

# LA CONSULTATION DE DEPISTAGE ANONYME ET GRATUITE DU VIH : ATTITUDES ET PERCEPTION DU RISQUE PAR LES CONSULTANTS

## THE CONSULTATION OF ANONYMOUS AND FREE TRACKING OF THE HIV : ATTITUDES AND PERCEPTION OF THE RISK BY THE CONSULTANTS

S. EL Mhamdi\*, M. Letaief\*,  
H. Jebara\*\*, M. Chakroun\*\*\*  
M.S. Soltani\*

\* Service de Médecine Préventive et d'Epidémiologie, CHU Fattouma Bourguiba - Monastir

\*\* Service Régional des Soins de Santé de Base - Monastir

\*\*\* Service des Maladies Infectieuses, CHU Fattouma Bourguiba - Monastir

### Correspondance :

Dr Mohamed Soltani. Service de  
médecine préventive et d'épidémiologie.  
EPS Fattouma Bourguiba 5019 Monastir.  
Email : mohamed.soltani@rns.tn

### Résumé :

L'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) constitue un problème majeur de santé publique à travers le monde. Une consultation de dépistage anonyme et gratuite (CDAG) constitue une opportunité pour informer les clients sur les modalités de transmission de la maladie, sa gravité et les moyens de prévention.

C'est dans ce cadre que s'inscrit notre étude qui vise la description du profil, des attitudes et perception du risque des consultants de la CDAG du CHU de Monastir. Il s'agit d'une étude descriptive d'une série de 172 personnes ayant eu recours à la consultation de dépistage anonyme et gratuite du VIH (CDAG) sur une période de trois ans (2006-2008). L'information était recueillie à partir d'un questionnaire d'évaluation du risque auto rempli par la personne concernée.

L'âge moyen des consultants était de  $26,8 \pm 7,5$  ans avec une prédominance féminine (sexe ratio=0.67). Environ 2/3 des consultants (60%) n'avaient pas dépassé le niveau primaire et 3/4 (80%) étaient célibataires.

Les rapports sexuels non protégés avec des partenaires multiples constituaient le principal motif de consultation pour 84% des clients et 96% savaient que c'est une maladie grave. Concernant les pratiques, 38% n'avaient jamais utilisé le préservatif et 56,2% avaient présenté des épisodes antérieurs d'infections sexuellement transmissibles.

Il ressort que les connaissances des personnes ayant utilisé la consultation étaient satisfaisantes. Néanmoins, des efforts devraient être déployés pour corriger les comportements à risque et les attitudes à l'égard de l'infection.

**Mots clés :** Connaissances attitudes et pratiques, VIH, prévention, Programmes d'éducation pour la santé

### Abstract:

The infection by human immunodeficiency virus (HIV) is a worldwide public health problem. A Voluntary Anonymous Counseling and Screening Consultation (VASC) give the opportunity to inform high-risk population about the disease transmission its severity and especially the main prevention ways. Our study aims the description of the profile, attitudes and risk perception of consultants in Monastir University Hospital.

We performed a descriptive study with a total of 172 consultants who used the services of the VASC during a period of three years 2006-2008). Information's were gathered from an auto-questionnaire assessing infection risks.

Consultant's means age was  $26.8 \pm 7.5$  years with a female predominance (sex ratio = 0.67). Two patients out of three did not exceed the primary school level and the 3/4 were single. Unprotected sex with multiple partners was the main consultation reason for 84% of patients and 96% knew that HIV is a severe infection.

Regarding the practices, 38% had never used condoms and half (56.2%) had presented past episodes of sexually transmitted infections.

According to our study, it is clear that the knowledge of consultants were satisfactory. However efforts should be made to address risk behaviours and attitudes toward infection

**Key words:** Health Knowledge, Attitudes, Practice – HIV – Prevention – Health Education.

## I - INTRODUCTION

L'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) constitue un problème de santé publique à travers le monde représentant une véritable pandémie de part sa fréquence, sa mortalité et la charge qu'elle impose aux systèmes de soins. En effet, cette pathologie a tué plus de 25 millions de personnes depuis qu'elle a été identifiée en 1981 [1].

Cette pathologie est responsable d'une charge importante sur tous les systèmes de soins partout dans le monde (même pour les pays développés) de part le coût de la trithérapie et de la prise en charge des infections opportunistes inhérent à l'évolution de la maladie.

