Sanitaire du District d'Antananarivo Renivohitra (SSDAR). Ce district est étendu sur 85 km² avec une population totale de 1 339 789 habitants en octobre 2010. Il dispose de tous les niveaux de formations sanitaires allant des centres de santé de base (CSB) aux centres hospitalo-universitaires (CHU). Les CSB, formations sanitaires de premier recours, peuvent être classés en niveau 1 (CSB1) et en niveau 2 (CSB2) lorsqu'ils sont tenus respectivement par les paramédicaux et les médecins. La période étudiée a intéressé le mois d'octobre 2010.

Ont été inclus dans cette étude, les professionnels de santé du SSDAR dans les formations sanitaires publiques et privées ayant un lien direct avec les patients PVVIH.

Ont été classés dans la catégorie des « médecins », les médecins généralistes, les médecins spécialistes et les chirurgiens dentistes. Ont été classés dans la catégorie des « paramédicaux » les infirmiers, les sages femmes et les techniciens de laboratoire.

N'ont pas été inclus, les professionnels de santé ayant été formés en « Sidénologie » pour être des référents en VIH/Sida du fait de leur pré-requis particulier. Ceux qui travaillent dans le secteur administratif et le personnel d'appui ont également été exclus car ils ne dispensent pas de soins pour les PVVIH. Les internes et les étudiants n'ont pas été inclus dans cette étude.

Dans cette étude, les personnes interviewées sont classées comme formées lorsqu'elles ont été formées par des formateurs nationaux ou étrangers entrant dans le cadre du programme national de lutte contre les infections sexuellement transmissibles (IST) et le VIH/Sida. Les thèmes concernent les généralités sur l'historique et la clinique de l'infection à VIH ou sur des aspects spécifiques comme les prises en charge, le counseling et éducation, le droit. Une durée de formation est dite longue lorsqu'elle a dépassé plus d'une semaine.

Le mode d'échantillonnage et taille de l'échantillon ont été basés sur une technique d'échantillonnage aléatoire stratifié à deux degrés. A partir d'une liste de toutes les formations sanitaires (cliniques, dispensaires et cabinets, hôpitaux), la stratification a été réalisée, d'abord en fonction des types de structure avec 60% pour le milieu hospitalier et 40% pour les formations sanitaires de base. Ensuite, au niveau de chaque structure, nous avons pris une proportion de 65% et 35% corres-

pondant au poids respectifs des médecins et des paramédicaux. Dans les structures hospitalières, le mode de recrutement de l'unité statistique s'est déroulé de manière aléatoire au sein des services proportionnellement à leur effectif. Les enquêteurs ont été répartis dans chaque type de service.

La taille de l'échantillon, a été calculée à partir de la prévalence attendue de 20% et en utilisant une précision de 5% et un intervalle de confiance désirée de 95%.

Ce qui nous donne un échantillon de 245. Mais, en incluant les impondérables, nous avons recruté au total 255 personnes. L'effectif obtenu avoisine les 20% de la population totale. L'échantillon prévu initialement se décompose en 160 dans la catégorie des médecins et 95 individus dans la catégorie des paramédicaux.

Dans cette étude, a été classée comme une personne discriminante, toute personne qui change son attitude et sa pratique en fonction de la connaissance du statut sérologique d'un patient. Les caractéristiques socioprofessionnelles, les connaissances et perceptions individuelles pouvant avoir une influence sur la discrimination des PVVIH ont été recueillies.

Un questionnaire anonyme pré-testé a été administré par des enquêteurs préalablement formés. Les professionnels de santé ont été interviewés dans leur cadre de travail habituel. La saisie et le traitement des données ont été effectués sur le logiciel Epi-Info 3.5.2. La comparaison des pourcentages a fait appel aux tests de Chi carré. Un intervalle de confiance de 95% a été affecté aux résultats obtenus. Le seuil de signification statistique à utiliser est de $p < 0,05$. L'aspect éthique a été respecté concernant la confidentialité des données et la participation volontaire, anonyme et éclairée à l'étude.

Résultats

Au total, 255 questionnaires ont été administrés. Deux (02) personnes ont refusé l'interview pour des raisons de services et ont été exclues de l'étude.

