



Avertissement

Ce document est le fruit d'un long travail et a été validé par l'auteur et son directeur de mémoire en vue de l'obtention de l'UE 28, Unité d'Enseignement intégrée à la formation initiale de masseur kinésithérapeute.

L'IFMK de Nancy n'est pas garant du contenu de ce mémoire mais le met à disposition de la communauté scientifique élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : secretariat@kine-nancy.eu

Liens utiles

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 122. 4.

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 335.2- L 335.10.

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<https://www.service-public.fr/professionnels-entreprises/vosdroits/F23431>

MINISTÈRE DE LA SANTÉ

RÉGION GRAND EST

INSTITUT LORRAIN DE FORMATION EN MASSO-KINÉSITHÉRAPIE DE NANCY

**Enquête sur les connaissances et représentations des
étudiants masseurs-kinésithérapeutes relatives au
virus d'immunodéficience humaine et aux patients
porteurs de ce virus**

Sous la direction de

Ndeye Coumba Ndiaye

Mémoire présenté par **Lucas DUGRAVOT**,

étudiant en 4^{ème} année de masso-kinésithérapie,

en vue de valider l'UE 28

dans le cadre de la formation initiale du

Diplôme d'État de Masseur-Kinésithérapeute

Promotion 2016-2020.



UE 28 - MÉMOIRE
DÉCLARATION SUR L'HONNEUR CONTRE LE PLAGIAT

Je soussigné(e), Lucas DUGRAVOT.....

Certifie qu'il s'agit d'un travail original et que toutes les sources utilisées ont été indiquées dans leur totalité. Je certifie, de surcroît, que je n'ai ni recopié ni utilisé des idées ou des formulations tirées d'un ouvrage, article ou mémoire, en version imprimée ou électronique, sans mentionner précisément leur origine et que les citations intégrales sont signalées entre guillemets.

Conformément à la loi, le non-respect de ces dispositions me rend passible de poursuites devant le conseil de discipline de l'ILFMK et les tribunaux de la République Française.

Fait à Nancy, le 20/04/2020.

Signature

Remerciements :

Je souhaite avant tout remercier ma directrice de mémoire, Madame Ndeye Coumba Ndiaye, pour le temps qu'elle a consacré à me conseiller lors de la conduite de cette recherche, ainsi que pour sa bienveillance et l'apport de son expérience en statistiques et méthodologie. Je la remercie également pour sa disponibilité à répondre à mes nombreuses questions.

Je remercie aussi l'enseignement de qualité dispensé par l'ILFMK qui a su alimenter et perfectionner mes réflexions et a représenté une profonde satisfaction intellectuelle. Je remercie donc les enseignants.

Je remercie en particulier Madame Severine Buatois et notre directeur Monsieur Pascal Gouilly, pour m'avoir donné l'occasion de réaliser mon mémoire et tout le soutien nécessaire pour y parvenir.

Un grand merci également à mes amis pour avoir eu la patience de répondre à mes questions, pour m'avoir aidé, soutenu et corrigé. Une pensée particulière pour Laura Perrin, Pierrick Barba, Pierre François, Yann Verecchia, Alexis Grasmuck et Tom Marchal.

J'aimerais exprimer ma gratitude à l'ensemble de l'ILFMK, tout particulièrement aux secrétaires, aux enseignants externes, aux techniciens de surface ainsi qu'à Monsieur Jacquot, qui m'ont donné la chance, de part leur sympathie et leur dévouement, d'être le masseur-kinésithérapeute que j'espère devenir depuis de longues années.

Enquête sur les connaissances et représentations des étudiants masseurs-kinésithérapeutes relatives au virus d'immunodéficience humaine et aux patients porteurs de ce virus

Introduction : en France, plus de cent soixante-dix mille personnes vivent avec le VIH, ce qui constitue un véritable problème de santé publique. La kinésithérapie peut avoir un rôle dans l'amélioration de la qualité de vie des patients porteurs du VIH. Néanmoins, la stigmatisation liée au VIH des soignants et l'auto-stigmatisation des patients eux-mêmes contribuent à une baisse de la qualité des soins, un retard de dépistage et une diminution de l'adhérence thérapeutique. Le manque de connaissances sur le VIH provoque cette stigmatisation. Ainsi, notre étude a pour objectif d'évaluer les connaissances et les représentations des étudiants de l'Institut Lorrain de Formation en Masso-Kinésithérapie vis-à-vis de cette infection.

Matériel et méthode : nous avons confectionné deux questionnaires : l'un interrogeant les étudiants sur leurs connaissances de la maladie, l'autre sur leurs représentations. D'une part nous espérons connaître le niveau de savoirs de chacun quant à l'infection et, d'autre part, quelles sont les possibles craintes et stigmatisations des étudiants vis-à-vis des patients porteurs du VIH.

Résultats : deux cent-quatre-vingt-quinze étudiants de l'ILFMK ont été inclus dans notre étude. Dans la majorité des cas, le degré de stigmatisation est associé au niveau de connaissances relatives au VIH. Les connaissances épidémiologiques et de dépistage semblent être les points les moins connus. A contrario, les voies de transmission ainsi que la physiopathologie de l'infection sont acquises par une majorité des répondants. Le rejet des soins et le jugement des patients porteurs du VIH ne sont présents que chez une mince partie des étudiants, contrairement à la peur du contact.

Discussion : nous interrogeons les étudiants sur un sujet sensible, leurs propres opinions sur une maladie et une population. Il est alors légitime de se demander si leurs réponses sont honnêtes ou soumises à un biais de désirabilité sociale. Cependant, nos résultats tendent à montrer qu'un manque de connaissances pousse à la stigmatisation. Il serait alors habile de produire des supports pédagogiques et de réitérer cette étude sur une génération suivante d'étudiants, après les avoir formés sur cette pathologie afin de voir s'il subsiste autant d'idées reçues.

Mots-clés : connaissance, masso-kinésithérapie, SIDA, stigmatisation, VIH.

Study on the knowledge and representation of physiotherapist students towards the human immunodeficiency virus and people living with the virus

Intro : in France, more than one hundred and seventy-thousand individuals are HIV positive, aware or not of their status, which constitutes a real public health challenge. Physiotherapy is a major asset in the improvement of the living conditions of those with HIV. Self-stigmatization and stigmatization of patients by health care providers leads to a decrease of the quality of health services provided, therapeutic adherence as well as a late screening. Stigmatization usually arises from a lack of knowledge about this Immunodeficiency Virus. The purpose of our study is to evaluate the knowledge and understanding towards this virus of the students of the 'Institut Lorrain de Formation en Masso-Kinésithérapie' (ILFMK).

Material and method : we carried out two surveys: one dealing with the students knowledge on the subject, and another dealing with their own possible stereotypes. On one hand, those answers will allow us to have an overview of their different knowledge acquired on the HIV, and on the other hand to identify their fear and stigma linked to HIV, that may occur from a misunderstanding or lack of awareness.

Results : two hundred ninety-five students have participated in our study. In most cases, it has been shown that their stigma were linked to a lack of knowledge regarding the HIV. Moreover, the misunderstanding of epidemiology and screening of the infection were frequent among students. Conversely however, the knowledge of the HIV transmission and the pathophysiology of the infection were satisfactory. Medical care rejection and judgment of HIV positive patients by the future health-care providers of the ILFMK was scarce contrary to the fear of contact which was much more important.

Discussion : as the students participated anonymously on a subject where they delivered their own perceptions on infected patients, on a potentially sensitive subject, won't it be legitimated to ask ourselves if their answers were truly honest or if they might just be the effect of social desirability bias? In this regard, survey findings helped to show that it is the lack of awareness which led to stigma. That being said, it would be interesting to reiterate this study after giving the students all the information they need to get a deeper knowledge of the HIV, so that we could truly know if their own conceptions of HIV are being shaped by misconceptions.

Key Words : knowledge, physiotherapy, AIDS, stigma, HIV.

Table des matières

1. INTRODUCTION	1
1.1. Physiopathologie de l'infection par le VIH/du SIDA	1
1.2. Transmission, dépistage et traitements médicamenteux	2
1.3. La place de la masso-kinésithérapie dans l'infection par le VIH	3
1.4. La stigmatisation liée au VIH	4
1.4.1. La stigmatisation dans la population générale	4
1.4.2. Le manque de connaissances, un vecteur de stigmatisation	5
1.4.3. Actualité et faits divers	6
1.4.4. La stigmatisation dans le milieu du soin	6
1.4.5. L'auto-stigmatisation et ses conséquences	7
1.5. Problématique	7
1.6. Plan du mémoire	8
2. MATÉRIEL ET METHODE	9
2.1. Stratégies de recherche	9
2.1.1. Stratégie de recherche documentaire de l'avant-propos	9
2.1.2. Stratégie de recherche documentaire du questionnaire de représentations	11
2.2. Méthodologie de réalisation du questionnaire de représentations	12
2.2.1. Caractéristiques des études retenues	12
2.2.2. Identification des items abordés dans notre questionnaire	13
2.3. L'outil d'enquête	16
2.3.1. Le choix du support	16
2.3.2. Structure de notre outil d'enquête	16
2.3.3. Les modalités de réponses	17
2.3.4. Phase de pré-test du questionnaire	19
2.4. Distribution et restitution du questionnaire	19
2.4.1. Distribution du questionnaire	19
2.4.2. Recueil du questionnaire	20
2.5. La population	20
2.6. Analyses statistiques des données	21

3. RÉSULTATS	22
3.1. Caractéristiques des répondants	22
3.2. Présentation des résultats	23
3.2.1. Résultats des questionnaires de connaissances et représentations	23
3.2.2. Comparaison des connaissances et représentations	24
3.2.3. Résultats en fonction de la sensibilisation et du contact	26
3.2.4. Résultats en fonction de l'âge, de la promotion et du sexe	27
3.2.5. Résultats par thèmes	29
3.2.6. Autres résultats	30
4. DISCUSSION	33
4.1. Les biais	33
4.1.1. Biais de sélection	33
4.1.2. Biais d'exhaustivité	33
4.1.3. Biais comportementaux	33
4.1.3.1. Biais de désirabilité sociale	34
4.1.3.2. Biais affectif	34
4.1.4. Biais méthodologique	34
4.1.4.1. Biais méthodologique du questionnaire de représentations	34
4.1.4.2. Biais méthodologique du questionnaire de connaissances	35
4.2. Analyse des résultats	35
4.2.1. Résultats des connaissances	36
4.2.2. Résultats des représentations	36
4.2.3. Comparaison des résultats de connaissances et représentations	37
4.2.3.1. Résultats généraux	37
4.2.3.2. Résultats en fonction du profil du répondant	38
4.2.4. Résultats statistiquement significatifs	38
4.3. Discussion des résultats	39
4.4. Comparaison des résultats à la littérature	40
4.5. Limites de notre étude	41
4.6. Perspective d'avenir de notre étude	42
5. CONCLUSION	43
6. BIBLIOGRAPHIE	
7. ANNEXES	

LISTE DES ABREVIATIONS

ARV : Antirétroviraux

DCK1 : Deuxième Cycle Première année de Kinésithérapie

DCK2 : Deuxième Cycle Seconde année de Kinésithérapie

HAS : Haute Autorité de Santé

ILFMK : Institut Lorrain de Formation Masso-Kinésithérapie

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PCK1 : Premier Cycle Première année de Kinésithérapie

PCK2 : Premier Cycle Seconde année de Kinésithérapie

PEDro : Physiotherapy Evidence Database

PPVIH : Patient Porteur du Virus de l'Immunodéficience Humaine

PrEP : Prophylaxie Pré-Exposition

SIDA : Syndrome d'ImmunoDéficience Acquise

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Diagramme de flux

Figure 2 : Connaissances de l'intégralité de la population étudiée

Figure 3 : Représentations de l'intégralité de la population étudiée

Figure 4 : Diagramme en secteur représentant le niveau de connaissances des répondants

Figure 5 : Comparaison des résultats des questionnaires de connaissances et représentations

Figure 6 : Résultats en fonction de la sensibilisation et du contact avec un PPVIH

Figure 7 : Résultats en fonction de l'âge des répondants

Figure 8 : Résultats en fonction de la promotion des répondants

Figure 9 : Résultats en fonction du sexe des répondants

Figure 10 : Résultats du questionnaire de connaissances par thèmes

Figure 11 : Résultats du questionnaire de représentations par thèmes

Figure 12 : Effet du contact avec un PPVIH sur les connaissances des traitements et dépistage

Figure 13 : Effet du sexe sur les connaissances en épidémiologie

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Résultats de la recherche documentaire de l'avant-propos

Tableau II : Articles utilisés afin de construire le questionnaire de représentations

Tableau III : Justification des proportions des thèmes abordés dans le questionnaire de représentations

Tableau IV : Attribution des scores par item au questionnaire de connaissances

Tableau V : Attribution des scores par item au questionnaire de représentations

Tableau VI : Les deux modèles d'analyse des réponses

1. INTRODUCTION

Le Syndrome d'ImmunoDéficiency Acquisée (SIDA) est un problème de santé publique mondial et une maladie incurable. Du début de l'épidémie jusqu'en 2018, le Virus de l'ImmunoDéficiency Humaine (VIH) a provoqué la mort de trente-cinq millions de personnes dans le monde (1). Le dernier rapport francophone de statistiques sanitaires mondiales de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) montre qu'il s'agit de la sixième cause de décès prématurés à l'échelle mondiale, soit un décès avant soixante-cinq ans (2). En 2016, le nombre de personnes vivant avec le VIH en France est estimé à cent soixante-douze mille sept cents (3). Toutefois, le SIDA reste une pathologie mal appréhendée par la population et les prestataires de soins malgré le fait qu'il soit connu de tout le monde. La kinésithérapie est-elle recommandée dans cette infection en complément des traitements médicamenteux ? De quelles stigmatisations sont victimes les patients porteurs du VIH ? Le manque de connaissances sur la pathologie est-il déterminant pour cette stigmatisation ? Quelles représentations les étudiants ont-ils de cette infection ? Quel peut être l'impact des représentations sur les sujets porteurs du virus ? Quels sont les moyens pouvant être mis en oeuvre pour contrer ces stigmatisations ?

Les objectifs de cette étude sont d'estimer les connaissances des étudiants de l'Institut Lorrain de Formation Masso-Kinésithérapique (ILFMK) sur le VIH. Les étudiants auraient-ils un comportement stigmatisant envers les patients porteurs du virus ? Nous souhaitons analyser les résultats et comprendre quels sont les déterminants de cette potentielle stigmatisation afin de savoir quelles informations jouent un véritable enjeu et devraient figurer dans la production de supports pédagogiques.

1.1. Physiopathologie de l'infection par le VIH/du SIDA

Le VIH est un rétrovirus qui envahit les cellules immunitaires porteuses du marqueur CD4, notamment les lymphocytes T CD4 qui ont un rôle d'intermédiaire pour la réponse immunitaire. Une fois dans l'organisme, le VIH s'accumule et forme des réservoirs de virus latents. Il en résulte une sensibilité plus ou moins accrue de l'individu à contracter des infections. Il existe deux types de VIH : le VIH-1 représenté à 98% en France et le VIH-2 endémique d'Afrique de l'Ouest (3). Les termes VIH et SIDA ne doivent pas être utilisés indifféremment. Le SIDA est caractérisé par des signes cliniques qui surviennent plusieurs années après l'infection. A ce stade, les défenses immunitaires

deviennent trop faibles et le patient est alors sujet à de nombreuses maladies opportunistes (4).

1.2. Transmission, dépistage et traitements médicamenteux

On distingue trois modes de transmission possibles du VIH : par voie sexuelle, sanguine ou maternelle. Toutefois, certains comportements ou facteurs peuvent faire varier le risque de transmission sexuelle. En effet, l'éjaculation ou des règles durant le rapport, la présence d'une infection sexuellement transmissible ou une charge virale importante associée à un rapport sexuel sans protection majorent le risque de contamination (5-6). La transmission sanguine est très hétérogène : elle peut survenir suite à l'échange de matériels visant à se droguer, lors d'une transfusion sanguine, suite à une altercation ayant provoqué des blessures importantes ou, plus rarement, suite à une morsure (7-8). Enfin, la transmission materno-fœtale peut se produire in utero, lors de l'accouchement ou après la naissance. Il est estimé que 40% de cette transmission se produit par échange de lait maternel. Aussi, environ 1,8 millions d'enfants de moins de quinze ans sont porteurs du VIH dans le monde (9).

Le dépistage de l'infection par le VIH en France peut être réalisé dans différentes structures comme les Centres Gratuits d'Information, de Dépistage et de Diagnostic, dans un laboratoire d'analyses médicales, dans des locaux associatifs ou encore, depuis 2015, grâce à un Autotest VIH (10-11). La précocité du dépistage va être un élément déterminant dans la suite de l'infection. L'instauration rapide d'un traitement antirétroviral (ARV) va diminuer la morbidité et la mortalité. Les derniers chiffres de la Haute Autorité de Santé (HAS) montrent que la proportion de retards de dépistage s'élève entre 25 et 35% en France entre 1996 et 2005 (12). Il est possible d'évaluer le stade du diagnostic en fonction du taux de lymphocytes T CD4. Le diagnostic est dit précoce lorsque le taux est supérieur ou égal à 500/mm³ de sang, tardif lorsqu'il est inférieur à 350/mm³ et avancé lorsqu'il est inférieur à 200/mm³ (3).

Depuis septembre 2015, l'OMS conseille l'utilisation du traitement ARV standard chez toutes les personnes vivant avec le VIH. L'association d'au moins trois médicaments antirétroviraux permettrait un recul important du taux de mortalité. Le traitement permet de diminuer la charge virale et les cellules immunitaires vont alors être capables de répondre aux infections. De plus, le risque de transmission sexuelle diminue jusqu'à 96%. Il est estimé que 16,2 millions de personnes dans le monde, en 2016, bénéficient d'une polythérapie antirétroviral (13-14). Un nouveau médicament ARV, la Prophylaxie Pré-

Exposition (PrEP), semble être une nouvelle stratégie de prévention du VIH. Il a pour but de minimiser le risque d'infection des personnes séronégatives s'exposant au VIH lors de rapports non protégés (15).

Grâce au progrès des traitements et à l'observance des patients, de plus en plus de personnes vieillissent avec le VIH. *Public Health England* estime qu'en 2028, plus de 50% des personnes vivant avec le VIH au Royaume-Uni vivront cinquante ans ou plus (16). Étant donné l'augmentation de l'espérance de vie, les sujets séropositifs sont de plus en plus exposés aux affections résultant du VIH, aux effets indésirables du traitement ARV à long terme ou encore au vieillissement. Ces facteurs entraînent une prévalence croissante de la multi-morbidité. Une étude de cohorte américaine, datant de 2017 et incluant vingt-trois mille sujets, a montré que 12% des personnes porteuses du VIH souffraient de multi-morbidité comme le diabète, l'hypertension, l'insuffisance rénale chronique ou encore le cancer (17). Le VIH touche alors l'intégralité du corps ce qui provoque de nombreux symptômes orthopédiques, neurologiques et respiratoires. A cause du vieillissement, ces troubles deviennent chroniques et provoquent une réduction de la qualité de vie et de la capacité à participer à des activités significatives (18).