La Tunisie est classée par l'ONU-SIDA comme un pays à faible endémicité [1]. Néanmoins les facteurs de risque de l'infection sont de plus en plus fréquents et une stratégie préventive nationale est déjà en place depuis quelques années pour faire face à ce fléau. Dans ce cadre, une consultation de dépistage anonyme et gratuite (CDAG) du VIH a été instaurée au niveau du service de médecine préventive et d'épidémiologie du CHU de Monastir à partir de Janvier 2005. L'objectif de ce travail était de décrire le profil des consultants, leurs attitudes et leur perception du risque en matière de VIH sida.

## II - MATERIEL ET METHODES

La CDAG du VIH/SIDA a été instaurée dans le service de médecine préventive et d'épidémiologie du CHU de Monastir à partir de Janvier 2005 ensuite officialisée en Décembre 2008 avec 10 autres centres dans notre pays. Cette consultation permet aux personnes à risque de recevoir les informations sur les modalités de transmissions de l'infection ainsi que les conseils de prévention, de connaître leur statut sérologique, et d'être orientées vers une prise en charge en cas de séropositivité. L'anonymat et la gratuité sont garantis pour tous les consultants.

Notre présente étude est descriptive transversale portant sur une série de 172 personnes ayant eu recours à la CDAG, sur une période de trois ans. L'information était recueillie à partir du questionnaire d'évaluation du niveau du risque auto rempli par la personne concernée. Le questionnaire explore,

en plus du profil sociodémographique des clients, les comportements sexuels et la perception du risque de l'infection par le HIV.

## III - RESULTATS

### 1- Caractéristiques sociodémographiques des consultants

L'âge moyen des consultants de la CDAG était de  $26,8 \pm 7,5$  ans avec une prédominance féminine (sex ratio=0,67). Les 2/3 des consultants (60%) étaient adressés par un médecin et 80% étaient célibataires. La moitié (55%) des clients de la CDAG n'ont pas dépassé le niveau primaire (tableau 1).

Tableau 1 : Caractéristiques sociodémographiques des consultants

Table 1 : Social and demographic features of the consultants

		Nombre	(%)
Age	< 25 ans	100	58
	≥ 25 ans	72	42
Sexe	Masculin	69	40
	Féminin	104	60
Niveau scolaire	Non scolarisés et primaire	104	60
	Secondaire et plus	69	40
Statut matrimonial	Célibataires	126	80
	Mariés	26	11
	Divorcés et veufs	20	9
Situation au travail	En formation	21	12
	Travail fixe	67	39
	Autres	84	49
Orientation	Médecin	107	62
	Autres	65	38

### 2- Evaluation des connaissances

Un ensemble de 6 questions étaient destinées à l'étude des connaissances des consultants de la CDAG. Ainsi, parmi les consultants 96% savaient que le SIDA est une maladie grave et 94% connaissaient que les rapports sexuels non protégés constituaient le principal mode de contamination. La transmission sanguine de l'infection par le VIH était rapportée par 75% des clients de notre série.

Les mas médias étaient la source d'informations concernant l'infection par le VIH/SIDA dans 92% des cas (N = 137).

Les connaissances erronées étaient également fréquentes. En effet, la piqûre de moustique était considérée comme moyen de transmission de l'infection dans 38,2% et le travail avec personne malade était incriminé dans 17,5% des cas. Le principal moyen de préventions était connu par 72% des

consultants de la CDAG (tableau 2).

Tableau 2 : les connaissances des consultants sur les modes de transmission de l'infection VIH.

Table 2 : the knowledge of the consultants on the transmission of HIV infection

		Nombre	%
Rapports non protégés	Oui	162	94
	Non	10	6
Partenaires multiples	Oui	145	84
	Non	28	16
Toxicomanie IV	Oui	116	67,2
	Non	56	32,8
Homosexualité	Oui	91	52,7
	Non	81	47,3
Piqûre d'insecte	Oui	66	38,2
	Non	106	61,8
Travail avec un infecté	Oui	30	17,5
	Non	142	82,5

### 3- Attitudes et perception du risque

L'évaluation des comportements sexuels a montré que 42,2% des consultants avaient des rapports sexuels avec des partenaires multiples dont 40% avec des partenaires multiples occasionnels. Les rapports homosexuels étaient observés dans 11% des cas.