Profil des personnels enquêtés

La catégorie des « médecins » et la catégorie des « paramédicaux » ont représenté respectivement 56,5% et 43,5% de l'échantillon. L'âge moyen des participants a été de $42,4 \pm 9,6$ ans avec une étendue entre 18 ans et 59 ans. Le sex-ratio a été de 0,68.

La grande majorité des répondants ont été mariés (85,4%). Presque la totalité des répondants ont été des

chrétiens (94,5%). Les musulmans ont constitué 1,2% des répondants. Enfin, les autres croyances (animismes) et les athées ont représenté 4,4% des enquêtées.

Selon la répartition en fonction du type des formations sanitaires, près de deux répondants sur trois (68,4%) ont travaillé en milieu hospitalier dont 28,9% en milieu chirurgical. Le tiers (31,6%) a travaillé dans les centres de santé de type CSB 2, CSB 1 et des dispensaires privés. Environ 81% (n=205) des répondants ont été des fonctionnaires et le reste des contractuels dans le secteur public ou le secteur privé ainsi que les médecins libres.

Connaissances des modes de transmission du VIH

Un peu plus de la moitié des répondants (54,2%) IC_{95%} [47,8% - 60,4%] ont cité correctement les trois modes de transmission du VIH Sida. Un peu plus du tiers (36 %) ont cité des réponses correctes mais incomplètes. La transmission sexuelle a été la plus souvent citée. Près de 9,8% ont émis des réponses incorrectes.

Un peu plus de la moitié soit 147 (58,1% IC_{95%} [51,8% - 64,3%]) ont déjà reçu des formations sur le VIH. Ceux qui ont déjà connu des PVVIH ont été au nombre de 140 (55,3%) dont 114 (44,7%) dans le cadre de leur travail.

Proportion de discriminants parmi le personnel de santé

Sachant le statut sérologique du patient, 65,7% avec IC₉ [59,5% - 71,1%], des personnels ont pris des précautions particulières qu'ils n'auraient pas prises pour une autre personne. C'est la proportion de répondants considérés comme discriminants et stigmatisants dans cette étude (n=251).

Actes considérés comme discriminatoires recensés

Elles consistaient essentiellement à l'usage de gants multiples, le port de masque opératoire dans un contexte non chirurgical, l'utilisation de matériels à usage unique utilisés uniquement pour les PVVIH, le refus de serrer la main des patients et parfois l'isolement du patient dans un service spécifique. Une autre forme de la discrimination se voit dans la rupture de la confidentialité. Près de 74,7% (186/249) des répondants ont préféré connaître le statut sérologique d'un patient séropositif au VIH en cas de référence par un collègue.

Tableau I. Caractéristiques socio-professionnelles des personnels de santé du SSD Antananarivo Renivohitra en rapport avec la discrimination des PVVIH (Octobre 2010).

Variables socio-professionnelles	Personnel discriminant (n= 165)		Personnel non discriminant (n=86)		p
	Effectif	%	Effectif	%	
- Classe d'âge					
29 ans et moins	37	64,9	20	35,1	0,04
30 à 39 ans	57	57,0	43	43,0	
40 à 50 ans	21	70,0	9	30,0	
51 ans et plus	50	78,1	14	21,9	
- Genre					
Masculin	57	55,9	45	44,1	0,006
Féminin	108	72,5	41	27,5	
- Situation matrimoniale					
Marié(e)	142	66,4	72	33,6	NS
Non mariée	23	62,2	14	37,8	
- Catégories Socio professionnelles					
Médecins	83	58,5	59	41,5	0,005
Paramédicaux	82	75,2	27	24,8	
- Statut professionnel					
Fonctionnaire	130	64,0	73	36,0	NS
Privé et contractuel	35	72,9	13	27,1	
- Niveau d'études					
Primaires et secondaires	50	74,6	17	25,4	0,07
Universitaires et post universitaires	115	62,5	69	37,5	

Facteurs influençant les attitudes discriminatoires du personnel de santé

Le personnel appartenant à la tranche d'âge supérieure à 50 ans a été statistiquement plus discriminant par rapport aux autres classes d'âge ($p=0,04$). Le genre féminin ($p=0,006$) et la catégorie des paramédicaux ($p=0,005$) ont été associés significativement à la discrimination (Tableau 1).