1.3. La place de la masso-kinésithérapie dans l'infection par le VIH

La réadaptation n'est pas encore très répandue dans les programmes de lutte contre le VIH dans le monde, malgré l'existence de meilleures pratiques. Du fait de la multi-morbidité croissante et du vieillissement progressif des sujets porteurs du virus, il est légitime de se demander quelle place occupe réellement le masseur-kinésithérapeute face à cette maladie.

L'infection par le VIH modifie la masse musculaire, provoquant une diminution de l'indépendance dans les activités de la vie quotidienne. Cette perte musculaire progressive est expliquée par le fait qu'une proportion prépondérante de sujets est insuffisamment active en raison d'anémies, de troubles neuromusculaires et de limitations pulmonaires (18-20). Des exercices musculaires contre résistance, aérobiques ou encore la stimulation électrique neuromusculaire semblent être des solutions pour contrer cette faiblesse musculaire (21-22). Différentes méta-analyses, consacrées à ces exercices chez les patients porteurs du VIH (PPVIH), montrent que la pratique régulière de ces activités a un impact positif sur la force, le volume musculaire, les capacités cardio-respiratoires et la

qualité de vie (19,23,24,25). Une méta-analyse de Mansueta Gomes Neto et al, étudiant l'effet de la combinaison des exercices aérobiques et contre résistance, a révélé une amélioration significative de la force musculaire. Parmi les résultats, ils observent une amélioration significative de la force des extenseurs de genoux et des fléchisseurs de coudes comparé aux groupes témoins (25). A contrario, d'un point de vue lymphocytaire, la pratique d'activité physique n'aurait pas d'impact significatif sur la quantité de CD4 (26). Le kinésithérapeute joue alors un rôle important de prévention, de guidage et de bonne pratique dans cette infection associée à un faible niveau d'activité. Comme cité précédemment, les PPVIH peuvent développer des perturbations respiratoires, orthopédiques et neurologiques. De part ses champs d'applications multiples, la kinésithérapie peut être indiquée pour ces troubles. Il existe un pourcentage significativement plus élevé de broncho-pneumopathies chroniques obstructives dans la population mondiale infectée par le VIH (27). De plus, l'augmentation de l'espérance de vie ainsi que la puissance des traitements ARV provoqueraient une prévalence accrue d'ostéonécrose, de syndrome du canal carpien ou encore des modifications importantes de la minéralisation osseuse (26,28). Enfin, l'infection par le VIH accentue le risque de développer des myopathies, des dyskinésies ou encore des neuropathies. Il est important de comprendre que ces troubles sont non exhaustifs et qu'ils dépendent de l'état d'avancement de l'infection et des assuétudes du sujet.

1.4. La stigmatisation liée au VIH

1.4.1. La stigmatisation dans la population générale

Au sens strict du terme, la stigmatisation est l'action de mettre à l'écart une personne pour ses particularités considérées comme différentes des normes de la société (29). Ici, la crainte de contracter une maladie mortelle est forcément liée au jugement qui englobe une condition dont les modes de transmission comprennent l'usage de drogues et les contacts sexuels. Jonathan Mann, ancien directeur du programme mondial de lutte contre le SIDA de l'OMS a séquencé l'épidémie en trois phases. La première étant l'infection par le VIH, la seconde correspond à l'épidémie du SIDA en elle-même et la troisième à l'épidémie de la stigmatisation. Jonathan Mann décrit la dernière phase comme aussi importante que celle de la maladie en elle-même (30).

En effet, malgré l'amélioration de l'espérance de vie des PPVIH, la population conserve un regard péjoratif sur cette infection et les personnes séropositives. Cette

stigmatisation est présente dans quasiment la totalité des régions, aussi bien dans les pays fortement développés comme les Etats-Unis, que dans les pays sous développés d'Afrique (31-32). Une étude anglaise, se basant sur un questionnaire standardisé (*Stigma Index*) et visant à mesurer le degré de stigmatisation chez les PPVIH, a montré que 46% des sujets ont subi une atteinte à leurs droits durant l'année. Parmi cette tranche de participants, 31% ont eu la sensation de ne pas avoir été compris ou écoutés par le personnel soignant et plus de 54% des participants se sont fait agresser verbalement à propos de leur séropositivité (33).

1.4.2. Le manque de connaissances, un vecteur de stigmatisation

La stigmatisation peut aussi être décrite comme étant une affaire de personnes ignorantes qui stigmatisent une population en raison de leur manque de savoir. Ainsi, le niveau de connaissances sur la maladie semble être un facteur prédictif du degré de stigmatisation. Plusieurs études ont démontré cette corrélation. Une première étude transversale bostswanaise, de Montlenyane Madisa et al, a proposé un questionnaire de treize items, dont sept items consacrés aux connaissances et six autres à la stigmatisation. Les scores sur la connaissance et l'indice de stigmatisation ont été calculés à partir des réponses pertinentes du questionnaire. Les résultats ont montré que, dans la majorité des cas, la proportion de bonnes réponses de connaissances était inversement proportionnelle à l'indice de stigmatisation (32). Une seconde enquête transversale, de Dalia Haroun et al, menée chez des étudiants au Moyen-Orient a montré que les étudiants émiriens avaient un niveau de connaissances plus faible que les étudiants étrangers (34). Les résultats démontrent que ce même groupe possède davantage d'attitudes négatives envers les personnes porteuses du VIH. Dans d'autres mesures, le manque d'informations autour de la maladie chez les PPVIH favoriserait un dépistage ainsi qu'une prise en charge tardifs (35).

Les résultats montrent qu'il est important de promouvoir la création de programmes de sensibilisation au VIH/SIDA afin de réduire les défauts de connaissances et de diminuer les stigmatisations à l'égard des PPVIH. Il existe de nombreux programmes de réduction de la stigmatisation ayant pour but de promouvoir l'acquisition de connaissances sur le VIH (36-37). Une méta-analyse de Mak WWS et al, visant à identifier l'efficacité de ses interventions, a montré que trente-cinq programmes de

sensibilisation sur quarante-deux ont permis de réduire les attitudes négatives envers les PPVIH (36).

1.4.3. Actualité et faits divers

Comme évoqué précédemment, le manque de connaissances sur la maladie peut engendrer des réactions disproportionnées et alarmantes. Cela en a été le cas le 19 janvier 2020, en marge d'une manifestation parisienne. L'événement a été rapporté par une vidéo témoignant d'une altercation entre un agent de police et un manifestant. Ce dernier, blessé au visage, a projeté de la salive ensanglantée au visage du policier, avant de vociférer dans un langage familier "J'ai le SIDA, tu vas crever". Or, nous savons que le virus a une faible résistance à l'air libre et que le risque de contamination ne serait réel qu'avec une quantité de sang importante au contact d'une plaie ouverte. Cette vidéo a provoqué une vague médiatique importante et de nombreuses publications ont alors affirmé la nécessité pour le policier de passer une batterie d'examens, puis par la suite, de bénéficier d'une tri-thérapie. Cet élan médiatique a, à son tour, suscité de nombreuses réactions immodérées chez la population (38). Cet exemple d'actualité prouve à nouveau qu'un manque de sensibilisation et de connaissances face à une maladie peut engendrer des situations et des réactions démesurées, qui ne font que renforcer les idées reçues.

1.4.4. La stigmatisation dans le milieu du soin

Contre toute attente, et comme cité dans le questionnaire "*stigma index*", la stigmatisation est également présente dans le milieu du soin. Malheureusement, nous savons qu'elle a un impact négatif sur la qualité des soins proposés dans les structures de soins de santé et qu'elle freinerait l'accès aux soins de cette population (35,39). Une étude transversale égyptienne de Ibrahim Ali Kabbash et al, s'intéressant à la stigmatisation liée au VIH/SIDA dans le milieu du soin, a proposé un questionnaire à trois cent dix prestataires de soins, composés de médecins et d'infirmiers (40). Les résultats de l'étude ont montré que près de la moitié des participants des deux sous-groupes évitait tout contact direct avec les PPVIH. D'autres preuves statistiques ont rapporté que près de 31% des infirmiers pensaient que les PPVIH devraient avoir honte de leur maladie, contre 15% des médecins. Les infirmiers portaient un regard plus négatif à l'égard de cette maladie en comparaison des médecins. L'étude révèle qu'une plus grande majorité de médecins a reçu des formations contre les risques nosocomiaux et pour les droits des patients. Il semblerait alors que le manque d'informations et de

sensibilisation des prestataires de soins vis-à-vis du VIH/SIDA ait aussi un impact direct sur la prise en charge des PPVIH (37,40).

1.4.5. L'auto-stigmatisation et ses conséquences

Nous avons observé que la stigmatisation était présente dans la population générale ainsi que dans les structures de soins de santé. Il est alors légitime de se demander quelles sont les conséquences de celle-ci chez les PPVIH. Une série d'études a prouvé que la stigmatisation compromettrait largement l'adhérence aux ARV. Or, le traitement exige une stricte observance afin de diminuer la charge virale et d'augmenter le nombre de CD4 (41-44). Une méta-analyse de Shubber et al, qui s'intéresse aux obstacles à l'adhésion aux ARV, a prouvé que près de 10% des PPVIH ont mentionné que ce sentiment de stigmatisation était une barrière au traitement (45). Elle empêche souvent le PPVIH de donner son statut sérologique (46). De plus, parmi les conséquences mentales il est possible de retrouver des comportements d'isolement, de perte de confiance en soi, de déni, de sentiment de honte ou encore des dépressions (46-50). Ainsi, la stigmatisation conduit à l'auto-stigmatisation. Une méta-analyse de Amare T et al a révélé des corrélations entre la stigmatisation et la dépression. Il a été estimé que près de 37% des PPVIH souffrent de dépression (51). Cette dernière a été signalée comme un obstacle à l'observance pour plus de 15% des patients (43,45).

Le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA (ONUSIDA) déclare que *"Le stigmate lié au VIH trouve ses racines aux tréfonds de la structure sociale dans son ensemble et dans les normes et valeurs régissant notre quotidien. Elle provoque la dévalorisation et la honte de certains groupes et donne à d'autres un sentiment de supériorité"* (52).

1.5. Problématique

Nous avons pu observer que l'infection par le VIH modifiait la physiologie propre du corps en raison de l'apparition de nombreux symptômes physiques. Hormis cet aspect, les patients séropositifs sont régulièrement victimes de préjugés, de stigmatisations, d'attitudes négatives, de discriminations en raison de leur appartenance à une population. Durant nos quatre années d'études à l'ILFMK, nous n'avons reçu aucun support, aucun cours, ni aucune information quant à cette pathologie. Cependant il est possible de rencontrer des PPVIH sur nos lieux de stages et dans notre future activité de

masseur-kinésithérapeute. Par l'intermédiaire d'un questionnaire, notre étude a pour but d'évaluer les craintes et/ou le manque de connaissances sur cette infection et s'il existe une corrélation entre ces points et l'attitude déclarée des étudiants masso-kinésithérapeutes lors d'une prise en charge de PPVIH.

Ma problématique est la suivante : "État des lieux des connaissances et des opinions autour du VIH chez les étudiants de l'Institut Lorrain de Formation Masso-Kinésithérapique".

1.6. Plan du mémoire

Après avoir rappelé les points essentiels de l'infection et présenté notre réflexion pour arriver à cette problématique, nous allons aborder différents points. Tout d'abord, nous allons aborder la méthode de construction de notre outil de recueil : un questionnaire de connaissances et un autre de représentations sur la maladie. Ensuite nous allons présenter notre population ainsi que nos résultats. Enfin, nous allons discuter de ces résultats, des différents biais de notre étude et argumenter les limites et perspectives de cette dernière.

2. MATÉRIEL ET METHODE

2.1. Stratégies de recherche

2.1.1. Stratégie de recherche documentaire de l'avant-propos

Nous avons réalisé nos recherches selon plusieurs axes : la masso-kinésithérapie et le VIH, la stigmatisation autour de cette infection, la corrélation entre les connaissances et le degré de stigmatisation et enfin les conséquences de celle-ci sur les sujets porteurs du VIH. Différentes bases de données ont été interrogées selon les axes de recherches :

- Masso-kinésithérapie et VIH : la banque de données *Physiotherapy Evidence Database* (PEDro).
- Stigmatisation/ Connaissances et stigmatisation : la banque de données *The National Center for Biotechnology Information* (Medline®) et les sites internet *vih.org* et *people living with HIV Stigma index*.
- Les conséquences de la stigmatisation chez les PPVIH : la banque de données *The National Center for Biotechnology Information* (Medline®).

Différents filtres ont été utilisés en fonction des bases de données consultées afin que la littérature comprenne des articles de meilleure qualité. Les filtres « *review* » ou « *revue* » dans la catégorie « *articles types* » ou « *types d'articles* » et le filtre « *5 years* » ou « *5 ans* » dans la catégorie « *Publication dates* » ou « *Date de publication* » dans la banque de données Medline® ont été utilisés. Pour la banque de données PEDro, le filtre « *2014* » dans l'item « *Published Since* » ou « *Publié depuis* » a été utilisé dans le cadre d'une recherche avancée. Effectivement nous avons limité nos recherches de 2014 à 2019.

Différents mots-clés ont aussi été utilisés en fonction des bases de données. Concernant les sites internet, les mots-clés « *VIH* » et « *Stigmatisation* » ont suffi. Concernant l'axe d'étude sur la masso-kinésithérapie et le VIH seul le mot-clé « *HIV* » ou « *VIH* » a été recherché sur la banque de données PEDro. Les autres axes d'étude ont été recherchés sur la banque de données MEDLINE®. Le lien entre les connaissances et la stigmatisation a été étudié grâce à l'équation de recherche **(Eq1)** : « *HIV AND stigma**

AND Knowledge » ou « VIH ET stigmatisation* ET connaissance » puis avec l'équation **(Eq2)** : « *HIV AND stigma* AND Knowledge AND healthcare* » ou « VIH ET stigmatisation* ET connaissance ET soins de santé » afin de cibler le milieu du soin. Seule la seconde équation de recherche a fait l'objet d'une étude exhaustive de notre part. L'axe d'étude sur les conséquences de la stigmatisation sur les sujets porteurs du VIH s'est concentré sur deux points. Le premier étant le lien entre l'observance et la stigmatisation étudié grâce à l'équation de recherche **(Eq3)** « *HIV-related stigma AND treatment adherence* » ou « stigmatisation liée au VIH ET adhérence au traitement ». Le second point concerne les conséquences mentales de cette stigmatisation sur les patients, avec les équations de recherche **(Eq4)** « *HIV AND mental disease AND stigma* » et **(Eq5)** « *HIV AND stigma AND dépression* » ou « VIH ET maladie mentale ET stigmatisation » et « VIH ET stigmatisation ET dépression ».

D'autres recherches parallèles ont permis de compléter nos propos. Il est important de souligner que les rappels sur la physiopathologie, les traitements médicamenteux, le dépistage ainsi que sur la transmission n'ont pas fait l'objet de recherches précises étant donné leur importance secondaire dans l'étude.

Afin d'extraire les mots de recherche les plus pertinents, le thésaurus Mesh® dans la banque de données MEDLINE® a été interrogé. Ainsi les différents mots de recherche utilisés sont : « *HIV* », « *Knowledge* », « *Healthcare* » et « *Depression* ». Aussi, *Health terminology/Ontology Portal* (HeTOP®) a été utilisé afin de trouver la traduction anglaise de MeSH Terms. Le détail précis des articles utilisés est développé en ANNEXES I et II.

Les critères de sélection des articles sont :

- Titre en rapport avec le sujet/ équation de recherche.
- Grade minimum de 7/10 ou revue systématique/ méta-analyse sur PEDro.
- N'étant pas retenu dans les recherches antérieures (doublons).

Tableau I : Résultats de la recherche documentaire de l'avant-propos

	Banque de données	Equation de recherche/ Mots-clés	Articles trouvés	Articles retenus
MK/ VIH	PEDro	HIV	31	8
Eq2	MEDLINE®	« HIV AND stigma* AND Knowledge AND healthcare »	36	5
Eq3	MEDLINE®	« HIV-related stigma AND treatment adherence »	13	4
Eq4	MEDLINE®	« HIV AND mental disease AND stigma »	33	2
Eq5	MEDLINE®	« HIV AND stigma AND depression »	22	5
Autres	-	-	-	6

2.1.2. Stratégie de recherche documentaire du questionnaire de représentations

Le choix des articles visant à construire le questionnaire de représentations a été réalisé au moyen d'une recherche bibliographique exhaustive à l'aide de PubMed et d'autres outils bibliographiques. La stratégie de recherche comprenait plusieurs mots-clés "HIV" ou "VIH", "AIDS" ou "SIDA", "health provider" ou "fournisseurs de soins de santé", "stigma" ou "stigmatisation" et "measuring" ou "mesure". Tout d'abord, les articles inclus devaient comporter des données quantitatives sur la stigmatisation et le VIH, c'est-à-dire la présence explicite d'un questionnaire. Ensuite, les études devaient interroger des prestataires ou des étudiants dans le milieu du soin. Le questionnement devait se concentrer sur leurs comportements envers les PPVIH et non pas se focaliser sur la stigmatisation entre les prestataires de soins comme avec, par exemple, ce type d'item : "Si vous apprenez que votre collègue est atteint du VIH, allez vous changer de comportement envers lui ?". Enfin, les articles retenus devaient proposer un questionnaire comprenant des items avec un des critères suivants :

- La peur de l'infection liée au VIH.
- Les attitudes générales envers les PPVIH (stéréotypes, aprioris, préjugés..).
- L'attitude du soignant lors de la prise en charge d'un PPVIH.

Aucune restriction temporelle et géographique n'a été appliquée. La recherche bibliographique a permis d'identifier quatre articles : "A", "B", "C" et "D" (53-56).

2.2. Méthodologie de réalisation du questionnaire de représentations

2.2.1. Caractéristiques des études retenues

La taille des échantillons de ces études varie entre cent soixante-quatorze et mille huit cent quatre-vingt-treize sujets. La majorité des études ont porté sur des sous-populations cibles précises comme les infirmiers et les médecins, certainement en raison de leur proximité avec les PPVIH. Une seule étude a interrogé l'intégralité des professionnels travaillant en milieu de soins, qu'ils soient qualifiés ou non. La moitié des enquêtes interrogeait des étudiants. Il existe une grande hétérogénéité quant à la localisation des études. La prévalence du VIH et le manque de moyens dans certaines régions ou pays ne semblent pas orienter ce type d'étude. La moitié des études a pour objectif de valider un outil, une échelle de stigmatisation et non d'évaluer directement la stigmatisation des prestataires de soins (Tab.II).