Concernant l'usage des préservatifs, nous avons constaté que 38% des consultants ne l'ont jamais utilisé, 47% l'utilisent avec le partenaire régulier. Parmi les consultants qui utilisent le préservatif, 23% l'avaient utilisé lors du dernier rapport.

Plus de la moitié des consultants (56,2%) avaient présenté au moins un épisode antérieur d'infection sexuellement transmissible (IST).

Les principaux motifs de recours à la CDAG étaient la présence de symptômes d'IST et les rapports non protégés durant le mois qui a précédé la consultation (48% et 42% respectivement).

### 4- Les déterminants des connaissances

Le sexe, le niveau éducationnel et la profession étaient les principaux facteurs déterminants des connaissances. En effet, les connaissances étaient significativement plus adaptées pour les hommes et les consultants en formation ou ayant un travail fixe et ceux ayant un niveau d'études au moins secondaire (p < 0,01) (tableau 3).

### 5- Les déterminants des pratiques

Les principaux déterminants des

**Tableau 3 :** Les déterminants des connaissances  
**Table 3 :** The determinant of the knowledge

		Connaissances correctes		p
		Oui	Non	
Age moyen		26,5±6	26,7±7,5	NS
Sexe	Masculin	45	23	0,03
	Féminin	34	70	
Situation au travail	En formation	16	14	0,02
	Travail fixe	28	37	
	Autres	21	56	
Niveau d'études	Non scolarisés et primaire	30	69	0,04
	Secondaire et plus	45	28	

**Tableau 4 :** Les déterminants des pratiques sexuelles à risque.  
**Table 4 :** The determinant of the risk sexual practices sexual.

		Pratiques sexuelles à risque		p
		Oui	Non	
Age moyen		29 ± 7,2	26,2 ± 5,6	NS
Sexe	Masculin	42	32	<0,01
	Féminin	22	76	
Situation au travail	En formation	25	22	NS
	Travail fixe	24	34	
	Autres	32	35	
Niveau d'études	Non scolarisés et primaire	55	35	<0,01
	Secondaire et plus	40	42	
Connaissances	Bonnes	39	28	NS
	Erronées	75	30	

pratiques sexuelles à risque (tableau 4) étaient le sexe, le niveau d'éducation et les connaissances. Ainsi nous avons constaté que les hommes avaient des pratiques plus à risque que les femmes (58% et 30,8% respectivement). De même, les consultants ayant des connaissances erronées et ceux ayant un faible niveau scolaire (non scolarisés et niveau primaire) avaient plus de pratiques à haut risque ( $p < 0,01$ )

#### IV - DISCUSSION

Selon l'Organisation des Nations Unies pour le SIDA (ONUSIDA) et l'Organisation mondiale de la santé (OMS), environ 33,2 millions de personnes vivent avec le VIH dans le monde et près de 2,5 millions de personnes ont contracté une infection par le virus en 2007 [1]. Le nombre de morts par cette affection durant la même année étant de 2,1 millions [1]. En effet, cette infection est actuellement la deuxième cause de mortalité aux USA [2]. En Tunisie, la fréquence de cette infection demeure basse et stable. Cependant, les facteurs de risque d'une

éclosion épidémique de la maladie sont de plus en plus fréquents et sont dominés par les rapports sexuels non protégés suivi par la toxicomanie intra veineuse (37 et 28% respectivement) [3]. Devant cette situation, un programme national de lutte contre l'infection par le VIH a vu le jour Tunisie. Les consultations de dépistage anonyme et gratuit (CDAG) constituent un des axes de ce programme. La CDAG du service de médecine préventive et d'épidémiologie est l'une des premières consultations implantées en Tunisie (depuis Janvier 2005), en partenariat avec le service des maladies infectieuses de l'Hôpital Fattouma Bourguiba et le service régional des soins de santé de base de Monastir. Elle constitue un moyen permettant d'améliorer l'accessibilité au dépistage et donnant l'opportunité d'évaluer et de corriger les risques encourus par les personnes exposées. En effet, la CDAG constitue un outil original dans la lutte contre la transmission du VIH. Elle a été conçue pour favoriser l'accès au dépistage et participer à la politique de prévention en aidant les consultants à définir une stratégie personnelle vis-à-

vis du VIH/SIDA. Les objectifs de cette consultation sont centrés sur un consulting préventif.