La formation sur le VIH Sida n'a pas influencé significativement l'acte de discrimination même si les personnels formés sont plus stigmatisants (68,5% versus 61,9%) (Tableau 2).

Parmi les formés, plus la formation a été longue plus le personnel était discriminant (84,6% versus 62,6%). Le

fait de n'avoir jamais été en contact avec un PVVIH augmenterait la discrimination mais la différence n'était pas statistiquement significative (69,8% versus 60,7%). La méconnaissance de tous les modes de transmission du VIH a été associée statistiquement à la discrimination ($p<0,01$). Le fait d'associer un PVVIH avec des groupes particuliers de la population est associé à la discrimination (76,7% versus 60% avec $p<0,007$). Nous assistons à plus d'attitudes discriminatoires chez ceux qui ont entendu parler de la loi sur les PVVIH (81,8% versus 62,9%). Mais à la question de savoir s'ils connaissent effectivement le contenu des droits des PVVIH, la méconnaissance est associée significativement à la discrimination ($p<0,001$) (Tableau 3).

Tableau II. Pré-requis influençant les comportements discriminatoires et stigmatisant des personnels de sante du SSD Antananarivo Renivohitra (Octobre 2010).

Variables sur les pré-requis	Personnel discriminant (n=165)		Personnel non discriminant (n=86)		p
	Effectif	%	Effectif	%	
- Formation reçue					
Oui	100	68,5	46	31,5	NS
Non	65	61,9	40	38,1	
- Types de formation reçus*					
Généralités	49	65,3	26	34,7	NS
Spécifiques	51	71,8	20	28,2	
- Durée de la formation*					
01 semaine et moins	67	62,6	40	37,4	0,01
Plus de 01 semaine	33	84,6	6	15,4	
- Contact avec un PVVIH					
Oui	68	60,7	44	39,3	NS
Non	97	69,8	42	30,2	

* Les réponses de ceux qui ont déjà reçu une formation (n= 100)

Discussion

La proportion de refus qui se situe à moins de 1% nous paraît minime et n'affecte pas les résultats. Nous avons interviewé moins de médecins et plus de paramédicaux que prévus pour des raisons de disponibilité de chacun au moment de notre passage dans les services. De plus, les paramédicaux étant les plus concernés par les accidents d'exposition aux sangs (AES) [7], un intérêt particulier a été accordé à leurs avis.

La répartition par genre et par tranche d'âge du personnel de santé de l'étude reflète la répartition du personnel dans les formations sanitaires et le contexte de l'évolution des ressources humaines au sein des structures sanitaires publiques à Madagascar. En effet, la majorité du personnel interviewé est de genre féminin en rapport avec la proportion des paramédicaux en majorité féminine. La moyenne d'âge de 42,4 ans reflète celle du personnel médical qui est 49 ans pour les médecins et de 46 ans pour les paramédicaux [8]. D'ailleurs, la féminisation des professionnels

de la santé est un phénomène qu'on retrouve en Afrique [9].

L'effectif des répondants par formation sanitaire a été plus concentré dans les structures hospitalières. Ceci peut entraîner un biais de sélection. Cependant, au niveau du SSDAR, le personnel hospitalier est effectivement le plus en contact avec les PVVIH. En effet, les services de référence pour la prise en charge médicale des PVVIH se trouvent dans les structures hospitalières [10]. Nous trouvons cohérent que la majorité de nos répondants soient des fonctionnaires [11].

Malgré l'insuffisance des formations continues dispensées au personnel de santé à Madagascar [12], l'effectif de personnel de santé répondant avoir été formé en matière de VIH/Sida est majoritaire, environ 58% de tous les répondants, mais reste encore très insuffisant. En termes de contenu de formation, les notions transmises concernent des généralités qui ne donnent pas des informations concrètes sur la réalité du VIH à Madagascar. La possibilité de la prise en charge thérapeutique à Madagascar et les progrès réalisés dans ce

Tableau III. Connaissances et perception individuelle influençant les comportements discriminatoires et stigmatisant des personnels de sante SSD Antananarivo Renivohitra vis-à-vis des PVVIH (Octobre 2010).