Tableau II : Articles utilisés afin de construire le questionnaire de représentations

Auteurs	Type d'étude + bibliographie	Echantillon interrogé	Localisation de l'étude	Prestataires de soins interrogés	Echelle utilisée	Objectif de l'étude	Date de publication
Nybalde L, et al (A)	Étude transversale (53)	n= 1893	Chine, Dominique, Egypte, Kenya, Puerto Rico, Saint Kitts et Nevis	Médecins, infirmiers, dentistes, pharmaciens et autres personnes travaillant en milieu hospitalier sans qualification dans les soins	-	- Surveiller la stigmatisation dans les établissements de santé - Evaluer l'efficacité des programmes de réduction de la stigmatisation	2013
Rutledge S, et al (B)	Étude transversale (54)	n= 174	État-unis	Étudiants infirmiers	Echelle "Provider stigmatization inventory"(HAPSI)	- Formation et sensibilisation des prestataires de soins	2011
Stein JA, et al (C)	Étude transversale (55)	n= 1101	Chine	Médecins, infirmiers, techniciens de laboratoire	-	- Optimiser les soins des PPVIH	2008
Wagner ac, et al (D)	Étude transversale (56)	n= 234	Canada	Étudiant infirmier et de médecine	Echelle HPASS	- Évaluer l'efficacité d'une échelle de stigmatisation	2014

2.2.2. Identification des items abordés dans notre questionnaire

Avant toute chose, il est important de préciser le sens de quelques termes récurrents afin d'éliminer toute incompréhension :

- Item (i) : Une simple question ou interrogation figurant dans un questionnaire.

Exemple : A2 - La majorité des PPVIH sont homosexuels.

- Thème : Ensemble d'items de la même catégorie.

Exemple : Les items de A5 à A8 font partie du thème portant sur les définitions de la maladie.

- Questionnaire : Ensemble de vingt items.

Exemple : Le questionnaire de connaissances.

Le questionnaire de l'article "A" présente trente-trois items, celui du "B" quinze items, celui du "C" dix-sept items et enfin celui du "D" trente items, soit un total de quatre-vingt-quinze items. Nous avons estimé que huit items présents dans l'article A n'étaient pas utilisables car ils ne répondaient pas aux critères. Toutefois, une majorité des items du questionnaire étaient pertinents, et nous avons donc choisi de les exploiter. L'analyse de quatre-vingt-sept items a donc été réalisée (Tab.III). Notre étude a ainsi permis d'identifier quatre thèmes distincts parmi l'ensemble des items proposés :

Thème 1

- **Le jugement** : regard moralisateur, diminution de l'empathie, le commérage, le fait que les PPVIH soient perçus comme une menace pour les soignants ou les autres patients.

Exemples :

- Les PPVIH ont tendance à utiliser des drogues injectables.
- Les PPVIH ne méritent pas les mêmes soins que les autres patients.
- Je suis susceptible de donner des surnoms péjoratifs aux PPVIH.
- Les PPVIH représentent une menace pour ma santé et la santé des autres patients.

Thème 2

- **L'inquiétude** : sensation d'inconfort, prise de distance, mise à l'écart du patient.

Exemples :

- Il me serait difficile de réagir calmement si un patient m'annonce sa séropositivité.
- Je suis enclin à penser que les PPVIH sont contagieux pour justifier de les éviter.

Thème 3

- **La peur du contact** : cutané, vestimentaire, l'utilisation de précautions inutiles.

Exemples :

- *Je préfère ne pas entrer en contact direct avec un PPVIH.*
- *Je suis mal à l'aise à l'idée de toucher les vêtements d'un PPVIH.*
- *Je crains que les précautions universelles ne suffisent pas lors de la prise en charge d'un PPVIH.*

Thème 4

- **Le rejet des soins** : diminution de la qualité des soins, retard de prise en charge, refus des soins.

Exemples :

- *Si je sais ou soupçonne qu'un patient ou un client est séropositif, je suis plus susceptible de le faire attendre dans le hall.*
- *Si je soupçonne un patient d'avoir le VIH, je peux refuser de le prendre en charge.*

- **Items non utilisés** : conséquence de la prise en charge d'un PPVIH sur le thérapeute, questionnement auprès des soignants sur le matériel et la politique de leur établissement en matière de stigmatisation.

Exemples :

- *Il existe dans mon établissement de santé des fournitures adéquates (par exemple des gants) permettant d'éviter le risque de contamination.*
- *Des soignants ont une attitude négative envers vous parce que vous soignez des patients vivant avec le VIH.*
- *Mon établissement de santé a une politique pour protéger les patients vivant avec le VIH de la stigmatisation.*

Le jugement, ainsi que le rejet des soins, sont les deux thèmes récurrents parmi les quatre questionnaires issus de la littérature. A contrario, le sentiment d'inquiétude n'est présent que dans deux questionnaires et à une faible fréquence. Seul l'article d'Anne C et al propose un questionnaire avec la présence des quatre thèmes. Qu'importe la localisation de l'étude, le questionnement sur le jugement revient de manière récurrente. A noter que le sentiment d'inquiétude, lors de la prise en charge d'un PPVIH, est seulement abordé dans l'étude américaine et canadienne. Quantitativement, le jugement regroupe 53% des items présents dans les questionnaires contre 23% pour le rejet des soins, 17% pour la peur du contact et seulement 6% pour l'inquiétude liée à la prise en charge d'un PPVIH. La

construction de notre questionnaire de représentations se réalisera donc en suivant ces proportions afin d'être le plus fidèle possible à la littérature.

Tableau III : Justification des proportions des thèmes abordés dans le questionnaire de représentations

Thèmes abordés	i = A	i = B	i = C	i = D	Total	Proportion (%)
Jugement	13	12	7	14	46	53
Inquiétude	-	1	-	4	5	6
Peur du contact	7	-	3	5	15	17
Rejet des soins	5	2	7	6	20	23

2.3. L'outil d'enquête

2.3.1. Le choix du support

Nous avons choisi le questionnaire comme moyen de recueil d'informations le plus approprié car il confère différents avantages à notre étude. Effectivement, certaines réponses auraient pu être influencées si l'étudiant avait répondu face à un interlocuteur, notamment pour celles interrogeant l'opinion. L'anonymat proposé par le questionnaire semble donc approprié, a contrario d'entretiens libres ou guidés. De plus, l'utilisation d'un questionnaire permet d'avoir un taux de réponses important associé à des avantages de coût et de logistique.

2.3.2. Structure de notre outil d'enquête

L'intégralité de l'outil d'enquête est disponible en ANNEXE III. Celui-ci est composé de quatre parties. La première partie présente l'enquête, ses objectifs, sa finalité, la durée de remplissage, les consignes de remplissage ainsi que les remerciements. La seconde interroge les étudiants sur leurs caractéristiques (âge, sexe, promotion) ainsi que leur degré de sensibilisation et d'information sur le VIH et leurs expériences humaines avec des PPVIH. La troisième partie propose le questionnaire de connaissances. Contrairement au questionnaire de représentations, il n'a pas fait l'objet de recherches bibliographiques précises. Il comporte vingt items. Nous avons décidé d'élaborer celui-ci en intégrant les

divers rappels retrouvés dans l'introduction. Voici les différents thèmes sur lesquels les étudiants ont été interrogés :

- *Thème 1* : Les données épidémiologiques, notamment la prévalence.
- *Thème 2* : La différence et les définitions du VIH et du SIDA.
- *Thème 3* : La physiopathologie de l'infection.
- *Thème 4* : Les modes de transmission.
- *Thème 5* : Le dépistage et les traitements médicamenteux.

La quatrième et dernière partie concerne le questionnaire sur la stigmatisation comportant lui aussi vingt items. Il respecte les proportions retrouvées dans la partie 2.2.2. L'idée du jugement est représentée dans neuf questions, celle de l'inquiétude dans deux questions, celle de la peur du contact dans quatre questions et enfin celle du rejet des soins dans cinq questions. Certains items présents dans les recherches documentaires ont été directement utilisés dans le questionnaire. Les autres items ont été créés ou adaptés afin de répondre au mieux au milieu de la masso-kinésithérapie.

2.3.3. Les modalités de réponses

Dans un questionnaire, le choix de réponses est généralement binaire, c'est-à-dire qu'il peut être correct ou incorrect. Cependant, dans certains cas, le sujet peut douter de la véracité de sa réponse. Par conséquent, l'utilisation de degrés de certitude peut être un outil permettant de nuancer la réponse. Lors du remplissage, l'étudiant devra alors répondre en fonction de son degré de certitude (Tab.IV). Selon des études, cette modalité de réponse impose au répondant une réflexion ainsi qu'une implication majorée et laisse donc une place moindre au hasard (57-58).

Ici, une réponse de 0 à 3 pour le questionnaire de connaissances indique :

Degrés de certitude :

- 0 : Je suis certain(e) que la proposition est fausse.
- 1 : Je suis quasiment sûr(e) que la proposition est fausse.
- 2 : Je suis quasiment sûr(e) que la proposition est juste.
- 3 : Je suis certain(e) que la proposition est juste.

La justesse et le degré de certitude de la réponse vont ensuite donner un score :

Tableau IV : Attribution des scores par item au questionnaire de connaissances

Degrés de certitude	0	1	2	3
Item vrai	-3	-1	1	3
Item faux	3	1	-1	-3

De la même manière, il est possible de nuancer l'accord ou le désaccord du répondant en proposant différentes modalités de réponses (Tab.V). Plusieurs échelles, comme celle de Linkert, utilisent ce type de nuance. Cette dernière est très répandue et connue pour sa fiabilité dans la mesure d'opinions, de perceptions et de comportements (59).

Ici, une réponse de 0 à 3 pour le questionnaire de stigmatisation indique :

Degrés de certitude :

0 : Pas du tout d'accord.

1 : Plutôt pas d'accord.

2 : Plutôt d'accord.

3 : Tout à fait d'accord.

Le caractère stigmatisant de l'item et le degré d'accord de la réponse vont ensuite donner un score :

Tableau V : Attribution des scores par item au questionnaire de représentations

Degrés de certitude	0	1	2	3
Item non stigmatisant	-3	-1	1	3
Item stigmatisant	3	1	-1	-3

Chacun des deux questionnaires compte vingt questions, ainsi le résultat maximum pour un répondant est de soixante et au minimum de moins soixante.

L'analyse des questionnaires à réponses nuancées peut être périlleuse. Par conséquent nous avons aussi analysé les résultats en suivant un modèle binaire n'incluant donc aucune nuance de réponse. Selon ce modèle, si un répondant coche la case "2" ou "3" à un item vrai du questionnaire de connaissances ou à un item non stigmatisant, il obtiendra alors le score maximum (Tab.VI).

Tableau VI : Les deux modèles d'analyse des réponses

	Réponse juste ou non stigmatisante	Réponse fausse ou stigmatisante
Modèle binaire	3 points	- 3 points
Modèle avec degrés de certitude	1 ou 3 points	-1 ou -3 points

2.3.4. Phase de pré-test du questionnaire

Les pré-tests du questionnaire ont été réalisés sur dix étudiants en dernière année de masso-kinésithérapie (DCK2) de l'ILFMK. L'objectif était de connaître le temps moyen de réponse, les potentiels problèmes de compréhension des consignes et les éventuelles remarques concernant le questionnaire. Le déroulement du pré-test s'est réalisé comme expliqué dans la partie 2.4.1. et 2.4.2. Le temps moyen de réponse était de six minutes et quarante-huit secondes.

Les pré-tests ont permis de modifier le fond du questionnaire. Effectivement, cinq items ont été quelque peu modifiés afin d'éviter les biais méthodologiques de compréhension. Ils ont également permis de modifier la forme du questionnaire : les consignes concernant les modalités de réponses pour chaque questionnaire ont été rapportées au-dessus de chaque page afin de faciliter la compréhension. Enfin, nous avons signifié que l'enquête sur les représentations concernait uniquement l'avis des étudiants et non les aprioris généraux concernant le VIH.

2.4. Distribution et restitution du questionnaire

2.4.1. Distribution du questionnaire

Nous avons choisi de diffuser le questionnaire en main propre et non sur les réseaux sociaux ou par mail pour différentes raisons. Tout d'abord, la population cible se présente dans un lieu qu'elle fréquente régulièrement, l'ILFMK, ce qui nous a permis d'obtenir une proportion satisfaisante de réponses. Ensuite, l'outil d'enquête a été proposé directement lors des enseignements dirigés obligatoires afin de maximiser à nouveau la quantité de réponses. Enfin, la diffusion en main propre permet de toucher les profils ne figurant pas sur les réseaux sociaux et de supprimer les biais d'intérêt des répondants pour ainsi minimiser la perte d'une partie des réponses. De plus nous avons la certitude de l'identité des répondants.

Chaque étudiant a reçu un questionnaire de trois pages sous format papier, distribué par nos soins et accompagné d'une brève explication verbale. Durant celle-ci nous avons veillé à ne pas employer les termes "stigmatisation" et "discrimination" qui auraient pu biaiser l'objectivité des répondants. Ainsi, nous avons privilégié l'emploi des termes "opinion" et "représentation" et souligné l'anonymat de cette enquête afin de diminuer le biais de désirabilité sociale. Par ailleurs, les étudiants répondaient dans leurs salles de travaux dirigés et ne disposaient pas de limite de temps.

2.4.2. Recueil du questionnaire

Les questionnaires ont été recueillis directement après le remplissage, déposés par les élèves sur une table mise à disposition. Afin de renforcer l'anonymat, ils n'ont été ramassés qu'une fois que la totalité des étudiants de la salle y aient répondu et les aient déposés sur la table.

2.5. La population

L'étude a pour objectif de savoir comment la formation initiale de masso-kinésithérapie dans l'Institut Lorrain permet d'appréhender une intervention avec un patient porteur du VIH et/ou de la maladie du SIDA. La population cible concerne alors les étudiants de masso-kinésithérapie de l'Institut Lorrain.

Critère d'inclusion :

- Les étudiants réalisant la formation de masso-kinésithérapie de l'institut Lorrain.

Critères d'exclusion :

- Les étudiants ayant participé au pré-test
- Les étudiants n'ayant pas répondu aux questions d'identification.
- Les étudiants n'ayant pas répondu à l'intégralité des items.

2.6. Analyses statistiques des données

Afin de mener une analyse statistique des données, les réponses à chaque item des questionnaires papiers ont été transposées sur Excel. Une fois rentrées, nous avons calculé l'intégralité des scores de chaque item, thème et questionnaire sous forme de pourcentages et de sommes. A noter que nous avons réalisé ce travail pour chaque caractéristique (sexe, âge, promotion, sensibilisation et contact). Ensuite nous avons recherché quels résultats seraient les plus intéressants à mettre en avant dans notre étude. Enfin nous avons réalisé des comparaisons de pourcentages observés ou de moyennes grâce à des tests paramétriques, comme le test t-paramétrique, ou des tests non paramétriques, comme celui de Mann-Whitney, en fonction des types de données et de leur normalité. Le site utilisé pour l'analyse statistique des données est BiostaTGV ainsi que le logiciel SPSS statistics.

3. RÉSULTATS

L'ILFMK regroupe trois cent soixante-douze étudiants au total et nous avons pu inclure deux cent quatre-vingt-quinze réponses dans l'étude, soit 79,3% de la population de l'école. Cette différence s'explique par différents points. Effectivement, une partie des étudiants étaient absents lors de la diffusion du questionnaire. S'ajoute ensuite ceux qui ne voulaient ou ne pouvaient pas répondre. Enfin, les dix étudiants ayant réalisé les pré-tests n'étaient pas autorisés à participer et vingt-trois répondants ont été exclus de l'étude car ils correspondaient aux critères d'exclusions.

Étudiants répondant au
critère d'inclusion :

n= 372



Étudiants non inclus dans
l'étude : **n= 54**

Répondants à l'enquête :

n= 318



Étudiants exclus de
l'étude : **n= 23**

Population de l'étude :

n= 295

Figure 1 : Diagramme de flux

3.1. Caractéristiques des répondants

Parmi les étudiants inclus dans l'étude nous retrouvons 40% d'hommes et 60% de femmes. L'âge moyen des répondants est de vingt-deux ans (écart-type= 3,5). Nous retrouvons 28,8% de répondants en première année (PCK1), contre 22,4% en seconde (PCK2), 26,1% en troisième (DCK1) et enfin 22,7% en dernière année (DCK2). 82,4% des

étudiants inclus dans l'étude ont déjà été sensibilisés à l'infection et seulement 15,9% ont déjà été en contact d'une quelconque manière avec une personne porteuse de l'infection. Les caractéristiques des répondants sont développées dans le tableau disponible en ANNEXE IV.

3.2. Présentation des résultats

3.2.1. Résultats des questionnaires de connaissances et représentations

La figure 2 est constituée des données issues du questionnaire de connaissances. Ici nous avons étudié les réponses de manière binaire (Tab.VI). En abscisses nous retrouvons le numéro de la question et, en ordonnées, le pourcentage de bonnes réponses.

Exemple : 87% des répondants ont obtenu une réponse correcte au premier item de connaissances.

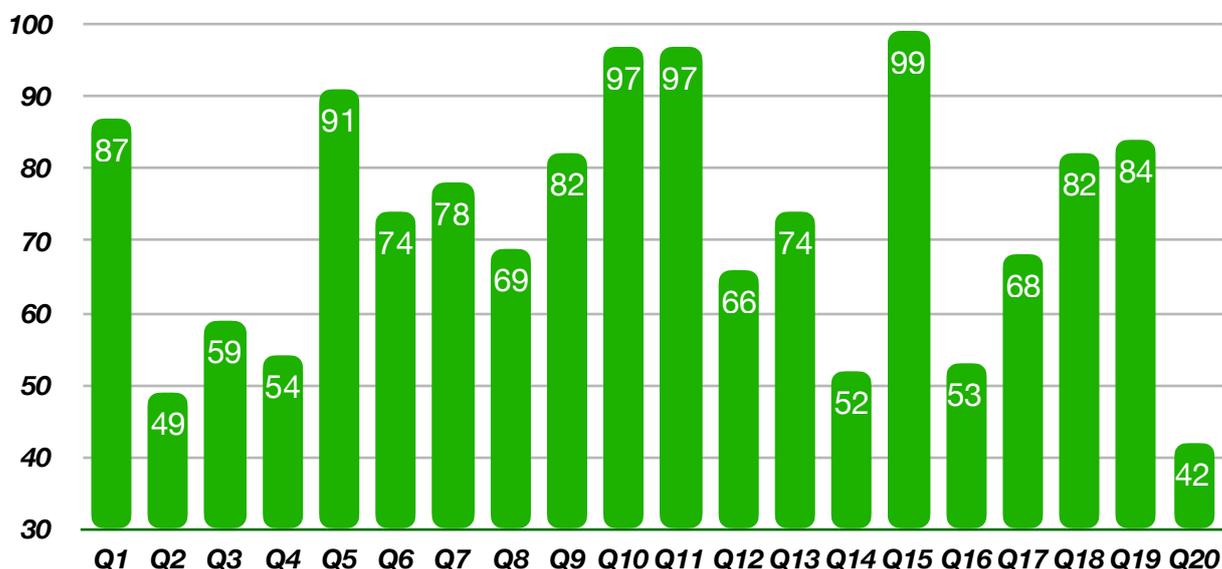


Figure 2 : Connaissances de l'intégralité de la population étudiée

Le figure 3 est constituée des données issues du questionnaire de représentations. A nouveau, les réponses ont été étudiées de manière binaire. Nous retrouvons le numéro de la

question en abscisses et le pourcentage de réponses n'ayant pas de caractère stigmatisant en ordonnées.

