



Faculté de Médecine et d'Odonto- Stomatologie

ANNEE UNIVERSITAIRE : 2011-2012

N °/

TITRE

**Etude sur les facteurs de fragilités et
de vulnérabilités des femmes face au
VIH/SIDA (cas de quatre communes
rurales de KAYES)**

THESE

*Présentée et soutenue publiquement le 20 Juillet 2012
devant le jury de la faculté de médecine et d'Odonto-Stomatologie du Mali.*

Par Mlle. Rokiatou DIARRA

**Pour obtenir le grade de docteur en médecine
(DIPLÔME D'ETAT)**

JURY

Président: *Professeur Abdoulaye Ag RHALY*

Membre: *Professeur Bouraima MAIGA*

Co-Directrice: *Dr Fatoumata TRAORE*

Directeur de thèse: *Professeur Mamadou Marouf KEITA*

FACULTE DE MEDECINE, DE PHARMACIE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE

ANNEE UNIVERSITAIRE 2011 - 2012

ADMINISTRATION

DOYEN : ANATOLE TOUNKARA - PROFESSEUR

1^{er} ASSESSEUR : BOUBACAR TRAORE - MAITRE DE CONFERENCES

2^{ème} ASSESSEUR : IBRAHIM I. MAIGA - PROFESSEUR

SECRETAIRE PRINCIPAL : IDRISSE AHMADOU CISSE - MAITRE DE CONFERENCES

AGENT COMPTABLE : MADAME COULIBALY FATOUMATA TALL - CONTROLEUR DES FINANCES

LES PROFESSEURS HONORAIRES

Mr Alou BA	Ophtalmologie †
Mr Bocar SALL	Orthopédie Traumatologie - Secourisme
Mr Yaya FOFANA	Hématologie
Mr Mamadou L. TRAORE	Chirurgie Générale
Mr Balla COULIBALY	Pédiatrie
Mr Mamadou DEMBELE	Chirurgie Générale
Mr Mamadou KOUMARE	Pharmacognosie
Mr Ali Nouhoum DIALLO	Médecine interne
Mr Aly GUINDO	
Mr Mamadou M. KEITA	Pédiatrie
Mr Siné BAYO	Anatomie-Pathologie-Histoembryologie
Mr Sidi Yaya SIMAGA	Santé Publique

Gastr

Etude sur les facteurs de fragilités et de vulnérabilités des femmes face au VIH/SIDA (cas de quatre communes rurales de KAYES)

Mr Abdoulaye Ag RHALY	Médecine Interne
Mr Boulkassoum HAIDARA	Législation
Mr Boubacar Sidiki CISSE	Toxicologie
Mr Massa SANOGO	Chimie Analytique
Mr Sambou SOUMARE	Chirurgie Générale
Mr Sanoussi KONATE	Santé Publique
Mr Abdou Alassane TOURE	Orthopédie - Traumatologie
Mr Daouda DIALLO	Chimie Générale & Minérale
Mr Issa TRAORE	Radiologie
Mr Mamadou K. TOURE	Cardiologie
Mme SY Assitan SOW	Gynéco-Obstétrique
Mr Salif DIAKITE	Gynéco-Obstétrique
Mr Moussa HARAMA	Chimie Organique
Mr Amadou DIALLO	Biologie
Mr Abdel Karim KOUMARE	Chirurgie Générale
Mr Mamadou L. DIOMBANA	Stomatologie

LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT PAR D.E.R. & PAR GRADE

D.E.R. CHIRURGIE ET SPECIALITES CHIRURGICALES

1. PROFESSEURS

Mr Kalilou OUATTARA	Urologie
Mr Amadou DOLO	Gynéco Obstétrique

Etude sur les facteurs de fragilités et de vulnérabilités des femmes face au VIH/SIDA (cas de quatre communes rurales de KAYES)

Mr Alhousseini Ag MOHAMED	O.R.L.
Mr Djibril SANGARE	Chirurgie Générale
Mr Abdel Kader TRAORE Dit DIOP	Chirurgie Générale, Chef de D.E.R
Mr Gangaly DIALLO	Chirurgie Viscérale
Mme TRAORE J. THOMAS	Ophtalmologie
Mr Nouhoum ONGOIBA	Anatomie & Chirurgie Générale

2. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Abdoulaye DIALLO	Ophtalmologie
Mr. Mamadou TRAORE	Gynéco-Obstétrique
Mr Filifing SISSOKO	Chirurgie Générale
Mr Sékou SIDIBE	Orthopédie. Traumatologie
Mr Abdoulaye DIALLO	Anesthésie - Réanimation
Mr Tiéman COULIBALY	Orthopédie Traumatologie
Mr Sadio YENA	Chirurgie Thoracique
Mr Youssouf COULIBALY	Anesthésie – Réanimation
Mr Zimogo Zié SANOGO	Chirurgie Générale
Mr Mohamed KEITA	ORL
Mr Mady MACALOU	Orthopédie/Traumatologie
Mr Ibrahim ALWATA	Orthopédie - Traumatologie
Mr Sanoussi BAMANI	Ophtalmologie
Mr Tiemoko D. COULIBALY	Odontologie
Mme Diénéba DOUMBIA	Anesthésie/Réanimation
Mr Bouraïma MAIGA	Gynéco/Obstétrique