Variables	Personnel discriminant (n=165)		Personnel non discriminant (n=86)		p
	Effectif	%	Effectif	%	
- Connaissance des modes de transmission du VIH					
Réponse complète	79	58,5	56	41,5	<0,01
Réponse incomplète et ou incorrecte	86	74,1	30	25,9	
- Perception des risques d'exposition en milieu médical					
Haut risque	108	85,7	18	14,3	<10 ⁻⁶
Faible risque	57	45,6	68	54,4	
- Perception du profil des PVVIH					
Tout le monde	99	60,0	66	40,0	0,007
Groupe particulier	66	76,7	20	23,3	
- Perception du contact avec une PVVIH comme à risque					
Oui	120	83,3	24	16,7	<10 ⁻⁶
Non	45	42,1	62	57,9	
- Connaissance loi sur les PVVIH à Madagascar*					
Oui	36	81,8	8	18,2	0,01
Non	129	62,9	76	37,1	
- Connaissance des droits sur les PVVIH à Madagascar*					
Complet	17	43,6	22	56,4	0,001
Incomplet, NSP	148	70,5	62	29,5	
- Connaissance disposition relative au personnel de santé / discrimination et stigmatisation des PVVIH*					
Oui	19	54,3	16	45,7	NS
Non	146	68,2	68	31,8	

* 2 non réponses à la question

domaine sont souvent survolés dans les formations. En effet, les circuits de prise en charge sont peu fonctionnels et sujets à des changements fréquents.

La discrimination des PVVIH dans le milieu médical est connue dans le monde et bien documentée dans plusieurs études [3,13-16]. Dans notre travail, cette discrimination atteint une proportion élevée.

Les plus âgés sont les plus discriminants probablement parce que le VIH ne faisait pas partie de leurs

formations initiales. Il est possible que malgré les formations continues, ils ne disposent pas des informations adéquates sur les comportements à adopter dans leurs pratiques routinières et adoptent cette attitude discriminante comme moyen de défense.

Dans cette étude, le genre féminin est également associé au comportement discriminatoire. Les femmes semblent plus craintives par rapport aux hommes et elles auront tendance à intérioriser les risques [17].

Les paramédicaux qui sont généralement confrontés à des actes de soins curatifs considérés comme à risque, avec accident d'exposition au sang éventuel [7] sont aussi les plus discriminants. Par conséquent, ils ont tendance à prendre des précautions particulières, sortant du cadre des précautions universelles, donc perçu comme discriminatoire, déterminé surtout par le statut sérologique du patient. La raison la plus évidente est essentiellement la crainte d'être infectée par le VIH lors de l'exécution des actes infirmiers comme la pose d'un cathéter, les injections et les actes de petites chirurgies qui sont également les plus fréquemment cités comme à risque dans la littérature [15,18,19]. Le genre et la catégorie professionnelle étant en eux même liés dans le contexte de l'étude, ils s'aggravaient mutuellement leurs influences discriminatoires. Une étude multicentrique menée en 2009, dans cinq pays dont trois Africains et deux asiatiques, relatant le rapport entre les paramédicaux et les enfants PVVIH [20] a montré que les paramédicaux du genre féminin ayant un âge élevé avaient moins de bonne volonté à s'occuper des enfants PVVIH.

Le faible niveau d'instruction influence l'attitude discriminatoire. En effet, la perception des risques dépend des informations véhiculées sur la maladie. Or, l'appropriation des connaissances est subjective et dépend du niveau d'instruction de l'individu. Selon l'étude menée de février à août 2009 dans 17 centres hospitaliers [5], l'âge et le niveau d'instruction jouaient un rôle dans la survenue de la discrimination.

Dans une étude menée au Népal, l'insuffisance des connaissances des élèves infirmières et les attitudes négatives vis-à-vis des PVVIH étaient corrélées à un faible niveau d'instruction. Ces gaps de connaissances et d'attitudes négatives se traduisent par la peur, la stigmatisation du PVVIH et le manque de volonté à prendre en charge un PVVIH [21].