Exemple : 88% des étudiants n'ont pas eu de réponse à caractère stigmatisant au premier item.

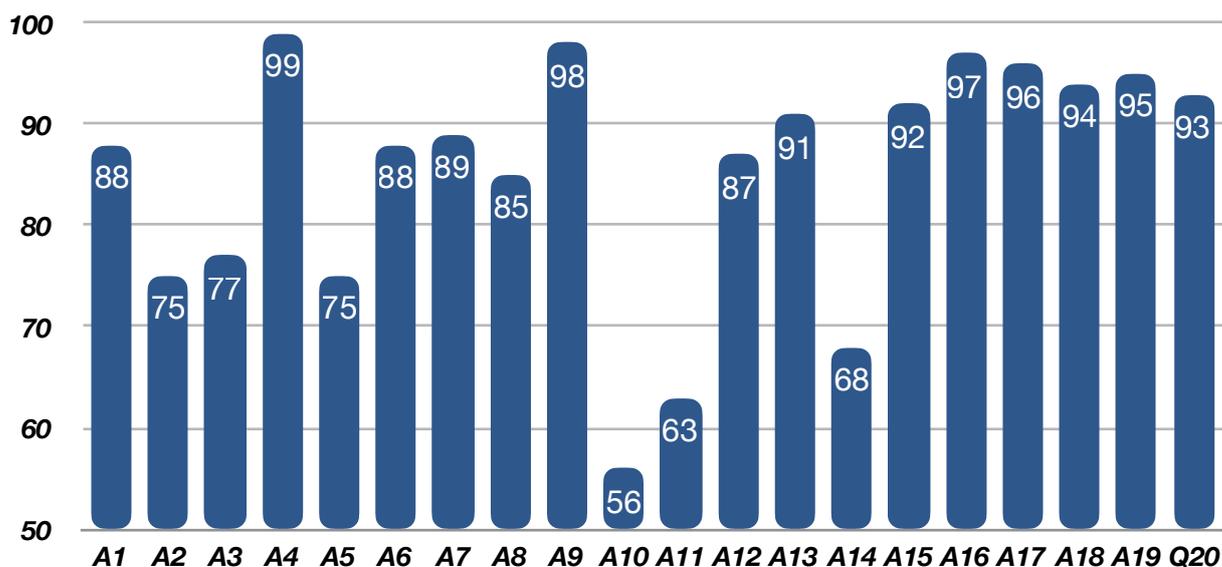


Figure 3 : Représentations de l'intégralité de la population étudiée

3.2.2. Comparaison des connaissances et représentations

Afin de comparer les connaissances et les représentations, nous avons différencié la population de notre étude en trois groupes proportionnels. Le premier tiers (G1) correspond aux personnes ayant obtenu le plus mauvais score au questionnaire de connaissances; le second tiers (G2) correspond à celles ayant un score supérieur à G1; et le dernier tiers (G3) correspond à celles ayant eu les meilleurs résultats. Le diagramme circulaire illustre les scores moyens de chaque sous-groupes au questionnaire de connaissances.

Exemple : Le score moyen des répondants du premier tiers (G1) au questionnaire de connaissances est de 12,4 sur 60.

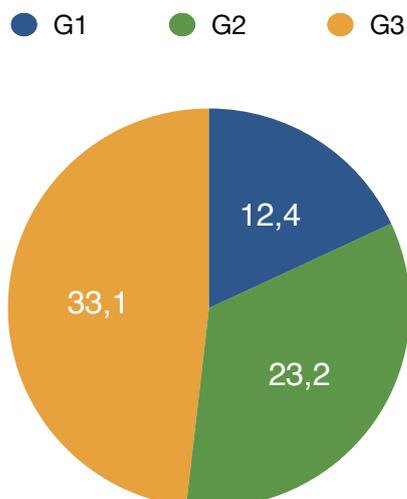


Figure 4 : Diagramme en secteur représentant le niveau de connaissances des répondants

Ensuite, afin de savoir si l'étude démontre l'existence d'une association entre le taux de connaissances et les représentations, nous avons comparé les résultats précédents des groupes G1 et G3 à ceux du questionnaire de représentations. En abscisses nous retrouvons le pourcentage de réponses n'ayant pas de caractère stigmatisant et, en ordonnées, les vingt questions de représentations. Nous pouvons observer une différence visuelle importante entre les deux groupes aux items 2 et 11. A contrario, il n'existe aucune différence pour l'item 4.

Exemple : 11% de la population de G1 a eu une réponse à caractère stigmatisant contre 9% de G3 à l'item 1.

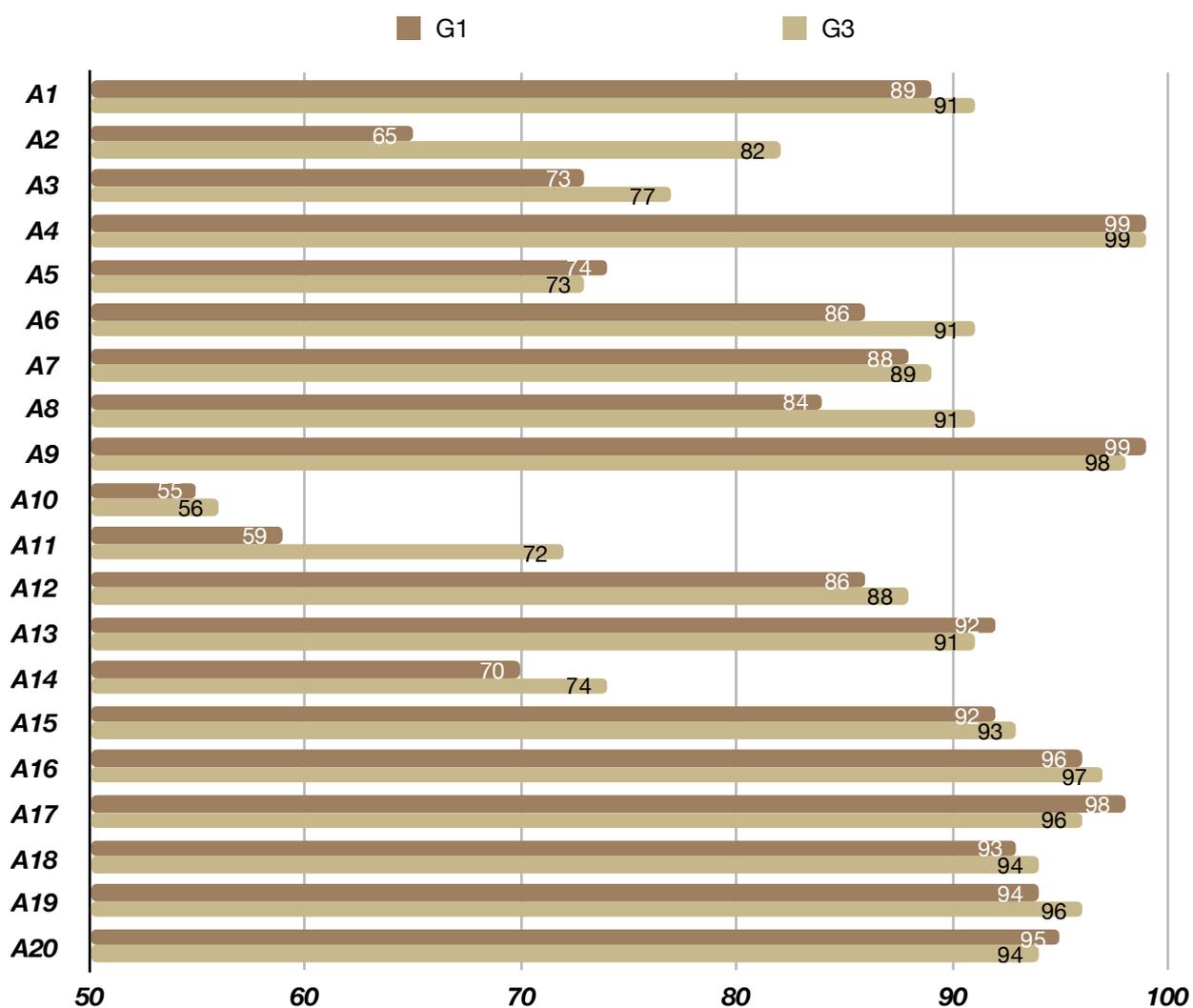


Figure 5 : Comparaison des résultats des questionnaires de connaissances et représentations

3.2.3. Résultats en fonction de la sensibilisation et du contact

La figure 6 présente d'une part les résultats des répondants ayant été sensibilisés (cours, campagnes de prévention, recherches personnelles..) et, d'autre part, ceux des personnes ayant déjà été en contact avec un PPVIH (entourage, patient..). En abscisses, nous retrouvons les caractéristiques des répondants. Puis, en ordonnées, le pourcentage de bonnes réponses au questionnaire de connaissances ainsi que les réponses n'ayant pas de caractère stigmatisant au questionnaire de représentations. Visuellement, le graphique ne rapporte pas de différence importante entre les différents groupes. Le modèle binaire a été à nouveau utilisé.

Exemple : Le premier rectangle montre que les répondants sensibilisés au VIH ont obtenu, en moyenne, 73% de bonnes réponses à l'intégralité des items de connaissances.

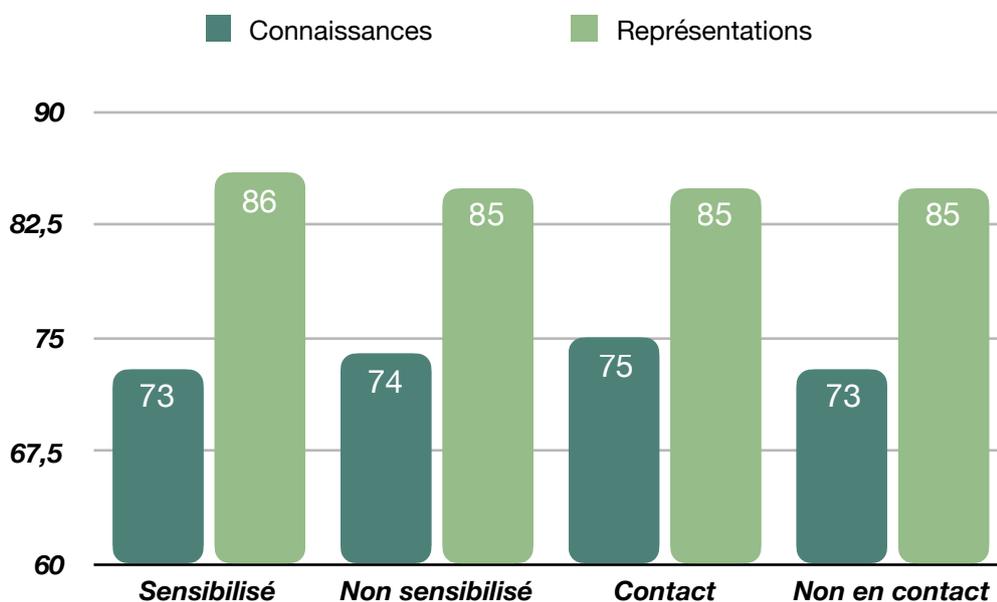


Figure 6 : Résultats en fonction de la sensibilisation et du contact avec un PPVIH.

3.2.4. Résultats en fonction de l'âge, de la promotion et du sexe

La figure 7 illustre les réponses en fonction de l'âge. L'analyse des résultats suit le même principe que dans la partie 3.2.3. Nous retrouvons quasiment la même répartition de bonnes réponses aux différents questionnaires entre les trois classes d'âge.

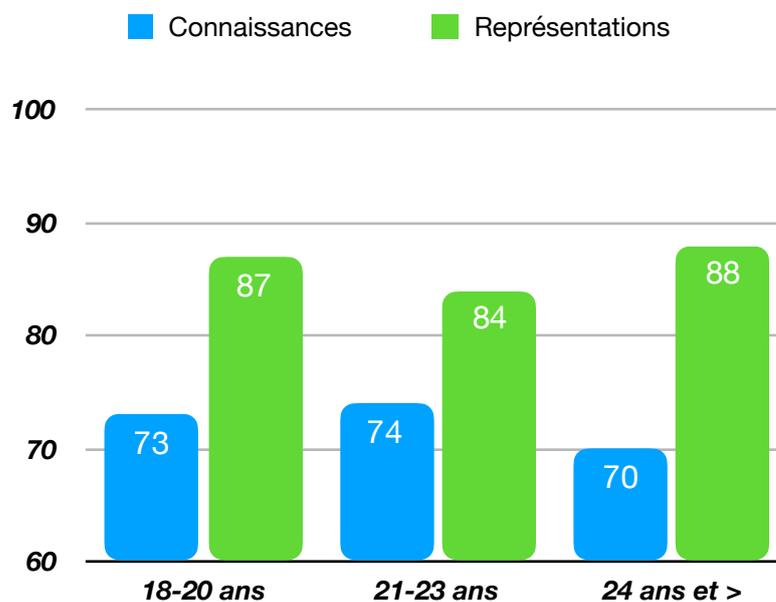


Figure 7 : Résultats en fonction de l'âge des répondants

Les figures 8 et 9 illustrent les réponses en fonction de la promotion et du sexe des répondants. L'analyse des résultats suit de nouveau le même principe que dans la partie 3.2.3. Nous retrouvons quasiment la même répartition de bonnes réponses aux deux questionnaires entre les différentes promotions et les sexes.

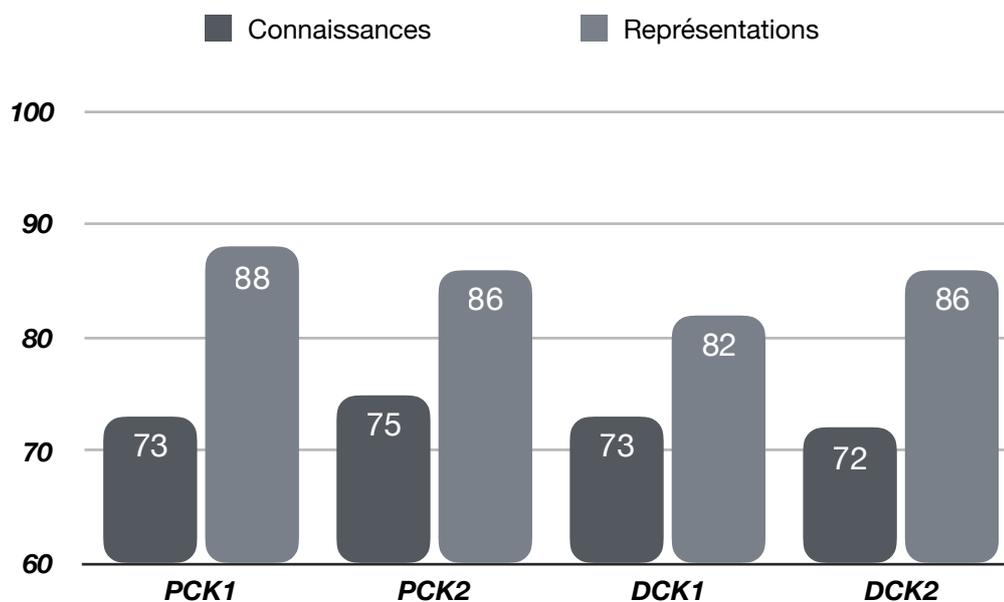


Figure 8 : Résultats en fonction de la promotion des répondants

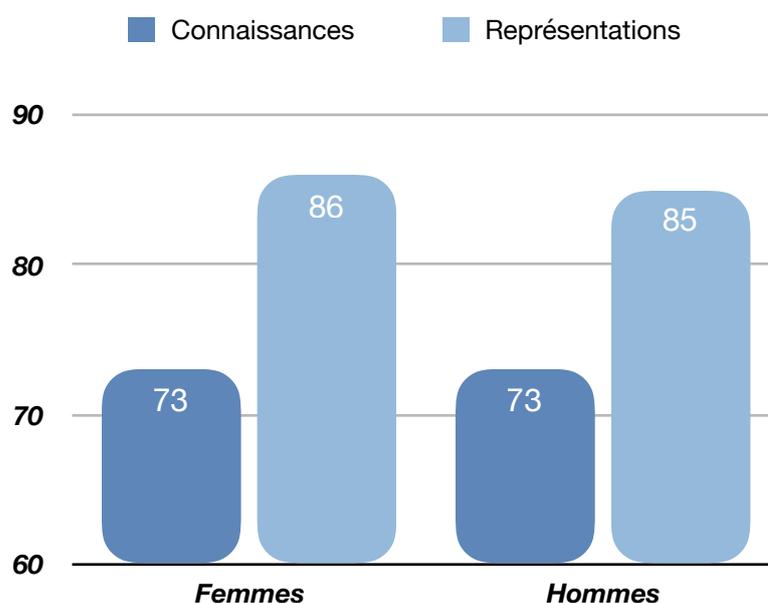


Figure 9 : Résultats en fonction du sexe des répondants

3.2.5. Résultats par thèmes

Les différents items présents dans les questionnaires de connaissances et de représentations sont divisés en plusieurs thèmes développés dans les parties 2.2.2. et 2.3.2.. Les histogrammes 10 et 11 présentent les résultats de toute la population en fonction des thèmes. Contrairement aux figures ci-dessus, les résultats sont illustrés selon un modèle prenant en compte le degré de certitude des répondants (Tab. IV-V). En abscisses nous retrouvons le pourcentage de réponse à un thème donné. Puis en ordonnées les thèmes de connaissances et représentations.

Exemple : Dans la figure 10, 6% des répondants ont obtenu un score de "-3" aux questions traitant de l'épidémiologie et de la prévalence sur le VIH.