Etude sur les facteurs de fragilités et de vulnérabilités des femmes face au VIH/SIDA (cas de quatre communes rurales de KAYES

Mr Niani MOUNKORO

Mr Zanafon OUATTARA

Mr Adama SANGARE

Mr Aly TEMBELY

Mr Samba Karim TIMBO

Mr Souleymane TOGORA

Mr Lamine TRAORE

Mr Issa DIARRA

Urologie

Orthopédie - Traumatologie

Urologie

ORL

Odontologie

Ophtalmologie

Gynéco-Obstétrique

3. MAITRES ASSISTANTS

Mr Youssouf SOW

Mr Djibo Mahamane DIANGO

Mr Moustapha TOURE

Mr Mamadou DIARRA

Mr Boubacary GUINDO

Mr Moussa Abdoulaye OUATTARA

Mr Birama TOGOLA

Mr Bréhima COULIBALY

Mr Adama Konoba KOITA

Mr Adégné TOGO

Mr Lassana KANTE

Mr Mamby KEITA

Mr Hamady TRAORE

Mme Fatoumata SYLLA

Mr Drissa KANIKOMO

Mme Kadiatou SINGARE

Chirurgie Générale

Anesthésie-réanimation

Gynécologie

Ophtalmologie

ORL

Chirurgie Générale

Chirurgie Générale

Chirurgie Générale

Chirurgie Générale

Chirurgie Générale

Chirurgie Générale

Chirurgie Pédiatrique

Odonto-Stomatologie

Ophtalmologie

Neuro Chirurgie

ORL-Rhino-Laryngologie

Etude sur les facteurs de fragilités et de vulnérabilités des femmes face au VIH/SIDA (cas de quatre communes rurales de KAYES

Mr Nouhoum DIANI	Anesthésie-Réanimation
Mr Aladji Seïdou DEMBELE	Anesthésie-Réanimation
Mr Ibrahima TEGUETE	Gynécologie/Obstétrique
Mr Youssouf TRAORE	Gynécologie/Obstétrique
Mr Lamine Mamadou DIAKITE	Urologie
Mme Fadima Koréïssy TALL	Anesthésie Réanimation
Mr Mohamed KEITA	Anesthésie Réanimation
Mr Broulaye Massaoulé SAMAKE	Anesthésie Réanimation
Mr Yacaria COULIBALY	Chirurgie Pédiatrique
Mr Seydou TOGO	Chirurgie Thoracique et Cardio Vasculaire
Mr Tioukany THERA	Gynécologie
Mr Oumar DIALLO	Neurochirurgie
Mr Boubacar BA	Odontostomatologie
Mme Assiatou SIMAGA	Ophtalmologie
Mr Seydou BAKAYOKO	Ophtalmologie
Mr Sidi Mohamed COULIBALY	Ophtalmologie
Mr Adama GUINDO	Ophtalmologie
Mme Fatimata KONANDJI	Ophtalmologie
Mr Hamidou Baba SACKO	ORL
Mr Siaka SOUMAORO	ORL
Mr Honoré jean Gabriel BERTHE	Urologie
Mr Drissa TRAORE	Chirurgie Générale
Mr Bakary Tientigui DEMBELE	Chirurgie Générale
Mr Koniba KEITA	Chirurgie Générale
Mr Sidiki KEITA	Chirurgie Générale
Mr Soumaïla KEITA	Chirurgie Générale

Etude sur les facteurs de fragilités et de vulnérabilités des femmes face au VIH/SIDA (cas de quatre communes rurales de KAYES

Mr Alhassane TRAORE

Chirurgie Générale

4. Assistant

Mr Drissa TRAORE

Anatomie

D.E.R. DE SCIENCES FONDAMENTALES

1. PROFESSEURS

Mr Ogobara DOUMBO

Parasitologie – Mycologie

Mr Yénimégué Albert DEMBELE

Chimie Organique

Mr Anatole TOUNKARA

Immunologie

Mr Bakary M. CISSE

Biochimie

Mr Abdourahamane S. MAIGA

Parasitologie

Mr Adama DIARRA

Physiologie

Mr Mamadou KONE

Physiologie

Mr Sékou F.M. TRAORE

Entomologie Médicale, **Chef de D.E.R.**

Mr Ibrahim I. MAIGA

Bactériologie – Virologie

Mr Amagana DOLO

Parasitologie

Mr Abdoulaye DABO

Malacologie, Biologie Animale

2. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Amadou TOURE

Histoembryologie

Mr Flabou BOUGOUDOGO

Bactériologie-Virologie

Mr Mahamadou CISSE

Biologie

Etude sur les facteurs de fragilités et de vulnérabilités des femmes face au VIH/SIDA (cas de quatre communes rurales de KAYES)