La formation théorique seule ne semble pas influencer l'attitude des professionnels de santé sur les PVVIH, un contact et une prise en charge réelle semblent plus efficaces. La systématisation d'un programme de formation incluant une intense instruction sur le VIH, la prise en charge des patients PVVIH et l'application des précautions universelles parmi les élèves infirmières d'une Institution au Nigéria a permis des changements positifs quant à leurs attitudes vis-à-vis des patients [22]. Selon une étude Chinoise menée en 2010 [23], un programme de formation des prestataires de soins combinant l'éducation sur la connaissance du VIH/Sida et une mise en contact avec les gens qui ont le VIH est

efficace pour réduire les attitudes discriminatoires vis à vis des PVVIH et peut améliorer leur compétence émotionnelle dans la prise en charge des PVVIH

L'assimilation du VIH comme un danger mortel et la perception des PVVIH comme des personnes dangereuses entraînent des attitudes pouvant aller jusqu'à éviter tout contact avec eux. Les attitudes discriminatoires persistent également suite à l'idée de maladie spécifique de groupe à risque. Un article paru au Mexique en 2006, décrit que les attitudes discriminatoires comme l'isolement et les notes concernant les cas cliniques VIH, le test obligatoire et les précautions particulières dans les services de chirurgie à l'endroit des PVVIH étaient d'usages constants, malgré que les prestataires des soins médicaux aient reçu une formation en rapport avec le VIH/Sida [18].

Ces notions se retrouvent également dans les réponses du personnel médical interviewé dans notre étude. L'hypothèse selon laquelle le contact avec un PVVIH pourrait réduire les attitudes discriminatoires a été retrouvée dans la présente étude mais la différence n'a pas été statistiquement significative.

Les connaissances correctes sur les modes de transmission du VIH par les personnels médicaux observés dans cette étude obtiennent une proportion semblable à l'étude menée en 2009 dans les structures hospitalières à Madagascar (54,2% vs 53%) [5]. Environ 47% des personnels de santé connaissaient mal les quatre modes de transmission du VIH (sexuel, sanguin, mère enfant et allaitement).

Par rapport à l'étude sur les connaissances attitudes et pratiques (CAP) du personnel de santé en regard du VIH/Sida menée en juillet 2000 à Tamatave [24], une infime amélioration sur le nombre de personnel de santé ayant une connaissance correcte sur le VIH/Sida a été constatée par rapport à cette étude. En effet, de moins de 50% cette proportion est passée à 54,2% dans la présente étude. Ce qui reste insuffisant en termes d'amélioration des connaissances après un intervalle de dix ans en regard de toutes les interventions et communications menées sur ce problème. Or, la mauvaise connaissance des modes de transmission du VIH renforce les craintes d'être infectée et les attitudes discriminatoires [5,21].

La peur du contact des PVVIH entraîne une attitude discriminatoire parmi le personnel médical [21,25]. Soixante études menées de 1996 à 2008 sur les attitudes des élèves paramédicaux concluaient que partout dans le monde, ils existent des attitudes de rejets à l'encontre des PVVIH de la part des élèves infirmières.

Ces attitudes découlaient d'une faille de l'éducation dans la connaissance sur le VIH/Sida, d'une peur viscérale de contracter le VIH, de l'homophobie et de la crainte du stigmatisme associé à l'infection à VIH [25]. De nombreuses études ont pourtant démontré l'infime part de risque encourue par le personnel médical en matière de transmission du VIH en milieu médical [26,27]. Dans ces études, il est rapporté que si les paramédicaux sont effectivement les plus exposés aux accidents suite aux piqûres par les aiguilles d'injections, le risque d'accident n'est que 3,38 par 100 employés à plein temps par an. La transmission ne dépassait pas 0,8%. Deux études menées en Zimbabwe en 2005 [28] et au Nigéria en 2009 [29] concluent essentiellement qu'une éducation inadéquate sur le VIH/Sida associée à un manque de matériels de protections et de traitements apparaissent comme les facteurs contribuant à ces attitudes et pratiques discriminatoires à l'endroit des PVVIH. A notre avis, comme on l'a déjà évoqué auparavant, la faille dans la connaissance et surtout le fait de ne pas appliquer systématiquement les précautions universelles contribuent à renforcer ces attitudes.