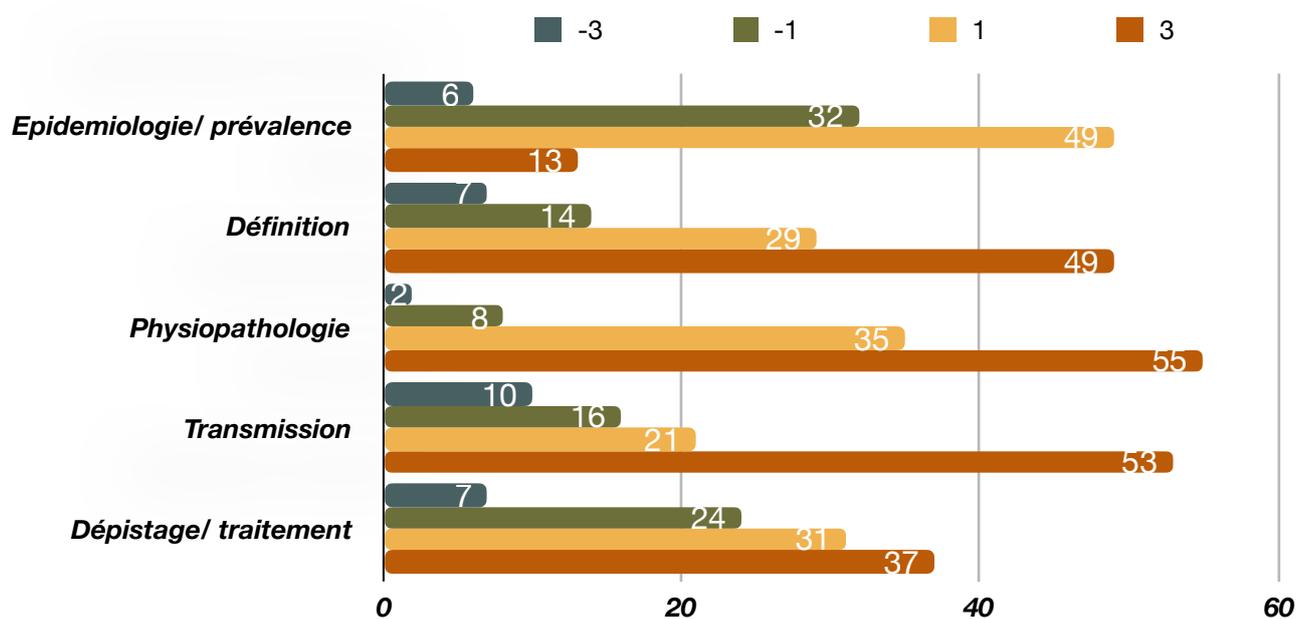


Figure 10 : Résultats du questionnaire de connaissances par thèmes

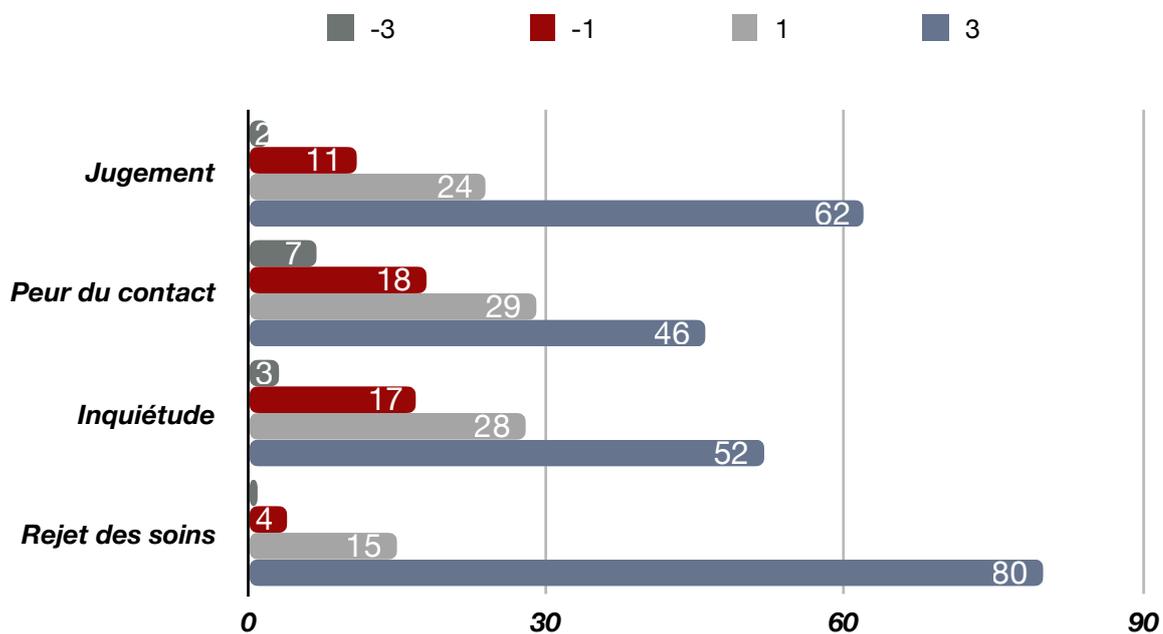


Figure 11 : Résultats du questionnaire de représentations par thèmes

3.2.6. Autres résultats

Ici nous avons voulu évaluer l'effet du contact avec un PPVIH par rapport aux différents thèmes de connaissances de notre questionnaire. Sur le même modèle que dans la partie 3.2.2., c'est-à-dire le modèle de "groupe de niveaux G1 et G3", nous avons comparé les scores des différents thèmes de connaissances, et non les résultats totaux des questionnaires, aux caractéristiques des différents répondants. Étant donné que chaque thème est composé de plusieurs items nous avons pu calculer les scores de chacun pour chaque répondant. Un premier résultat s'est avéré intéressant de part sa significativité statistique : l'effet du contact sur les connaissances concernant le dépistage et le traitement de la maladie. En abscisses nous retrouvons le groupe de niveau et, en ordonnées, le pourcentage de répondants figurant dans tel ou tel groupe de niveau.

Exemple : 57% des personnes ayant été en contact avec un PPVIH figurent dans le groupe de niveau le plus élevé (G3) du thème "traitements et dépistage".

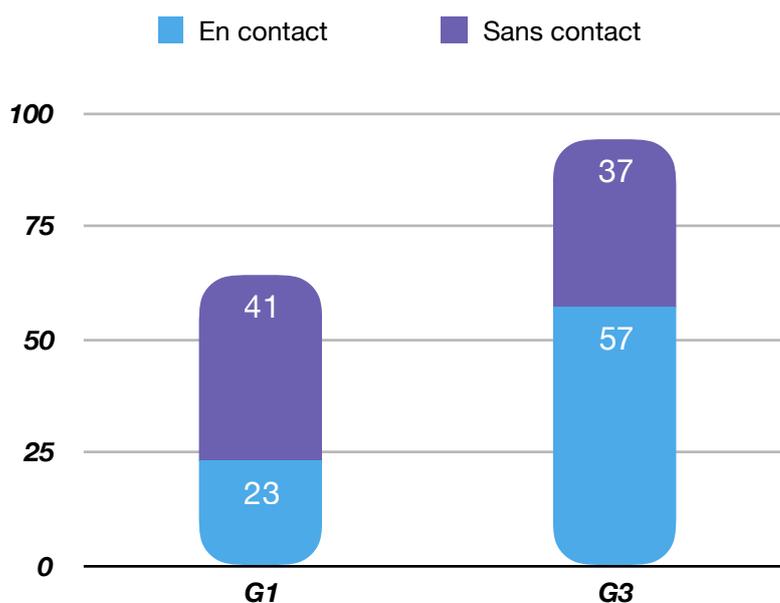


Figure 12 : Effet du contact avec un PPVIH sur les connaissances des traitements et dépistage

La significativité statistique est mise en avant par un Sig (bilatéral) faible, soit inférieur à 0,05 suite à la réalisation d'un test-t paramétrique d'égalité de moyennes et un test non paramétrique de Mann-Whitney (ANNEXE V).

Un second résultat s'est également avéré intéressant. En suivant le même raisonnement, nous avons comparé l'effet du sexe sur les scores obtenus aux thèmes de

connaissances. Le sexe semble avoir un impact statistiquement significatif sur plusieurs thèmes de connaissances donnés. En abscisses, nous retrouvons le groupe de niveau et, en ordonnées, le pourcentage de répondants figurant dans tel ou tel groupe de niveau.

Exemple : 41% des hommes contre 25% des femmes figurent dans le groupe de niveau G3 du thème sur l'épidémiologie.

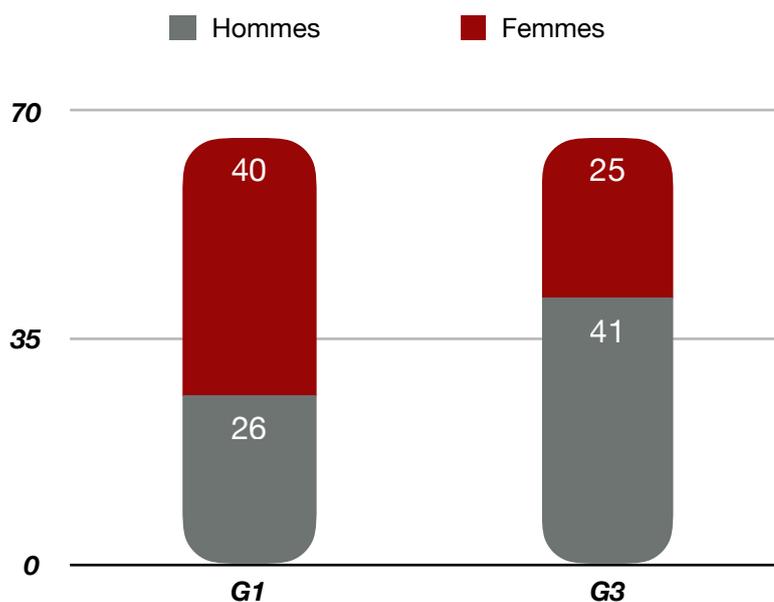


Figure 13 : Effet du sexe sur les connaissances en épidémiologie

La significativité statistique est mise en avant par un Sig (bilatéral) faible, soit inférieur à 0,05 suite à la réalisation d'un test-t paramétrique d'égalité de moyennes et un test non paramétrique de Mann-Whitney (ANNEXE VI).

4. DISCUSSION

Notre rapport nous a déjà permis d'exposer notre cadre théorique, la méthodologie de construction de notre questionnaire ainsi que nos résultats bruts. La suite de notre étude va se concentrer sur la critique de notre dispositif de recherche, la discussion de nos résultats ainsi que de leur confrontation à la littérature. Nous allons aussi présenter les intérêts et les limites de ces derniers sur la pratique professionnelle d'un point de vue éthique et déontologique. Enfin nous allons argumenter les limites et les perspectives d'approfondissement de notre enquête. Pour rappel, notre problématique est la suivante : "État des lieux des connaissances et des opinions autour du VIH chez les étudiants de l'Institut Lorrain de Formation Masso-Kinésithérapique".

4.1. Les biais

4.1.1. Biais de sélection

En raison d'un défaut d'organisation temporelle, le questionnaire n'a malheureusement pas pu être distribué à un groupe d'étudiants PCK2. Aussi, des procédures de relance auraient pu être un outil intéressant pour inciter les étudiants n'ayant pas répondu à le faire, dans le but de réduire ce taux de non inclusion. Il existe donc une part de la population cible n'ayant pas eu l'opportunité de répondre au questionnaire, qui correspond plus précisément à 11,7%. Toutefois, comme nous l'avons déjà évoqué, notre volonté d'interroger l'intégralité de la population de l'ILFMK et notre décision de distribuer le questionnaire en main propre nous a tout de même permis d'obtenir une quantité de réponses satisfaisante.

4.1.2. Biais d'exhaustivité

Afin de construire notre questionnaire nous nous sommes inspiré uniquement d'articles présents dans la banque de données MEDLINE®. Il aurait été intéressant de réaliser cette recherche sur d'autres sites de recueil de données scientifiques afin d'être plus exhaustif aux yeux de la littérature.

4.1.3. Biais comportementaux

4.1.3.1. Biais de désirabilité sociale

Le biais de désirabilité sociale est une disposition de l'individu à vouloir se présenter favorablement aux yeux de la société (60). Dans notre étude nous interrogeons les étudiants afin de connaître leurs préjugés et stéréotypes sur une population. Pour cela, les items présents dans le questionnaire de représentations, contrairement au questionnaire de connaissances, n'ont pas de réponses à proprement dites justes ou fausses. Ainsi, le répondant est plus susceptible de répondre en fonction des moeurs de la société et de son éducation et non en fonction de ses propres idées et représentations. Afin de prévenir ce biais, nous avons insisté sur le caractère anonyme de l'enquête auprès des étudiants. Cependant, la proximité des répondants durant le remplissage du questionnaire a pu engendrer un défaut d'intimité. Afin d'éviter ce biais l'utilisation d'un questionnaire en ligne aurait pu être une solution.

4.1.3.2. Biais affectif

Le biais affectif consiste à moduler ses propres opinions en fonction de son état émotionnel (61). En effet, si l'étudiant est d'humeur positive lors du remplissage du questionnaire, il pourrait éventuellement privilégier des réponses non stigmatisantes. A l'inverse, en étant d'humeur négative, il pourrait répondre d'une toute autre manière. Pour amoindrir ce biais, nous avons souligné aux étudiants l'importance de s'ancrer, de s'imaginer en situation réelle et de ne pas répondre de manière irréfléchie.

4.1.4. Biais méthodologique

4.1.4.1. Biais méthodologique du questionnaire de représentations

Lors de la construction du questionnaire nous avons pris soin de ne pas trop orienter les questions. Pour cela, nous n'avons exprimé qu'une seule idée par question et aucune prise de position n'a été émise afin de ne pas influencer le répondant. Enfin, pour éviter un sentiment de généralisation, et donc évité d'orienter les réponses, le terme "*majorité*" était employé, comme dans les items "A1" et "A2".

Une partie des items pouvait également susciter un sentiment de catégorisation chez le répondant. Ainsi, pour moduler cet aspect sensible, l'utilisation de termes ou de tournures de phrase comme "*Je préfère*", "*Si j'ai le choix*", "*Il me serait difficile*", "*Certainement*", "*Je suis susceptible*" a été privilégiée, hormis pour les questions

"A5,9,13,20". Par ces moyens, nous avons évité que le répondant ne se sente jugé et restreint dans ses réponses. Toutefois, l'emploi de ces outils s'est fait dans une certaine limite pour ne pas fausser les véritables représentations des répondants.

La partie 2.3.3. justifie l'utilisation du degré de certitude dans notre questionnaire. Cependant, nous avons volontairement exclu la modalité de réponse "*Je n'ai pas d'opinion*", car notre enquête traite d'un sujet sensible, soumis de manière importante aux biais comportementaux. Effectivement, même si l'obligation de réponse peut être une contrainte et décourager le répondant n'ayant pas d'opinion, nous avons estimé qu'une partie trop importante des sujets préférerait répondre cette modalité plutôt que d'exprimer librement leurs idées.

Notre questionnaire de représentations connaît également un point faible : 95% des items interrogent le répondant sur son éventuelle attitude stigmatisante et non, à l'inverse, sur son éventuelle attitude non stigmatisante, comme dans l'item 11. Face à ce type de questions, l'étudiant peut adopter une attitude défensive et mettre sous réserve ses aprioris, contrairement à la formulation de l'item 11. Afin de limiter ce biais il aurait été préférable d'unifier tous les items par un même modèle ou d'avoir une distribution identique des deux modèles.

4.1.4.2. Biais méthodologique du questionnaire de connaissances

Nous avons veillé à ce que nos questions soient les plus simples, précises et limpides possibles et à ce qu'elles n'émettent qu'une idée à la fois. Effectivement, l'objectif premier était de recueillir les connaissances brutes de la population et non de la piéger avec des tournures de phrases insidieuses ou des doubles sens.

Il est aussi légitime de se demander pourquoi la modalité de réponse "*Je ne sais pas*" n'a pas été utilisée car celle-ci aurait permis d'estimer quelles connaissances existaient réellement ou non. Cependant, pour un soucis d'analyse statistique comparative des deux questionnaires, il a été préférable d'avoir le même modèle de réponse.

4.2. Analyse des résultats

Afin de faciliter la compréhension de la présentation des résultats, nous allons définir ce qu'est le "degré maximum de certitude". Il correspond à deux possibilités de réponse diamétralement opposées. D'une part, il peut s'agir d'une réponse correcte, ou non

stigmatisante, à un item de la part du répondant, avec le degré de certitude le plus haut. D'autre part, cela correspond également à une réponse fausse, ou stigmatisante, avec le degré de certitude le plus haut. Autrement dit, l'étudiant a obtenu, à un item donné, un score de trois, soit le score maximum, ou à l'inverse, un score de moins trois, soit le score minimum.

4.2.1. Résultats de connaissances

Dans un premier temps nous pouvons observer que huit questions de connaissances obtiennent plus de 80% de bonnes réponses chez l'intégralité de la population étudiée. Nous estimons que ces connaissances sont acquises pour une grande partie des étudiants. On peut noter également que 99% des répondants savent que le VIH se transmet par voie sexuelle. Dans un second temps, nous remarquons que six questions possèdent moins de 60% de bonnes réponses. Nous estimons donc que ces connaissances ne sont pas acquises. A noter également que seulement 42% de la population, sans prendre en compte le hasard, connaît la définition de la prophylaxie pré-exposition. Enfin, les six autres items se situent entre 60 et 80% de bonnes réponses, le niveau de connaissances est donc satisfaisant (Fig.2).

Si nous voulons être plus généralistes dans notre analyse, nous pouvons identifier les thèmes de connaissances ayant posé plus ou moins de difficultés. Il semblerait que les connaissances des définitions, de la physiopathologie et de la transmission soient les plus maîtrisées. Toutefois, en ce qui concerne la transmission, le degré de certitude démontre que les étudiants sont davantage certains de leurs réponses. Alors qu'au contraire, les étudiants ayant répondu juste dans les catégories de définition et de physiopathologie, ont davantage douté de leurs réponses : ils ont répondu respectivement, dans 29 et 35% des cas, le degré de certitude *"je suis quasiment sûr(e) que la proposition est fausse"* ou *"je suis quasiment sûr(e) que la proposition est juste"*. A contrario, seulement 21% des étudiants ont douté de leurs réponses, lorsque celles-ci étaient correctes, aux questions portant sur la transmission. Aussi, le thème ayant posé le plus de difficultés est celui de l'épidémiologie et de la prévalence avec seulement 13% de degré de certitude maximum lors d'une réponse juste (Fig.10).