Il est maintenant démontré d'une part [4], que diagnostiquer au plus tôt une infection à VIH améliore le pronostic et d'autre part, que les personnes séropositives, une fois diagnostiquées, réduisent significativement leurs comportements à risque de transmission [5]. Depuis l'apparition de l'épidémie du VIH dans le monde et jusqu'à ce jour les connaissances des modes de transmission et des moyens de prévention de cette infection ce sont améliorés nettement. L'amélioration de ces connaissances était en rapport avec une diffusion de l'information et des programmes de formations adaptées [6]. En effet, un essai clinique randomisé comparant deux groupes de jeunes a montré une différence statistiquement significative des connaissances en faveur du groupe suivant des séances d'éducation [7].

Cependant, malgré les progrès enregistrés dans la connaissance de cette maladie, de nombreuses études rapportent encore de grandes lacunes avec persistance de nombreuses fausses idées concernant l'infection [8]. En effet, une intervention visant l'amélioration des connaissances des jeunes aux états unis, n'a pas montré d'importantes lacunes dans l'utilisation des moyens de prévention (50% pensent que le préservatif n'a pas d'intérêt et 41% pensent que la pilule assure une protection contre les IST et surtout l'infection par le VIH) [9].

Ces lacunes sont observées même pour certains groupes de professionnels de la santé et surtout le groupe des infirmiers [10, 11]. En effet, une étude réalisée dans un département de médecine préventive aux USA, à travers un questionnaire auto-administré et explorant les connaissances, attitudes et pratiques des professionnels de la santé concernant le VIH/SIDA, a montré que les infirmiers avaient le taux le plus bas de réponses justes parmi toutes les catégories de professionnels de la santé [12].

Dans notre série, les résultats obtenus sont proches de ceux observés dans la littérature. En fait, les connaissances sont bonnes pour les principaux modes de transmission (93% savent que les rapports sexuels non protégés constituent l'un des principaux modes de transmission) mais avec la persistance de nombreuses fausses croyances telles que la transmission de

la maladie par une piqûre de moustique (40%) et le travail avec une personne infectée (25%). Ces chiffres témoignent des efforts qui devraient être encore fournis afin d'améliorer encore plus la situation présente.

Le rôle des connaissances (concernant la gravité et les principaux modes de transmission de l'infection) dans le changement des attitudes et des perceptions des personnes à risque par rapport à la maladie était rapporté par plusieurs études [13, 14]. Dans ce cadre, Magnussen et al. [15] ont réalisé une revue de la littérature explorant le changement des attitudes après intervention visant l'amélioration des connaissances, seules les études comportant un groupe témoin ont été incluses. D'après ces études, l'amélioration des connaissances avait un impact positif sur la modification des comportements, surtout les pratiques sexuelles à risque.

La plupart des études réalisées montrent une fréquence élevée des comportements à risque ainsi que des lacunes dans la perception du risque de survenue de l'infection par le VIH [16, 17]. Ces comportements et ces pratiques à haut risque sont souvent sensibles à des interventions visant la correction et la promotion des pratiques protégées [18].

Les interventions réalisées sont souvent des séances d'éducation visant la prise en conscience de la gravité de la maladie et l'orientation vers des pratiques plus sûres. Tel est le cas d'une intervention réalisée en milieu scolaire pour des jeunes, visant l'amélioration de la perception et des pratiques de ces jeunes avec des résultats positifs [19].

Parmi les mesures préventives visant la réduction du risque de la transmission de la maladie, le préservatif occupe la première place avec une efficacité prouvée [20]. Cependant malgré cette efficacité, la fréquence d'utilisation de cette méthode préventive reste encore basse témoignant d'une mauvaise perception du risque [21].

Dans notre étude, les résultats montrent que malgré les connaissances du risque de transmission sexuelle soit bonne, la perception du risque infectieux est très faible. Ainsi, on note une faible utilisation du préservatif (40% ne l'ont jamais utilisé) et une fréquence importante de survenue d'IST. Cependant, d'autres obstacles à l'usage du préservatif peuvent être cités et nécessitent plus d'intérêt. Il s'agit

surtout des facteurs socioculturels et accessoirement sa faible disponibilité. En effet, malgré la disponibilité des préservatifs, les consultants ne peuvent pas s'en procurer à leur aise surtout dans les petites villes vue certaines normes culturelles et religieuses.

## V - CONCLUSION

Les Infections sexuellement transmissibles dont le VIH-SIDA restent, de par le monde, un problème de santé publique et sont responsables d'une forte morbidité.