Les raisons évoquées sont la protection du personnel de soins et des autres patients [19,28]. Près de 91% du personnel de santé interviewé lors de cette étude au Nigéria en 2009, déclarait que le staff médical et tout le personnel devaient être informés sur le statut sérologique d'un patient séropositif afin de pouvoir bien se protéger. Dans notre étude, 74,8% du personnel médical exigeait la connaissance du statut sérologique d'un patient séropositif à l'avance en cas de référence même sans son consentement. En fait, ce sont ceux qui appliquent le moins les précautions universelles, qui ont le moins bénéficié d'une éducation adéquate en matière de VIH/Sida et d'éthique dans la pratique médicale qui développent le plus d'attitudes négatives vis-à-vis des PVVIH [28]. Un autre facteur de discrimination possible est évoqué par une étude menée en Iran en 2009 [30]. Les prestataires de soins médicaux voient leur appréhension d'être infecté décuplé par leurs convictions religieuses péjoratives vis-à-vis du VIH. Ce facteur n'a pas été vérifié dans la présente étude.

Dans une étude réalisée en Jamaïque, un rapport fort et logique entre homophobie et stigmatisation de VIH/sida a été rapporté [4], ceci se développant dans un contexte de faible usage du test du VIH, de faible accès aux traitements et services de soins ainsi que le refus des PVVIH homosexuelles de révéler leurs statuts sérologiques à leurs partenaires sexuels.

Le fait que la proportion de 79% de personnel de santé percevant un haut risque de transmission dans l'exerci-

ce de leurs fonctions [3] ait diminué à 50,1% dans cette étude, traduit apparemment une tendance positive mais qui ne reflète pas un changement de comportement véritable au vu du nombre encore élevé de personnel de santé ayant une attitude discriminatoire. Par ailleurs, la maîtrise de la notion de risque suivant l'exposition n'est pas explicitement claire pour le personnel médical puisque même parmi ceux qui connaissent les modes de transmission du VIH, la discrimination persiste encore. Ainsi, malgré une bonne connaissance des modes de transmission du VIH, les élèves infirmiers interviewés lors d'une étude en Thaïlande manifestent des attitudes négatives vis-à-vis des PVVIH et maîtrisent mal les précautions universelles [31].

Et pourtant, il a été avancé que la discrimination accroît la propagation de la maladie en la forçant à rester souterraine, à plus forte raison quand la PVVIH se défend de la perte de la confidentialité du fait de la divulgation de l'information sur les patients sans leur consentement [16]. Citons à ce propos, un cas aux États-Unis [32], où l'hôpital a été poursuivi pour divulgation de résultat de test du VIH.

La méconnaissance de la loi sur la protection des PVVIH est corrélée avec une attitude discriminatoire [33]. L'adoption et la diffusion de cette loi, seulement depuis quatre ans, sont relativement récentes à Madagascar. Une grande majorité du personnel de santé ignore même son existence. Quant à sa conception elle-même, adhérant au modèle du continent Africain ratifié en 2002 après la Déclaration de la Session Spéciale de l'Assemblée Générale des Nations Unies ou UNGASS [34], suivi de la directive 3 de l'ONUSIDA sur des Droits des PVVIH [35], elle évoque pour le moins deux questions. Premièrement, une loi spécifique sur les PVVIH ne constitue-t-elle pas en soi comme une stigmatisation de ce groupe de personne? Deuxièmement, plusieurs articles condamnent la transmission du VIH à des peines importantes sans apporter de précision sur la façon de prouver qui a infecté qui.

Nous discutons des changements de point de vue des droits de l'homme dans le contexte de l'épidémie VIH/Sida et proposons le développement supplémentaire du droit à la santé par l'accroissement de la pratique, de l'évidence, et de l'action [36].

Nos suggestions tiennent essentiellement en trois points interdépendants : le renforcement des connaissances du personnel soignant en multipliant sur les formations continues, le contact humain effectif avec les PVVIH à travers l'accueil des participants dans les structures spécialisées ou réseaux prenant en charge les PVVIH, la dotation en moyens pour avoir la volonté

d'appliquer les précautions universelles.