4.2.2. Résultats des représentations

Pour quatorze items, plus de 80% des répondants n'ont pas répondu de manière stigmatisante. Nous pouvons aussi souligner que 99% des étudiants déclarent ne pas faire de différence lors de leur prise en charge si le PPVIH a été infecté par accident ou suite à des rapports homosexuels. Aussi, 98% d'entre eux pensent que les PPVIH doivent bénéficier des mêmes soins qu'un autre patient. A contrario, plus de 30% de la population a répondu de manière stigmatisante à trois items. En effet, 44% de l'intégralité des répondants prendraient des précautions supplémentaires pour masser un PPVIH, 37% ne seraient pas indifférents à un contact peau contre peau avec un PPVIH et 32% pensent ne pas être capables de rester indifférents si un patient leur annonçait sa séropositivité lors d'une séance. Enfin, 25% des étudiants pensent qu'une majorité de PPVIH ont des rapports homosexuels, 23% préféreraient prendre un patient infecté par accident plutôt qu'à la suite d'une injection de drogue et, pour finir, 25% pensent que les PPVIH peuvent représenter une menace pour les autres patients (Fig.3).

Afin d'être plus généralistes dans notre analyse, nous pouvons identifier les thèmes de représentations qui ont le plus suscité de débats. Ainsi, le rejet de la prise en charge est la catégorie comportant le plus faible taux de réponses stigmatisantes avec 80% d'étudiants affirmant avec un degré maximum de certitude qu'ils accepteraient de prendre en charge un PPVIH sans modifier leurs habitudes de prise en charge. A contrario, seulement 46% des étudiants avouent, avec le degré maximum de certitude, avoir aucune crainte quant au contact physique avec un PPVIH. Ensuite, seulement 52% de la population a répondu, toujours avec le plus haut degré de certitude, ne pas être inquiète lors d'une prise en charge. Toutefois, ces derniers résultats sont à considérer avec délicatesse car seuls 3% des répondants seraient véritablement inquiets lors d'une prise en charge, c'est-à-dire ayant répondu avec un degré de certitude maximum de stigmatisation. Enfin, 13% de la population, avec une certitude plus nuancée, est susceptible d'émettre des jugements de valeur à l'encontre de patients séropositifs (Fig.11).

4.2.3. Comparaison des résultats de connaissances et représentations

4.2.3.1. Résultats généraux

Nous allons désormais observer le fait que l'éventualité d'avoir un niveau de connaissances important a un impact direct sur le degré de stigmatisation. Pour cela, nous avons comparé les résultats de G1, le tiers de la population ayant obtenu les moins bons résultats à l'enquête de connaissances, à G3, le tiers ayant eu les meilleurs résultats. Ainsi,

pour 70% des questions de représentations, la population de G3 a obtenu un score plus important que les répondants de G1. Cela signifie que sur vingt questions, quatorze démontrent que le niveau de connaissances est révélateur d'une diminution de la stigmatisation. Toutefois, dans cinq autres questions cette théorie n'est pas vérifiée et la question quatre, quant à elle, n'a pas fait l'objet de différence (Fig.5).

4.2.3.2. Résultats en fonction du profil du répondant

Il y a vraisemblablement peu de différences entre les répondants de sexe féminin et de sexe masculin. Effectivement, les femmes et les hommes ont obtenu, en moyenne, 73% de bonnes réponses au test de connaissances. Quant aux représentations, il existe une faible différence : les femmes semblent avoir légèrement moins d'aprioris que les hommes concernant les PPVIH (Fig.9).

Nous pouvons également identifier les différences de connaissances et de représentations entre les promotions. Ici, la théorie selon laquelle les connaissances permettraient une diminution de stigmatisation n'est pas vérifiée. Effectivement, la deuxième promotion, qui possède le plus de connaissances, n'est pas celle avec le moins de mauvaises représentations. Ainsi, dans l'ordre croissant des connaissances nous observons : les dernières années, les troisièmes, les premières et enfin les deuxièmes années. Pour ce qui est des représentations, nous observons dans l'ordre croissant de bonnes représentations : les troisièmes années, les deuxièmes, les quatrièmes et enfin les premières années (Fig.8).

Aussi, les étudiants de vingt-quatre ans et plus, semblent avoir moins d'aprioris contrairement aux autres. Cependant, cette même tranche d'âge est celle ayant le moins de connaissances sur le VIH, d'après les résultats de notre enquête (Fig.7).

Le fait d'être sensibilisé au VIH aurait pour effet une légère diminution des stéréotypes, sans pour autant avoir un impact sur le taux de connaissances, ce qui ne concorde pas avec la littérature. Enfin, être en contact avec un PPVIH ou un individu porteur du VIH ne modifierait pas nos représentations mais nos connaissances sur la maladie (Fig. 6).

4.2.4. Résultats statistiquement significatifs

Les résultats exprimés dans les parties 3.2.1. à 3.2.5. ont permis d'avoir une vue d'ensemble sur notre enquête. Toutefois, aucun résultat ne s'est avéré statistiquement

significatif. La réalisation des tests statistiques n'a parfois pas été effectuée, comme pour les figures 8 ou 9, en raison de la non significativité évidente de visu. Dans d'autres cas, la réalisation de tests a été nécessaire, comme pour l'item 11 de la figure 5, car il montrait une différence visuelle marquée entre les deux groupes G1 et G3, mais statistiquement insuffisante.

Des analyses plus ciblées, et ne figurant que partiellement dans la partie 3.2.6., ont permis de trouver des résultats statistiquement significatifs. En comparant l'effet du contact entre les étudiants et un PPVIH, nous avons observé que les personnes ayant déjà été en contact avec un PPVIH possédaient, en comparaison de celles n'en ayant jamais eu, des connaissances statistiquement et significativement meilleures sur les moyens de traitement ainsi que sur le dépistage de la maladie (ANNEXE V). Autrement dit, nous avons constaté qu'une part statistiquement significative des répondants ayant déjà été en contact avec un PPVIH figurait dans le groupe de niveau possédant le plus de connaissances sur les thèmes cités. Par ailleurs, nous avons aussi prouvé que les hommes possédaient de meilleures connaissances, statistiquement significatives, sur les thèmes de la physiopathologie et de l'épidémiologie (ANNEXE VI). Ainsi, une part statistiquement significative d'hommes figurait dans le groupe de niveau G3 pour ces mêmes thèmes (Fig.12-13).

D'autres résultats statistiquement significatifs, non développés dans la partie des résultats pour des raisons de place et de synthèse, ont été identifiés. Une nouvelle fois, avec un raisonnement similaire à celui de la partie 3.2.6., nous avons réalisé des analyses plus ciblées afin de connaître les thèmes de connaissances influant significativement les résultats totaux des questionnaires de connaissances et de représentations. Nous avons réalisé que plus les connaissances sur les définitions de la maladie et sur l'épidémiologie étaient bonnes, plus le score total au questionnaire de connaissances était statistiquement et significativement élevé. Toujours dans la même dynamique, les connaissances sur la physiopathologie, la transmission et les modes de dépistage et de traitement, influeraient sur les résultats globaux des questionnaires de connaissances et de représentations. Autrement dit, une part statistiquement significative des personnes figurant dans le groupe de niveau G3, quant au score total des deux questionnaires, figurait elle aussi dans les groupes de niveaux les plus élevés des thèmes de connaissances cités.

4.3. Discussion des résultats

Au vu du nombre important d'items ainsi que de répondants, et donc de leurs caractéristiques individuelles, nous nous sommes restreints à étudier de manière statistique

les résultats totaux des questionnaires et de leurs différents thèmes, et non de la totalité des items. Toutefois, il est intéressant de noter qu'il existe des différences notables quant aux types de connaissances et aux aprioris entre les étudiants. Ainsi, il reste difficile d'affirmer si les résultats aux deux questionnaires des étudiants de l'école de masso-kinésithérapie sont simplement bons ou mauvais.

Ensuite, il est légitime de se demander quelles connaissances sur le SIDA seraient réellement indispensables au métier de masso-kinésithérapie. Par conséquent, nous pensons qu'un faible niveau de connaissances sur l'épidémiologie et la prévalence puisse faiblement diminuer la qualité de la prise en charge avec un PPVIH. A contrario, il paraît primordial de connaître les possibilités de transmission et de dépistage dans une optique de prévention, de conseils ou d'éducation envers un quelconque patient ou une situation, ou encore, afin de prendre des précautions en cas de risque.

Nous estimons que chaque réponse négative à notre questionnaire de représentations peut se révéler problématique dans le cadre d'une prise en charge. Cette idée est particulièrement vraie avec la peur du contact cutané ou vestimentaire car l'essence même de la masso-kinésithérapie est de soigner par les mains. Enfin, comme dans toute autre profession, a fortiori médicale, il est de notre devoir de ne pas porter de jugement ou encore d'affaiblir ou de rejeter un soin.

On pourrait également penser qu'une sensibilisation au VIH serait susceptible d'augmenter nos connaissances et que le contact avec une personne atteinte diminuerait nos aprioris. Cependant, cela n'est pas vérifié significativement dans notre étude mais ces résultats sont à considérer avec délicatesse. Effectivement, les étudiants n'ont été sensibilisés, en majorité, que par de simples affiches de prévention ou de courtes interventions au lycée. A cette période-là, les futurs étudiants en masso-kinésithérapie ne pensaient pas encore qu'ils seraient susceptibles de côtoyer des PPVIH dans leur profession. Il est donc possible qu'ils n'aient pas porté une grande attention à ces campagnes de sensibilisation. Enfin, seulement quarante-sept étudiants ont déjà été en contact avec un PPVIH. Notons qu'il serait alors intéressant de savoir si ces résultats traduiraient les mêmes constats à plus grande échelle.

4.4. Comparaison des résultats à la littérature

Divers facteurs rendent délicate la comparaison des résultats avec la littérature : l'inexistence d'études visant à comparer les connaissances et les représentations sur le VIH

chez des étudiants en masso-kinésithérapie; la non-validité antérieure de notre questionnaire; et la diversité des populations étudiées dans chaque étude.

Toutefois, nous pouvons identifier quelques analogies ou différences dans d'autres études. Tout d'abord, une première étude de Dalia Haroun (34), visant à déterminer les connaissances et représentations d'étudiants émiriens et étrangers issus d'un milieu non médical (n=2294). Cette étude montre, elle aussi, que la transmission de la mère à l'enfant est un mode de contamination encore mal connu (Fig.2). Nous pouvons aussi constater que, contrairement à l'étude émirienne, notre étude montre que les hommes sont plus susceptibles, pour 55% d'entre eux et à l'inverse des femmes, de penser à tort qu'il existe un risque de transmission par une piqûre de moustique. Enfin, cette dernière étude prouve aussi que le niveau de stigmatisation diffère peu entre les sexes (Fig.9). Cependant, une seconde étude bostswanaise, citée en avant-propos, ne confirme pas ce résultat (31). Ensuite, de manière similaire à notre étude, cette étude africaine montre que 16% des étudiants ne savent pas qu'il est impossible de guérir de l'infection (Fig.2). Toujours dans ce même article, les auteurs remarquent eux aussi que l'âge des répondants n'est pas corrélé au niveau de connaissances et aux représentations (Fig.7). Une autre étude égyptienne (39), citée en avant-propos, évaluant les représentations des infirmiers et médecins (n=310) montre, comme dans notre étude, que moins de la moitié des prestataires de soins éviterait tout contact avec un PPVIH lors d'une prise en charge (Fig.11). Dans cette dernière étude 33,1% des infirmiers et 13,1% des médecins évoquent être inquiets à l'idée de toucher les habits d'un PPVIH, contre 9 % des étudiants de notre étude. De plus, une plus grande majorité des professionnels égyptiens pense que les patients sidéens ont eu un comportement irresponsable comparé aux résultats de notre étude (Fig.3).

4.5. Limites de notre étude

L'interprétation des résultats doit se faire dans certaines limites en raison du caractère inédit de cette étude et de l'inexistence d'une échelle validée visant à évaluer les connaissances et les stigmatisations auprès des masso-kinésithérapeutes.

De ce fait, nous avons réalisé notre enquête en nous inspirant de questionnaires visant à évaluer d'autres populations, qu'elles soient issues du milieu médical, paramédical ou autres. Aussi, à l'aide de notre propre expérience étudiante, nous avons estimé les situations que nous serions le plus à même de rencontrer. Par conséquent, nous ne sommes pas en mesure de savoir si cette étude s'applique à l'intégralité des étudiants français en masso-kinésithérapie ou si elle n'est pas soumise à des biais trop importants pour être ré-utilisée.

Ensuite, comme évoqué dans l'introduction et la discussion, notre étude questionne de manière délicate les étudiants sur leurs propres représentations par rapport à une population ou un sujet. Il est donc possible que les biais comportementaux influent de manière trop importante les résultats recueillis.

Enfin, nous n'avons pas pris soin de connaître la personnalité des répondants, de connaître leurs croyances, leur tolérance et leurs convictions qui leur sont propres. Il aurait été alors intéressant de proposer, en amont de notre étude, une auto-évaluation de chaque étudiant afin de recueillir leurs positions religieuses ou leurs influences. Cependant, une telle intrusion n'aurait probablement pas été appréciée de tous et ce malgré l'anonymat de l'enquête. De plus, des biais affectifs et de désirabilité sociale auraient pu s'ajouter à cette auto-évaluation et donc interférer, une nouvelle fois, sur nos interprétations.

4.6. Perspective d'avenir de notre étude

D'après notre étude, il semblerait que les connaissances aient un impact significatif sur les représentations du VIH et des PPVIH. Dans notre étude, la sensibilisation, réduite à des campagnes de prévention ou à de courtes interventions en milieu scolaire, ne semble pas impacter manifestement les connaissances et les représentations. Toutefois la littérature dément ce résultat. Ainsi, il serait intéressant de proposer aux étudiants des cours ou des travaux de santé publique dans l'optique d'acquérir des connaissances fondamentales sur la maladie. De la même manière, il serait nécessaire de leur faire parvenir les diverses idées reçues sur le VIH et les PPVIH afin de réduire les stigmatisations. Un exemple d'illustration visant à contrer les idées reçues est disponible en ANNEXE VII. Dans d'autres mesures, il serait judicieux de comparer les résultats de notre étude actuelle avec ceux d'une éventuelle autre étude ultérieure à ces travaux pédagogiques.

Enfin, il serait également intéressant de vérifier la similarité ou non de nos résultats en interrogeant des masseurs-kinésithérapeutes en exercice, qu'ils soient en milieu hospitalier, en centre de rééducation ou libéraux. Nous pourrions alors peut-être avoir un impact positif direct sur la qualité de prise en charge des PPVIH grâce à un support éducatif sur le VIH qui leur serait envoyé par la suite, dans le cas de résultats négatifs.

5. CONCLUSION

Le but de notre étude fut de réaliser un état des lieux des connaissances et des représentations sur le VIH des étudiants en masso-kinésithérapie de l'Institut Lorrain.

Grâce à nos recherches, nous avons établi que la kinésithérapie pouvait être un outil précieux. Effectivement, de part ses compétences, le masseur-kinésithérapeute est en première ligne pour améliorer la qualité de vie des PPVIH. De plus, son statut de professionnel de santé lui confère un rôle éducatif et préventif face à cette infection.

Dans la population générale ou en milieu de soins, les PPVIH sont victimes de stigmatisation : regards moralisateurs, médisance, peur du contact, rejet des soins ou encore prises de distance. La stigmatisation peut engendrer une baisse de la qualité des soins par les prestataires et une diminution de l'estime de soi et de l'adhérence thérapeutique chez les PPVIH. Ainsi, grâce à notre enquête, nous avons confirmé la présence de ces craintes chez les étudiants de l'ILFMK.

Malgré une grande disparité inter-étudiante, des lacunes de connaissances sur la pathologie ont été mises en avant. Quant aux représentations, la peur du contact, notable chez une majorité des étudiants, semble être un obstacle majeur dans leurs futures pratiques professionnelles.

Les résultats de notre étude ont également montré que le manque de connaissances était un indicateur significatif de stigmatisation. En effet, la majorité des répondants possédant le moins de connaissances ont porté le plus haut taux d'idées péjoratives sur la maladie et les sujets porteurs.

D'autres preuves ont démontré que les campagnes de sensibilisation menées en dehors de l'institut n'ont pas encore permis, significativement, d'augmenter les connaissances et de réduire les mauvaises représentations. Cependant, la littérature semble promouvoir ces campagnes de sensibilisation. Ainsi, il serait intéressant d'aménager des interventions, sous forme de cours ou de travaux en santé publique, afin de promouvoir l'acquisition de connaissances et d'abolir tant que possible les idées reçues. Dans d'autres mesures, la réitération de cette enquête pourrait être utile à la suite de ces interventions afin d'évaluer les possibles évolutions du savoir et des représentations des étudiants sur l'infection.

6. BIBLIOGRAPHIE

1. Organisation mondiale de la santé. VIH/sida [en ligne]. [consultée le 10 septembre 2019]. Disponible : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids>.
2. Organisation mondiale de la santé. Statistiques sanitaires mondiales 2014 [en ligne]. 2014. [consultée le 10 septembre 2019]. Disponible : https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/112816/WHO_HIS_HSI_14.1_fre.pdf;jsessionid=7128E5EA57A22EE073556F40603CCAB9?sequence=1.
3. Inserm. Sida et VIH [en ligne]. Nov 2018. [consultée le 12 novembre 2019]. Disponible: <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/sida-et-vih>.
4. Gallo, RC, Montagnier, L. The discovery of HIV as the cause of AIDS. *N Engl J Med*, 2003 ; 349(24): 2283-5.
5. He, H, Zhang, H, Ding, F, Lin, X, Zhou, Y, Xiao, J, Chen, F, huang, W, Dong, Y, Yang, Q. Risky sexual transmission behavior and its influencing factors among HIV-positive MSM population in Shanghai and Chengdu in China. *Zhonghua Liu Xing Bing Xue Za Zhi*, 2015 ; 36(3):254-8.
6. Attia, S, Egger, M, Muller, M, Zwahlen, M, Low, N. Sexual transmission of HIV according to viral load and antiretroviral therapy: systematic review and meta-analysis. *AIDS*, 2009 ; 23(11):1397-404.
7. Cresswell, FV, Ellis, J, Hartley, J, Sabin, CA, Orkin, C, Churchill DRI. A systematic review of risk of HIV transmission through biting or spitting: implications for policy. *HIV Med*, 2018.
8. Aspinall, EJ, Nambiar, D, Goldberg, DJ, Hickman, M, Weir, A, Van Velzen, E, Palmateer, N, Doyle, JS, Hellard, ME, Hutchinson, SJ. Are needle and syringe programmes associated with a reduction in HIV transmission among people who inject drugs: a systematic review and meta-analysis. *Int J Epidemiol*, 2014 ; 43(1):235-48.
9. Wariki, WMN, Ota, E, Mori, R, Wiysonge, CS, Horvath, H, Read, J. Interventions for preventing mother-to-child HIV transmission: protocol of an overview of systematic reviews. *BMJ Open*, 2017 ; 7(6).
10. Sida Info Service. où faire un test [en ligne]. Oct 2016. [consultée le 13 novembre 2019]. Disponible : <https://www.sida-info-service.org/ou-faire-un-test-de-depistage-du500/>.
11. vih.org. Dépistage du VIH: les autotests enfin disponibles [en ligne]. Sep 2015. [consultée la 13 novembre 2019]. Disponible : <https://vih.org/dossier/depistage-du-vih-les-autotests-enfin-disponibles/>.