Les comportements à risques ne cessent d'augmenter surtout auprès de la population jeune. En attendant qu'un vaccin voit le jour, la prévention demeure la principale arme contre ce fléau, particulièrement la correction des comportements à risque s'adressant aux différents volets aussi bien le savoir, le savoir faire et le savoir être.

## Références

- 1- Organisation Mondiale de la Santé. Le point sur l'épidémie mondiale du SIDA en 2007. [http://data.unaids.org/pub/EPISlides/2007/2007\\_epiupdate\\_fr.pdf](http://data.unaids.org/pub/EPISlides/2007/2007_epiupdate_fr.pdf)
- 2- Tangredi LA, Danvers K, Molony SL, Williams A. New CDC recommendations for HIV testing in older adults. *Nurse Pract.* 2008 Jun;33:37-44
- 3- Ministère de la Santé Publique : Prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant. Manuel de prise en charge. Direction des soins de santé de base et UNICEF, 2007.
- 4- Hill A. Progression to AIDS and death in the era of HAART. *AIDS* 2006;24:1067-1068.
- 5- Marks G, Crepaz N, Senterfitt JW, Janssen RS.. Meta-analysis of high-risk sexual behavior in persons aware and unaware they are infected with HIV in the United States: implications for HIV prevention programs. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2005;39:446-453.
- 6- Goh DS, Primavera C, Bartalini G. AIDS risk and prevention among adolescents. *Soc Sci Med* 1991;33:11-23.
- 7- Bell CC, Bhana A, Petersen I et al. Building protective factors to offset sexually risky behaviors among black youths: a randomized control trial. *J Natl Med Assoc* 2008;100:936-944.
- 8- Bassey EB, Elemuwa CO, Anukam KC. Knowledge of, and attitudes to, acquired immune deficiency syndrome (AIDS) among traditional birth attendants (TBAs) in rural

communities in Cross River State, Nigeria. *Int Nurs Rev* 2007;54:354-358.

9- McManus A, Dhar L. Study of knowledge, perception and attitude of adolescent girls towards STIs/HIV, safer sex and sex education: (a cross sectional survey of urban adolescent school girls in South Delhi, India). *BMC Womens Health* 2008;8:12.

10- Bektas HA, Kulakac O. Knowledge and attitudes of nursing students toward patients living with HIV/AIDS (PLHIV): a Turkish perspective. *AIDS Care* 2007;19:888-894.

11- Askarian M, Mirzaei K, Cookson B. Knowledge, attitudes, and practice of Iranian dentists with regard to HIV-related disease. *Infect Control Hosp Epidemiol* 2007;28:83-87.

12- Passannante MR, French J, Louria DB. How much do health care providers know about AIDS? *Am J Prev Med* 1993;9:6-14.

13- Shaikh FD, Khan SA, Ross MW, Grimes RM. Knowledge and attitudes of Pakistani medical students towards HIV-positive and/or AIDS patients. *Psychol Health Med* 2007;12:7-17.

14- Sayles JN, Pettifor A, Wong MD et al. Factors associated with self-efficacy for condom use and sexual negotiation among South african youth. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2006;43:226-233.

15- Magnussen L, Ehiri JE, Ejere HO, Jolly PE. Interventions to prevent HIV/AIDS among adolescents in less developed countries: are they effective? *Int J Adolesc Med Health* 2004;16:303-323.

16- Agha S. The impact of a mass media campaign on personal risk perception, perceived self-efficacy and on other behavioural predictors. *AIDS Care* 2003;15:749-762.

17- Brown EJ. AIDS-related risk behavior of young college students. *abnf* 2000;11:37-43.

18- Jodati AR, Nourabadi GR, Hassanzadeh S, Dastgiri S, Sedaghat K. Impact of education in promoting the knowledge of and attitude to HIV/AIDS prevention: a trial on 17,000 Iranian students. *Int J STD AIDS* 2007;18:407-409.

19- Ward AH. HIV Prevention Interventions: The Effects of Role-play and Behavioral Commitment on Knowledge and Attitudes. *Canadian Journal of Behavioural Science* 2000;32:133-143.

20- Ritchie GA. Strategies to promote sexual health. *Nurs Stand* 2006;20:35-40.

21- O'Toole BJ, McConkey R, Casson K, Goetz-Goldberg D, Yazdani A. Knowledge and attitudes of young people in Guyana to HIV/AIDS. *Int J STD AIDS* 2007;18:193-197.