Conclusion

La discrimination et la stigmatisation des PVVIH par le personnel de santé est flagrante au niveau du SSDAR et pose ainsi un sérieux problème de santé publique. Il est nécessaire de trouver des solutions adaptées afin de pouvoir lever ces obstacles à l'accès des patients aux traitements et aux services de soins et d'éradiquer les comportements négatifs au détriment des patients et de la prévention du VIH/Sida. Ceci nous ramène au défi d'une moralité imparfaite de nos personnels dans l'accomplissement de leurs devoirs au service de la santé publique.

La limitation de l'accès des PVVIH aux soins par une image négative des comportements relationnels observés dans cette étude ne favorise pas l'objectif d'un accès universel à l'information, aux soins et traitements pour tous à l'horizon 2015.

Une volonté politique peut changer beaucoup de choses même avec des moyens limités. Deux axes stratégiques nous semblent essentiels afin de diminuer la discrimination: un renforcement de capacité du personnel de santé et une promotion du respect des droits des patients.

Références

1. Ministère de la Santé, SE/CNLS. Enquête nationale de séroprévalence du VIH et de la Syphilis 2008-2009, Madagascar 2009.
2. Secrétariat Exécutif-Comité National de lutte contre le Sida. Rapport Annuel 2009, Madagascar 2009.
3. Kinsler JJ, Wong MD, Sayles JN, Davis C, *et al.* The effect of perceived stigma from a health care provider on access to care among a low-income HIV-positive population. *AIDS Patient Care STDS* 2007; 21(8): 584-92.
4. White RC, Carr R. Homosexuality and HIV/AIDS stigma in Jamaica. *Cult Health Sex* 2005; 7(4): 347-59.
5. Andrianasolo RL, Rakotoarivelo RA, Randriarimanana D, *et al.* Discrimination des PVVIH en milieu médical à Madagascar. *Méd Mal Infect* 2011; 41: 2-6..
6. Greeff M, Phetthu R. The meaning and effect of HIV/AIDS stigma for people living with AIDS and nurses involved in their care in the North West Province. *South Africa Curationis* 2007; 30(2): 12-23.
7. Aisien AO, Shobowale MO. Health care workers knowledge on HIV and AIDS: Universal precautions and attitudes towards PLWHA in Benin City, Nigeria. *Niger J Clin Pract* 2005; 8(2): 74-82.
8. Ministère de la Santé Publique. Plan National du Développement des Ressources Humaines / Source Division DRH, Madagascar 2010.
9. OMS. Ressources Humaines Politiques et plans de ressources humaines pour la santé en Afrique 2006. http://www.hrh-observatory.afro.who.int/images/Document_Centre/politiques_et_plans.pdf (accès le 29/03/2012).
10. Ministère de la Santé. Protocole de prise en charge des PVVIH, Madagascar 2008.
11. Présidence de la République, Cadre juridique sur la lutte contre le VIH et le SIDA et la protection des personnes vivant avec le VIH à Madagascar, Madagascar 2006.
12. OMS. Profil du Système de Santé de Madagascar, 2004. http://www.afro.who.int/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=2831 (accès le 29/03/2012).
13. Orbinski J, Beyrer C, Singh S. Violations of human rights: health practitioners as witnesses. *Lancet* 2007; 370(9588): 698-704.
14. Institut National de la Statistique (INSTAT) et ICF Macro. Enquête Démographique et de Santé de Madagascar 2008-2009, Madagascar 2010.
15. Reis C, Heisler M, Amowitz LL, *et al.* Discriminatory attitudes and practices by health workers toward patients with HIV/AIDS in Nigeria. *PLoS Med* 2005; 2(8): 246.
16. Temba P. Protecting the rights of people with HIV, Tanzania. *AIDS Annal Afr* 1997; 7(2): 15.
17. Bunn JY, Solomon SE, Miller C, *et al.* Measurement of stigma in people with HIV: a reexamination of the HIV StigmaScale. *AIDS Educ Prev* 2007; 19(3): 198-208.
18. Infante C, Zarco A, Cuadra SM, *et al.* Thomas Coram HIV/AIDS-related stigma and discrimination: the case of health care providers in México. *Salud Publica Mex* 2006; 48(2): 141-50.
19. Morin M, Obadia Y, Moatti JP, *et al.* Commitment, value conflicts and role strains among French GPs in care for HIV positive patients. *AIDS Care* 1995; 7 (Suppl 1): S79-84.
20. Messer LC, Pence BW, Whetten K, *et al.* Prevalence and predictors of HIV-related stigma among institutional- and community-based caregivers of orphans and vulnerable children living in five less-wealthy countries. *BMC Public Health* 2010; 19:10:504.
21. Mahat G, Eller LS. HIV/AIDS and universal precautions: knowledge and attitudes of Nepalese nursing students. *J Adv Nurs* 2009; 65(9): 1907-15.
22. Uwakwe CB. Systematized HIV/AIDS education for student nurses at the University of Ibadan, Nigeria: impact on knowledge, attitudes and compliance with universal precautions. *J Adv Nurs* 2000; 32(2): 416-24.
23. Yiu JW, Mak WW, Ho WS, *et al.* Efficiency of a knowledge-contact program in the attitudes of nursing students in improvement and emotional expertise in to serve the people who live with HIV/AIDS. *Soc Sci Med* 2010; 71(1): 38-44.
24. Hentgen V, Jaureguiberry S, Ramiliarisoa A, *et al.* Knowledge, attitude and practices of health personnel with regard to HIV/AIDS in Tamatave (Madagascar). *Bull Soc Pathol Exot* 2002; 95(2): 103-8.
25. Pickles D, King L, Belan I. Attitudes of nursing students towards caring for people with HIV/AIDS: thematic literature review. *J Adv Nurs* 2009; 65(11): 2262-73.
26. Shiao J, Guo L, McLaws ML. Estimation of the risk of bloodborne pathogens to health care workers after a needlestick injury in Taiwan. *Am J Infect Control* 2002; 30(1): 15-20.
27. Falagas ME, Karydis I, Kostogiannou I. Percutaneous exposure incidents of the health care personnel in a newly founded tertiary hospital: a prospective study. *PLoS One* 2007; 2(2): e194.
28. Tanwireyi F. Stigma and discrimination: coping behaviours of people living with HIV and AIDS in an urban community of Mabvuku and Tafara, Harare, Zimbabwe. *Cent Afr J Med* 2005; 51(7-8): 71-6.
29. Monjok E, Smesny A, James Essien E. HIV/AIDS-Related stigma and discrimination in Nigeria: revision of research study and directions of the future for