12. HAS. Dépistage de l'infection par le VIH en France [en ligne]. Oct 2009. [consultée le 17 novembre 2019]. Disponible : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2009-10/synthese_depistage_vih_volet_2_vfv_2009-10-21_16-48-3_460.pdf.
13. Organisation mondiale de la santé. Thérapie antirétroviral et soins [en ligne]. [consultée le 17 novembre 2019]. Disponible : <https://www.who.int/hiv/topics/treatment/fr/>.
14. Organisation mondiale de la santé. 10 faits sur le VIH/sida [en ligne]. Nov 2017. [consultée le 17 novembre 2019]. Disponible : <https://www.who.int/features/factfiles/hiv/fr/>.
15. Fonner, VA, Daghli, SL, Kennedy, CE, Baggaley, R, O'Reilly, KR, Koechlin, FM, Rodolph, M, Hodges, I, Grant, RM. Effectiveness and safety of oral HIV preexposure prophylaxis for all populations. *AIDS*, 2016 ; 30(12):1973-83.
16. UCL. Positive voices national survey people living hiv [en ligne], [consultée le 22 novembre 2019]. Disponible : https://www.ucl.ac.uk/global-health/research/z-research/positive-voices-national-survey-people-living-hiv/pdfs/HIV_care.
17. Cherise, W, Stephen, J, Richard, D et al. Trend in multimorbidity among HIV+ adults in clinical care in the US. *Conference on retroviruses and opportunistic infections*, 2017 ; 13-16..
18. Vancampfort, D , Mugisha, J, De Hert, M, Probst, M, Firth, J, Gorczynski, P, Stubbs, B. Global physical activity levels among people living with HIV: a systematic review and meta-analysis. *Disabil Rehabil*, 2018 ; 40(4):388-397.
19. Pérez Chaparro, CGA, Zech, P, Schuch, F, Wolfarth, B, Rapp, M, Heissel, A. Effects of aerobic and resistance exercise alone or combined on strength and hormone outcomes for people living with HIV. A meta-analysis. *PLoS One*, 2018 ; 13(9).
20. Zech, P, Pérez-Chaparra, C, Schuch, F, Wolfarth, B, Rapp, M, Heissel, A. Effects of Aerobic and Resistance Exercise on Cardiovascular Parameters for People Living With HIV: A Meta-analysis. *J Assoc Nurses AIDS Care*, 2019 ; 30(2):186-205.
21. Jones, S, Man, WD, Gao W, Higginson IJ, Wilcock, A, Maddocks, M. Neuromuscular electrical stimulation for muscle weakness in adults with advanced disease. *Cochrane Database Syst Rev*, 2016.
22. O'Brien KK, Tynan AM, Nixon SA. Effectiveness of Progressive Resistive Exercise (PRE) in the context of HIV: systematic review and meta-analysis using the Cochrane Collaboration protocol. *BMC Infect Dis*, 2017 ; 17(1):268.
23. Poton R, Polito M, Farinatti P. Effects of resistance training in HIV-infected patients: A meta-analysis of randomised controlled trials. *J Sports Sci*, 2017 ; 35(24):2380-2389.

24. Gomes Neto, M. Conceição, CS, Oliveira, , Brites, C. Effects of Combined Aerobic and Resistance Exercise on Exercise Capacity, Muscle Strength and Quality of Life in HIV-Infected Patients: A Systematic Review and Meta-Analysis. PLoS One, 2015.
25. Leach, LL, Bassett, SH, Smithdorf, G, Andrews, BS, Travill, AL. A Systematic Review of the Effects of Exercise Interventions on Body Composition in HIV+ Adults. Open AIDS J, 2015 ; 9:66-79.
26. Ibenene, SC, Irem, FO, Ilonanusi, NI et al. Impact of physical exercises on immune function, bone mineral density, and quality of life in people living with HIV/AIDS: a systematic review with meta-analysis. BMC Infectious Diseases, 2019 ; 19(340).
27. Bigna, JJ, Kenne, AM, Asangbej, SL, Sibetcheu AT. Prevalence of chronic obstructive pulmonary disease in the global population with HIV: a systematic review and meta-analysis. Lancet Glob Health, 2018 ; 6(2).
28. Lima, AL, Godoy, AL, Oliveira, PR, et al. ORTHOPEDIC COMPLICATIONS IN HIV PATIENTS. Rev Bras Ortop, 2015 ; 44(3):186-90.
29. linternaute. Stigmatisation [en ligne]. [consultée le 08 décembre 2019]. Disponible : <https://www.linternaute.fr/dictionnaire/fr/definition/stigmatisation/>.
30. Rankin, WW, Brennan, S, Schell, E, Laviwa, J, Rankin, H.. The Stigma of Being HIV-Positive in Africa. PLoS Med, 2005 ; 2(8).
31. Marston HD, Dieffenbach CW, Fauci AS. Ending the HIV epidemic in the united states : closing the implementation gaps. aNN intern Med, 2018 ; 169(6):411-412.
32. Letshwenyo-Maruatona, SB, Madisa, M, Boitshwarelo, T, George-Kefilwe, B, Kingori, C, Ice, G, Bianco, JA, Marape, M, Haile, ZT. Association between HIV/AIDS knowledge and stigma towards people living with HIV/AIDS in Botswana. Afr J AIDS Res, 2019 ; 18(1):58-64.
33. Shacham, E, Rosenburg, N, Önen, NF, Donovan, MF, Overton, ET. Persistent HIV-related stigma among an outpatient US clinic population. Int J STD AIDS, 2015 ; 26(4):243-50.
34. Haroun, D, El Saleh, O, Wood, L, Mechli, R, Al Marzouqi, N, Anouti, S. Assessing Knowledge of, and Attitudes to, HIV/AIDS among University Students in the United Arab Emirates. Plos One, 2016 ; 11(2).
35. Sen, S, Nguyen, HD, Kim, SY, Aguilar J. HIV Knowledge, Risk Behavior, Stigma, and Their Impact on HIV Testing among Asian American and Pacific Islanders: A Review of Literature. Soc Work Public Health, 2017 ; 32(1):11-29.
36. MaK, WWS, Mo, PKH, Ma, GYK, Lam, MYY. Meta-analysis and systematic review of studies on the effectiveness of HIV stigma reduction programs. Soc Sci Med, 2017 ; 188:30-40.

37. Sekoni, AO, Gale, NK, Manga-Atangana, B, Bhadhuri A, Jolly K. The effects of educational curricula and training on LGBT-specific health issues for healthcare students and professionals: a mixed-method systematic review. *J Int AIDS Soc*, 2017 ; 20(1).
38. France info. Le manifestant filmé en train d'être frappé au sol crachait du sang au visage du policier, assure le syndicat Alliance. Jan 2020 [en ligne]. [consultée le 28 mars 2020]. Disponible : https://www.francetvinfo.fr/economie/transports/gilets-jaunes/le-manifestant-filme-en-train-d-etre-frappe-au-sol-crachait-du-sang-au-visage-du-policier-assure-le-syndicat-alliance_3792473.html.
39. Churcher S. Stigma related to HIV and AIDS as a barrier to accessing health care in Thailand: a review of recent literature. *WHO South East Asia J Public Health*, 2013 ; 2(1):12-22.
40. Kabbash, IA, Abo, Ali, EA, Elgendy, MM, Abdrabo, MM, Salem, HM, Gouda, MR, Elbasiony, YS, Elboshy, N, Hamed, M. HIV/AIDS-related stigma and discrimination among health care workers at Tanta University Hospitals, Egypt. *Environ Sci Pollut Res Int*, 2018 ; 25(31):30755-30762.
41. Sweeney SM, Valable P. The Association of HIV-Related Stigma to HIV Medication Adherence: A Systematic Review and Synthesis of the Literature. *AIDS Behav*, 2016 ; 20(1):29-50.
42. Katz, IT, Ryu, AE, Onuegbu, AG, Psaros, C, Weiser, SD, Bangsberg, DR, Tsai, AC. Impact of HIV-related stigma on treatment adherence: systematic review and meta-synthesis. *J Int AIDS Soc*, 2013.
43. Rueda, S, Mitra, S, Chen, S, Gogolishvili, D, Globberman, J, Chambers, L, Wilson, M, Logie CH, Shi, Q, Morassaei, S, Rourke, SB. Examining the associations between HIV-related stigma and health outcomes in people living with HIV/AIDS: a series of meta-analyses. *BMJ Open*, 2016 ; 6(7).
44. Mey, A, Plummer, D, Duke, S, Rogers, GD, O'Sullivan, M, Domberelli, A. Motivations and Barriers to Treatment Uptake and Adherence Among People Living with HIV in Australia: A Mixed-Methods Systematic Review. *AIDS Behav*, 2017 ; (2):352-385.
45. Shubber, Z, Mills, EJ, Nachega, JB, Vreeman, R, Freitas, M, Bock, P, Nsanzimana, S, Penazzato, M, Appolo, T, Doherty, M, Ford, N. Patient Reported Barriers to Adherence to Antiretroviral Therapy: A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLoS Med*, 2016 ; 13.
46. Hodgson, I, Plummer, ML, Konopka, SN, Colvin CJ, Jonas, E, Albertini, J, Amzel, A, Fogg KP. A systematic review of individual and contextual factors affecting ART initiation, adherence, and retention for HIV-infected pregnant and postpartum women. *PLoS One*, 2014 ; 9(11).
47. Bennett, DS, Traub, K, Mace, L, Juarascio, A, O'Hayer, C. Shame among people living with HIV: a literature review. *AIDS Care*, 2016 ; 28(1):87-91.
48. Vreeman RC, McCoy BM, Lee S. Mental health challenges among adolescents living with HIV. *J Int AIDS Soc*, 2017 ; 20.

49. Haines, C, Loades, ME, Coetzee, BJ, Hidgson, N. Which HIV-infected youth are at risk of developing depression and what treatments help? A systematic review focusing on Southern Africa. *Int J Adolesc Med Health*, 2019.
50. Pantelic, M, Shenderovich, Y, Cluver, L Boyes, M. Predictors of internalised HIV-related stigma. *Health Psychol Rev*, 2015 ; 9(4):469-90.
51. Amare, T. Getinet, W, Shumet, S Astrat, B. Prevalence and Associated Factors of Depression among PLHIV in Ethiopia: Systematic Review and Meta-Analysis, 2017. *AIDS Res Treat*, 2018 ; 28;2018.
52. PRB. La lutte contre la stigmatisation et la discrimination liées au SIDA [en ligne]. Oct 2002. [consultée le 20 mars 2020]. Disponible : <https://www.prb.org/laluttecontrelastigmatisationetladiscriminationlieesausida/>.
53. Nyblade, L, Jain, A, Benkirane, B et al. A brief, standardized tool for measuring HIV-related stigma among health facility staff: results of field testing in China, Dominica, Egypt, Kenya, Puerto Rico and St. Christopher & Nevis. *J Int AIDS Soc*, 2013.
54. Rutledge, SE, Whyte, J, Abell, N, Brown, KM, Cesnales, NI. Measuring Stigma Among Health Care and Social Service Providers: The HIV/AIDS Provider Stigma Inventory. *AIDS Patient Care STDS*, 2011 Nov ; 25(11):673-82.
55. Stein JA, Li L. Measuring HIV-related Stigma Among Chinese Service Providers: Confirmatory Factor Analysis of a Multidimensional Scale. *AIDS Behav*, 2008 ; 12(5):789-95.
56. Wagner, AC, Hart, TA, McShane, KE, Margoese, S, Todd, A. Health Care Provider Attitudes and Beliefs About People Living with HIV: Initial Validation of the Health Care Provider HIV/ AIDS Stigma Scale (HPASS). *AIDS Behav*, 2014 ; 18(12):2397-408.
57. Prospero O. Le réalisme avec degrés de certitude : Mesure et évaluation en éducation. 2015 ; 38(1):121-40.
58. Leclercq D. La connaissance partielle chez le patient : pourquoi et comment la mesurer. *Educ Thérapeutique Patient - Ther Patient Educ*. 2009 ; 1(2):S201-12.
59. SurveyMonkey. Qu'est-ce qu'une échelle de Likert [en ligne]. [consultée le 04 janvier 2020]. Disponible : <https://fr.surveymonkey.com/mp/likert-scale/>.
60. Butori R, Parguel B. Les biais de réponse - Impact du mode de collecte des données et de l'attractivité de l'enquêteur. *AFM*; 2010.
61. Cedip. Au service des compétences [en ligne]. Mai 2014 [consultée le 13 janvier 2020]. Disponible : <http://www.cedip.developpement-durable.gouv.fr/en-lignes-no-62-a1112.html>.

7. ANNEXES

ANNEXE I : Récapitulatif précis des articles utilisés dans l'avant-propos

	Banque de données	Auteur	Titre	Type	Date de publication
Littérature scientifique	Medline	William W Rankin, al	The stigma of Being HIV-positive in Africa	Journal	2005
Littérature scientifique	Medline	Shacham, al	Persistent HIV-related stigma among an outpatient US clinic population	Étude transversale	2015
Littérature scientifique	Medline	SB Letshwenyo, al	Association between HIV/AIDS knowledge and stigma towards people living with HIV/AIDS in Botswana.	Étude transversale	2019
Littérature scientifique	Medline	Mak WWS, al	Meta-analysis and systematic review of studies on the effectiveness of HIV stigma reduction programs	Méta-analyse	2017
Littérature scientifique	Medline	Kabbash IA, al	HIV/AIDS-related stigma and discrimination among health care workers at tanta University Hospitals, Egypt.	Étude transversale	2018
Littérature scientifique	Medline	Churcher S	Stigma related to HIV and AIDS as a barrier to accessing health care in Thailand: a review of recent literature	Revue de la littérature	2013
Littérature scientifique	Medline	Sweeney SM, al	The association of HIV-related stigma to HIV medication Adherence: A systematic review and synthesis of the literature	Revue systématique	2016
Littérature scientifique	Medline	Katz IT, al	Impact of HIV-related stigma on treatment adherence: systematic review and meta-synthesis	Revue systématique	2013
Littérature scientifique	Medline	Rueda S, al	Examining the associations between HIV-related stigma and health outcomes in people living with HIV/AIDS: a series of meta-analyses	Méta-analyse	2016

Littérature scientifique	Medline	Amare T, al	Prevalence and associated factors of depression among PLHIV in Ethiopia; Systematic review and meta analysis, 2017	Méta-analyse et revue systématique	2018
Littérature scientifique	Medline	Sekoni AO, al	The effect of educational curricula and training on LGBT-specific health issues for health care students and professionals: a mixed method systematic review	Revue systématique	2017
Littérature scientifique	Medline	Mey A, al	Motivations and barriers to treatment uptake and adherence among people living with HIV in Australia	Revue systématique	2017
Littérature scientifique	Medline	Sen S, al	HIV knowledge, risk behavior, stigma and their impact on HIV testing among Asian American and Pacific Islanders	Revue de la littérature	2017
Littérature scientifique	Medline	Hodgson I, al	Une revue systématique des facteurs individuels et contextuels affectant l'initiation, l'observance et la rétention du traitement ARV chez les femmes enceintes infectées par le VIH	Revue systématique	2014
Littérature scientifique	Medline	Vreeman RC, al	Mental health challenges among adolescents living with HIV	-	2017
Littérature scientifique	Medline	Haines C, al	Which HIV-infected youth are at risk of developing depression and what treatment help ?	Revue systématique	2019
Littérature scientifique	Medline	Shubber Z, al	Patient-reported barriers to adherence to antiretroviral therapy	Revue systématique et Méta-analyse	2016
Littérature scientifique	Medline	Bennett DS, al	Shame among people living with HIV	Revue de la littérature	2016
Littérature scientifique	Medline	Pantelic M, al	Predictors of internalised HIV-related stigma	Revue systématique	2015
Littérature scientifique	Pedro	Jones S, al	Neuromuscular electrical stimulation for muscle weakness in adults with advanced disease (Cochrane review)	Revue systématique	2016

Littérature scientifique	Pedro	Ibene SC, al	Impact of physical exercises on immune function, bone mineral density, and quality of life in people living with HIV/AIDS : a systematic review with meta-analysis	Revue systématique	2019
Littérature scientifique	Pedro	Perez Chaparro CGA, al	Effects of aerobic and resistance exercise alone or combined on strength and hormone outcomes for people living with HIV -- a meta-analysis	Méta-analyse	2018
Littérature scientifique	Pedro	O'Brien KK, al	Effectiveness of progressive resistive exercise (PRE) in the context of HIV: systematic review and meta-analysis using the Cochrane Collaboration protocol	Revue systématique	2017
Littérature scientifique	Pedro	Poton R, al	Effects of resistance training in HIV-infected patients: a meta-analysis of randomised controlled trials	Méta-analyse	2017
Littérature scientifique	Pedro	Zech P, al	Effects of aerobic and resistance exercise on cardiovascular parameters for people living with HIV: a meta-analysis	Méta-analyse	2019
Littérature scientifique	Pedro	Gomes Neto M, al	Effects of combined aerobic and resistance exercise on exercise capacity, muscle strength and quality of life in HIV-infected patients: a systematic review and meta-analysis	Méta-analyse	2015
Littérature scientifique	Pedro	Leach LL, al	A systematic review of the effects of exercise interventions on body composition in HIV+ adults	Revue systématique	2015

ANNEXE II : Légende de l'ANNEXE I

Thèmes	Equation de recherche	Banque de données	Filtre(s)	Article(s) trouvé(s)	Article(s) retenu(s)
Connaissances liées à la stigmatisation	"HIV AND stigma* AND Knowledge AND healthcare"	Medline	5 ans + revue	36	5
Adhérence au traitement	"HIV-related Stigma AND treatment Adherence"	Medline	5 ans + revue	13	4
Conséquences de la stigmatisation sur les PPVIH	"HIV AND mental disorder AND stigma"	Medline	5 ans + revue	33	2
Dépression et VIH	"HIV AND stigma AND depression"	Medline	5 ans + revue	22	6
Masso-Kinésithérapie/VIH	"HIV"	PEdro	5 ans	31	8
Autres	-	PEdro/ Medline	-	-	6

ANNEXE III : Questionnaire distribué aux étudiants

Enquête sur les connaissances et opinions des étudiants en masso-kinésithérapie sur le VIH/SIDA.

Etudiant de 4^e année à l'ILFMK de Nancy, je réalise dans le cadre de mon mémoire un questionnaire destiné aux étudiants en masso-kinésithérapie de l'ILFMK, afin d'identifier leurs connaissances ainsi que leurs représentations à propos du VIH et des patients porteurs du VIH (PPVIH). La finalité du projet est l'amélioration des connaissances et de la prise en charge de ces patients par les masseurs-kinésithérapeutes.

Ce questionnaire est anonyme et nécessite moins de 10 minutes pour être rempli.

Veuillez cocher votre réponse.

Je vous remercie par avance pour votre implication.

Ce questionnaire ne doit pas être diffusé.

Pour toutes questions complémentaires, vous pouvez me contacter à cette adresse: lucas88390@live.fr

Identification

1. Sexe :

- Homme

- Femme

2. Quel âge avez-vous ?

3. Quelle est votre année d'étude en masso-kinésithérapie (K1/K2/K3/K4) ?

4. Avez-vous déjà été sensibilisé(e) et/ou informé(e) par rapport au VIH ? Si oui veuillez indiquer dans quel cadre.

- Oui

- Non

6. Avez-vous déjà été en contact avec une personne ou un patient porteur du VIH ? Si oui veuillez indiquer dans quel cadre ?

- Oui

- Non

Commentaire(s) libre(s): (A remplir après le questionnaire)

Questionnaire de connaissances

Modalités de réponses :

- 0** : Je suis certain(e) que la proposition est fausse.
- 1** : Je suis quasiment sûr(e) que la proposition est fausse.
- 2** : Je suis quasiment sûr(e) que la proposition est juste.
- 3** : Je suis certain(e) que la proposition est juste.

	0	1	2	3
Q1. Aujourd'hui dans le monde, le VIH a causé le décès de plus de 35 millions de personnes depuis le début de l'épidémie.				
Q2. Aujourd'hui, le nombre de personnes infectées par le VIH en France est d'environ 20 000 cas.				
Q3. Le nombre de personnes ne connaissant pas leur statut séropositif diminue fortement ces dernières années en France.				
Q4. A l'échelle mondiale le VIH est la 3 ^{ème} causes de décès prématurés.				
Q5. VIH signifie virus d'immunodéficience humaine.				
Q6. Il existe différents types de VIH.				
Q7. Le VIH est la conséquence de la maladie du SIDA.				
Q8. Il est possible d'avoir le VIH sans avoir le SIDA.				
Q9. Le VIH est un virus qui s'attaque directement au système nerveux.				
Q10. Le VIH est un virus qui va diminuer progressivement les défenses immunitaires.				
Q11. Le VIH peut se transmettre par le sang.				
Q12. Le VIH peut se transmettre par le lait maternel.				
Q13. Le VIH peut se transmettre par la salive.				
Q14. Le VIH peut se transmettre par une pique de moustique.				
Q15. Le VIH peut se transmettre par rapport sexuel.				
Q16. Le risque de transmission est plus important pour le VIH que l'hépatite B.				
Q17. En France, la seule façon de se faire dépister est de se rendre dans un laboratoire d'analyses médicales.				
Q18. Le retard de dépistage n'est pas un facteur prédictif de l'évolution de la maladie.				
Q19. Aujourd'hui grâce aux traitements antirétroviraux (ARV) il est possible de guérir de cette infection.				
Q20. La prophylaxie pré-exposition est un médicament visant à diminuer les effets secondaires du traitement antirétroviral.				

Questionnaire sur vos propres représentations

Modalités de réponses :

- 0** : Pas du tout d'accord. **1** : Plutôt pas d'accord.
2 : Plutôt d'accord. **3** : Tout à fait d'accord.

	0	1	2	3
A1. La majorité des sujets porteurs du VIH (PPVIH) prennent de la drogue.				
A2. La majorité des PPVIH ont des rapports homosexuels.				
A3. Je préfère prendre en charge un patient séropositif qui a été infecté par accident plutôt qu'un consommateur de drogues.				
A4. Je préfère prendre en charge un patient séropositif qui a été infecté par accident plutôt qu'un patient homosexuel.				
A5. Je pense que les PPVIH peuvent représenter une menace pour les autres personnes.				
A6. La majorité des PPVIH ont un comportement irresponsable.				
A7. Si un PPVIH me confie sa séropositivité je vais certainement en parler à ma famille et/ou mes collègues.				
A8. Un patient me confie sa séropositivité lors de la seconde séance de renforcement musculaire en groupe, il est préférable de le réorienter vers des séances individuelles.				
A9. Les PPVIH ne devraient pas bénéficier des mêmes soins que les autres patients.				
A10. Lors d'un massage pour un PPVIH je suis susceptible d'utiliser des précautions, comme l'utilisation d'une paire de gants.				
A11. Le fait de toucher directement la peau d'un PPVIH sans protection m'est indifférent.				
A12. Si je prends en charge un PPVIH je suis susceptible d'essayer d'éviter tout contact direct.				
A13. Le fait de toucher les habits d'un PPVIH me met mal à l'aise.				
A14. Il me serait difficile de ne pas modifier mon attitude si un patient m'annonce sa séropositivité pendant une séance.				
A15. Si je dois donner une information à un PPVIH, je vais certainement mettre plus de distance physique comparé à un patient séronégatif.				
A16. Si je sais ou soupçonne qu'un patient est séropositif, je suis plus susceptible de le faire attendre dans le hall ou dans la salle d'attente.				
A17. Si je prends en charge un PPVIH je suis plus susceptible de le laisser travailler en autonomie comparé à un autre patient séronégatif venant pour les mêmes soins.				
A18. Si j'ai le choix, je préfère que mes collègues s'occupent des PPVIH.				
A19. Si j'ai le choix, je préfère prendre en charge un patient porteur d'hépatite plutôt que des PPVIH.				
A20. Je préfère ne pas prendre en charge un PPVIH.				

ANNEXE IV : Récapitulatif précis de la population

Age	Hommes	Femmes	K1	K2	K3	K4	Sensibilisé	Non sensibilisé	En contact	Non en contact
18	3	6	9	0	0	0	7	2	0	9
19	14	20	33	1	0	0	31	3	0	34
20	19	30	30	16	3	0	43	6	4	45
21	20	42	6	31	24	1	50	11	9	53
22	26	40	2	10	33	21	51	16	12	54
23	11	24	1	1	6	27	25	10	11	24
24	8	4	1	1	2	8	9	3	1	11
25	5	2	1	2	2	2	7	0	3	4
26	0	1	0	1	0	0	1	0	0	1
27	3	3	0	1	2	3	5	1	2	4
28	5	0	1	1	1	2	5	0	2	3
29	1	0	0	0	0	1	1	0	1	0
30	1	1	0	0	2	0	2	0	0	2
31	1	0	1	0	0	0	1	0	1	0
35	0	1	0	0	0	1	1	0	0	1
38	0	1	0	0	0	0	1	0	0	1
42	1	0	0	1	0	1	1	0	0	1
47	0	1	0	0	1	0	1	0	1	0
48	0	1	0	0	1	0	1	0	0	1
Total	118	177	85	66	77	67	243	53	47	248
%	40	60	28,8	22,4	26,1	22,7	82,4	18	15,9	84

ANNEXE V : Effet du contact sur les connaissances

TEST T PARAMÉTRIQUE >>> LE CONTACT A UN EFFET SUR LES CONNAISSANCE DE PRISE EN CHARGE

		Test de Levene sur l'égalité des variances		Test-t pour égalité des moyennes						
		F	Sig.	t	ddl	Sig. (bilatérale)	Différence moyenne	Différence écart-type	Intervalle de confiance 95% de la différence	
									Inférieure	Supérieure
Somme_Def	Hypothèse de variances égales	,012	,912	-1,782	293	,076	-1,120	,629	-2,357	,117
	Hypothèse de variances inégales			-1,785	64,113	,082	-1,120	,635	-2,388	,148
Somme_Physio	Hypothèse de variances égales	,917	,339	-,790	293	,430	-,262	,331	-,913	,390
	Hypothèse de variances inégales			-,686	58,046	,495	-,262	,381	-1,025	,502
Somme_Epidémio	Hypothèse de variances égales	3,056	,081	-1,022	293	,308	-,437	,428	-1,279	,405
	Hypothèse de variances inégales			-1,101	69,539	,275	-,437	,397	-1,229	,355
Somme_PEC	Hypothèse de variances égales	,071	,790	-2,501	293	,013	-1,482	,593	-2,648	-,316
	Hypothèse de variances inégales			-2,429	63,049	,018	-1,482	,610	-2,701	-,263
Somme_Transm	Hypothèse de variances égales	1,252	,264	-,859	293	,391	-,614	,714	-2,019	,792
	Hypothèse de variances inégales			-,784	60,048	,436	-,614	,783	-2,160	,952

TEST DE MANN-WHITNEY NON PARAMÉTRIQUE >>> MÊME RÉSULTAT

	Somme_Def	Somme_Physio	Somme_Epidémio	Somme_PEC	Somme_Transm
U de Mann-Whitney	4970,500	5165,500	5353,000	4481,000	5275,500
W de Wilcoxon	35846,500	36041,500	36229,000	35357,000	36151,500
Z	-1,617	-1,293	-,909	-2,546	-1,041
Signification asymptotique (bilatérale)	,106	,196	,364	,011	,298

* L'arrière-plan jaune montre les résultats significatifs.

ANNEXE VI : Effet du sexe sur les connaissances

TEST T PARAMÉTRIQUE >>> LE SEXE INTERVIENT SUR LES CONNAISSANCE EN PHYSIOPATHOLOGIE ET SUR L'ÉPIDÉMOLOGIE

		Test de Levene sur l'égalité des variances		Test-t pour égalité des moyennes						
		F	Sig.	t	ddl	Sig. (bilatérale)	Différence moyenne	Différence écart-type	Intervalle de confiance 95% de la différence	
									Inférieure	Supérieure
Somme_Def	Hypothèse de variances égales	,850	,357	,144	293	,886	,068	,472	-,861	,997
	Hypothèse de variances inégales			,143	246,638	,886	,068	,474	-,867	1,002
Somme_Physio	Hypothèse de variances égales	,545	,461	2,773	293	,006	,678	,244	,197	1,159
	Hypothèse de variances inégales			2,796	257,898	,006	,678	,242	,200	1,155
Somme_Epidémi	Hypothèse de variances égales	,928	,336	3,484	293	,001	1,093	,314	,476	1,711
	Hypothèse de variances inégales			3,508	256,802	,001	1,093	,312	,480	1,707
Somme_PEC	Hypothèse de variances égales	,000	,993	-,619	293	,536	-,277	,447	-,1157	,603
	Hypothèse de variances inégales			-,626	260,587	,532	-,277	,442	-,1147	,593
Somme_Transm	Hypothèse de variances égales	,181	,671	-,1684	293	,093	-,895	,532	-,1942	,151
	Hypothèse de variances inégales			-,1681	249,283	,094	-,895	,533	-,1945	,154

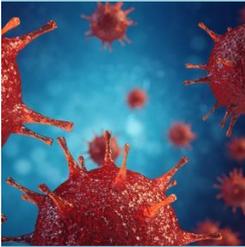
TEST DE MANN-WHITNEY NON PARAMÉTRIQUE >>> MÊME RÉSULTAT

	Somme_Def	Somme_Physio	Somme_Epidémi	Somme_PEC	Somme_Transm
U de Mann-Whitney	10385,000	8422,000	7861,000	9932,500	9334,000
W de Wilcoxon	26138,000	24175,000	23614,000	16953,500	16355,000
Z	-,082	-,2946	-,3689	-,721	-,1561
Signification asymptotique (bilatérale)	,935	,003	,000	,471	,119

* L'arrière-plan jaune montre les résultats significatifs.

ANNEXE VII : Poster de sensibilisation à la stigmatisation liée au VIH en masso-kinésithérapie

La stigmatisation, le VIH et la masso-kinésithérapie



Quelles peuvent être les conséquences si je stigmatise un patient porteur du VIH ?

Le traitement médicamenteux du VIH, en 2020, reste très efficace pour améliorer la durée et la qualité de vie des patients porteurs de l'infection. Cependant, il demande une grande observance. Or, il a été prouvé que la stigmatisation d'un professionnel de santé, à l'égard d'un patient séropositif, diminue cette dernière. A toi de te poser les bonnes questions : en 2020, est-ce la guérison du VIH ou la diminution de la stigmatisation le véritable enjeu ?

Quelques champs d'actions du MK face à l'infection :

- Le renforcement musculaire et le ré-entraînement à l'effort.
- La rééducation respiratoire.
- Le traitement de la douleur.
- L'éducation, la prévention et la formation.

...

Le SIDA se transmet par le sang et les contacts sexuels. **L'information** se transmet par la bouche, les oreilles et les yeux. **La solidarité et la confiance** se transmettent par le cœur.



Quelques idées reçues sur le VIH/ SIDA :

- Si je laisse un patient aller dans les toilettes de mon cabinet il risque de contaminer d'autres patients. **FAUX**
- Le VIH se transmet par des expectorations. **FAUX**
- Le VIH se transmet par contact cutané. **FAUX**
- En 2020, il est possible de guérir du VIH/SIDA. **FAUX**
- En France, en 2020, la prévalence du VIH est en déclin. **FAUX**
- La majorité des personnes séropositives sont homosexuelles ou toxicomanes. **FAUX**



Sources du poster :

- **Citation:** Inspiré de Philippe Geluck (2006)
- **Image du virus:** Idées reçues sur le SIDA - 10 choses savoir sur le VIH. [Illustration]. Doctissimo, 2017. https://www.google.com/search?q=Le-VIH-peut-etre-maitrise-mais-le-Sida-reste-une-maladie-mortelle.jpg&sxsrf=ALeKk02kpMoZjS4pOCHGcbTw-4STpEOIag:1586011017452&source=lnms&tbn=isch&sa=X&ved=2ahUKEwjMhLi6_87oAhXj8eAKHUmRdy0Q_AUoAnoECAgQBA&biw=1280&bih=721#imgrc=aTM8Ekn9-Trk5M.
- **Image sur les idées reçues:** Roussel, Jane. Journée mondiale du Sida : une campagne contre la stigmatisation. [Illustration]. Top santé. 1 dec 2018. <https://www.topsante.com/medecine/maladies-infectieuses/vih-sida/journee-mondiale-du-sida-une-campagne-contre-la-stigmatisation-629462>.
- **Image sur le poids des regards lié à la stigmatisation:** Enrayer la stigmatisation. [Illustration]. CATIE, 2017. <https://www.catie.ca/fr/visionpositive/ete-2017/enrayer-stigmatisation>.

Enquête sur les connaissances et représentations des étudiants masseurs-kinésithérapeutes relatives au virus d'immunodéficience humaine et aux patients porteurs de ce virus

Introduction : en France, plus de cent soixante-dix mille personnes vivent avec le VIH, ce qui constitue un véritable problème de santé publique. La kinésithérapie peut avoir un rôle dans l'amélioration de la qualité de vie des patients porteurs du VIH. Néanmoins, la stigmatisation liée au VIH des soignants et l'auto-stigmatisation des patients eux-mêmes contribuent à une baisse de la qualité des soins, un retard de dépistage et une diminution de l'adhérence thérapeutique. Le manque de connaissances sur le VIH provoque cette stigmatisation. Ainsi, notre étude a pour objectif d'évaluer les connaissances et les représentations des étudiants de l'Institut Lorrain de Formation en Masso-Kinésithérapie vis-à-vis de cette infection.

Matériel et méthode : nous avons confectionné deux questionnaires : l'un interrogeant les étudiants sur leurs connaissances de la maladie, l'autre sur leurs représentations. D'une part nous espérons connaître le niveau de savoirs de chacun quant à l'infection et, d'autre part, quelles sont les possibles craintes et stigmatisations des étudiants vis-à-vis des patients porteurs du VIH.

Résultats : deux cent-quatre-vingt-quinze étudiants de l'ILFMK ont été inclus dans notre étude. Dans la majorité des cas, le degré de stigmatisation est associé au niveau de connaissances relatives au VIH. Les connaissances épidémiologiques et de dépistage semblent être les points les moins connus. A contrario, les voies de transmission ainsi que la physiopathologie de l'infection sont acquises par une majorité des répondants. Le rejet des soins et le jugement des patients porteurs du VIH ne sont présents que chez une mince partie des étudiants, contrairement à la peur du contact.

Discussion : nous interrogeons les étudiants sur un sujet sensible, leurs propres opinions sur une maladie et une population. Il est alors légitime de se demander si leurs réponses sont honnêtes ou soumises à un biais de désirabilité sociale. Cependant, nos résultats tendent à montrer qu'un manque de connaissances pousse à la stigmatisation. Il serait alors habile de produire des supports pédagogiques et de réitérer cette étude sur une génération suivante d'étudiants, après les avoir formés sur cette pathologie afin de voir s'il subsiste autant d'idées reçues.

Mots-clés : connaissance, masso-kinésithérapie, SIDA, stigmatisation, VIH.

Study on the knowledge and representation of physiotherapist students towards the human immunodeficiency virus and people living with the virus

Intro : in France, more than one hundred and seventy-thousand individuals are HIV positive, aware or not of their status, which constitutes a real public health challenge. Physiotherapy is a major asset in the improvement of the living conditions of those with HIV. Self-stigmatization and stigmatization of patients by health care providers leads to a decrease of the quality of health services provided, therapeutic adherence as well as a late screening. Stigmatization usually arises from a lack of knowledge about this Immunodeficiency Virus. The purpose of our study is to evaluate the knowledge and understanding towards this virus of the students of the 'Institut Lorrain de Formation en Masso-Kinésithérapie' (ILFMK).

Material and method : we carried out two surveys: one dealing with the students knowledge on the subject, and another dealing with their own possible stereotypes. On one hand, those answers will allow us to have an overview of their different knowledge acquired on the HIV, and on the other hand to identify their fear and stigma linked to HIV, that may occur from a misunderstanding or lack of awareness.

Results : two hundred ninety-five students have participated in our study. In most cases, it has been shown that their stigma were linked to a lack of knowledge regarding the HIV. Moreover, the misunderstanding of epidemiology and screening of the infection were frequent among students. Conversely however, the knowledge of the HIV transmission and the pathophysiology of the infection were satisfactory. Medical care rejection and judgment of HIV positive patients by the future health-care providers of the ILFMK was scarce contrary to the fear of contact which was much more important.

Discussion : as the students participated anonymously on a subject where they delivered their own perceptions on infected patients, on a potentially sensitive subject, won't it be legitimated to ask ourselves if their answers were truly honest or if they might just be the effect of social desirability bias? In this regard, survey findings helped to show that it is the lack of awareness which led to stigma. That being said, it would be interesting to reiterate this study after giving the students all the information they need to get a deeper knowledge of the HIV, so that we could truly know if their own conceptions of HIV are being shaped by misconceptions.

Key Words : knowledge, physiotherapy, AIDS, stigma, HIV.