- the strategies of the prevention. *Afr J Reprod Health* 2009; 13: 21-35.
30. Rahmati-Najarkolaei F, Niknami S, Aminshokravi F, *et al.* Experiences of stigma in parameters of the medical cares among adults who live with HIV in the Islamic Republic of Iran. *J Int SIDA Soc* 2010; 22: 13-27.
 31. Earl CE. Thai nursing students' knowledge and health beliefs about AIDS and use of universal precautions: a cross-sectional descriptive research study. *AAOHN J* 2010; 58(8): 331-4.
 32. No authors listed. Hospital may be liable for disclosing employee's HIV test. *AIDS Policy Law* 1996; 11(17): 8.
 33. No authors listed. HIV/AIDS and the law. *SAfAIDS News* 1997; 5(3): 7.
 34. ONUSIDA. Rapport 2008 de l'ONUSIDA sur l'épidémie de VIH/sida dans le monde. www.unaids.org/fr/dataanalysis/epidemiology/ (accès le 29/03/2012).
 35. ONUSIDA/UIP. Guide pratique à l'intention du législateur sur le VIH/SIDA, la législation et les droits de l'homme. Mesure de lutte sur les effets dévastateurs du VIH/SIDA sur les plans humain, économique et social. Genève Suisse. 1999. www.ipu.org/pdf/publications/aids_fr.pdf (accès le 29/03/2012).
 36. Gruskin S, Mills EJ, Tarantola D. History, principles, and practice of health and human rights. *Lancet* 2007; 370(9585): 449-55.