Mr Mahamadou A. THERA	Parasitologie -Mycologie
Mr Moussa Issa DIARRA	Biophysique
Mr Mouctar DIALLO	Biologie Parasitologie
Mr Djibril SANGARE	Entomologie Moléculaire Médicale
Mr Boubacar TRAORE	Parasitologie Mycologie
Mr Mounirou BABY	Hématologie
Mr Guimogo DOLO	Entomologie Moléculaire Médicale
Mr Kaourou DOUCOURE	Biologie
Mr Lassana DOUMBIA	Chimie Organique
Mr Abdoulaye TOURE	Entomologie Moléculaire Médicale
Mr Cheik Bougadari TRAORE	Anatomie-Pathologie
Mr Souleymane DIALLO	Bactériologie-Virologie
Mr Bouréma KOURIBA	Immunologie

3. MAITRES ASSISTANTS

Mr Mahamadou DIAKITE	Immunologie – Génétique
Mr Bakarou KAMATE	Anatomie Pathologie
Mr Bakary MAIGA	Immunologie
Mr Bokary Y. SACKO	Biochimie

4. ASSISTANTS

Mr Mamadou BA Médicale	Biologie, Parasitologie Entomologie
Mr Moussa FANE	Parasitologie Entomologie
Mr Blaise DACKOUCO	Chimie Analytique
Mr Aldiouma GUINDO	Hématologie
Mr Boubacar Ali TOURE	Hématologie

Etude sur les facteurs de fragilités et de vulnérabilités des femmes face au VIH/SIDA (cas de quatre communes rurales de KAYES

Mr Issa KONATE	Chimie Organique
Mr Moussa KONE	Chimie Organique
Mr Hama Abdoulaye DIALLO	Immunologie
Mr Seydina Aboubacar Samba DIAKITE	Immunologie
Mr Mamoudou MAIGA	Bactériologie
Mr Samba Adama SANGARE	Bactériologie
Mr Oumar GUINDO	Biochimie
Mr Seydou Sassou COULIBALY	Biochimie
Mr Harouna BAMBA	Anatomie Pathologie
Mr Sidi Boula SISSOKO	Hysto-Embryologie
Mr Bréhima DIAKITE	Génétique
Mr Yaya KASSOUGUE	Génétique
Mme Safiatou NIARE	Parasitologie
Mr Abdoulaye KONE	Parasitologie
Mr Bamodi SIMAGA	Physiologie
Mr Klétigui Casmir DEMBELE	Biochimie Clinique
Mr Yaya GOITA	Biochimie Clinique
Mr Moussa KEITA	Entomologie Parasitologie

D.E.R. DE MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES

1. PROFESSEURS

Mr Mahamane MAIGA	Néphrologie
Mr Baba KOUMARE	Psychiatrie
Mr Moussa TRAORE	Neurologie
Mr Hamar A. TRAORE	Médecine Interne

Etude sur les facteurs de fragilités et de vulnérabilités des femmes face au VIH/SIDA (cas de quatre communes rurales de KAYES

Mr Dapa Aly DIALLO	Hématologie
Mr Moussa Y. MAIGA	Gastro-entérologie – Hépatologie
Mr Somita KEITA	Dermato-Léprologie
Mr Boubakar DIALLO	Cardiologie
Mr Toumani SIDIBE	Pédiatrie
Mr Mamady KANE	Radiologie
Mr Adama D. KEITA	Radiologie
Mr Sounkalo DAO	Maladies Infectieuses, Chef de DER

2. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Abdel Kader TRAORE	Médecine Interne
Mr Siaka SIDIBE	Radiologie
Mr Mamadou DEMBELE	Médecine Interne
Mr Saharé FONGORO	Néphrologie
Mr Bakoroba COULIBALY	Psychiatrie
Mr Bou DIAKITE	Psychiatrie †
Mr Bougouzié SANOGO	Gastro-entérologie
Mme SIDIBE Assa TRAORE	Endocrinologie
Mme TRAORE Mariam SYLLA	Pédiatrie
Mr Daouda K. MINTA	Maladies Infectieuses
Mr Souleymane DIALLO	Pneumologie
Mr Seydou DIAKITE	Cardiologie
Mr Mahamadou TOURE	Radiologie
Mr Idrissa Ah. CISSE	Rhumatologie
Mr Mamadou B. DIARRA	Cardiologie

Etude sur les facteurs de fragilités et de vulnérabilités des femmes face au VIH/SIDA (cas de quatre communes rurales de KAYES

Mr Moussa T. DIARRA	Hépatogastro-Entérologie
Mme Habibatou DIAWARA	Dermatologie
Mr Cheick Oumar GUINTO	Neurologie
Mr Anselme KONATE	Hépatogastro-Entérologie
Mr Kassoum SANOGO	Cardiologie
Mr Boubacar TOGO	
Mr Arouna TOGORA	Psychiatrie
Mr Souleymane COULIBALY	Psychologie

3. MAITRES ASSISTANTS

Mme KAYA Assétou SOUKHO	Médecine Interne
Mr Mahamadoun GUINDO	Radiologie
Mr Ousmane FAYE	Dermatologie
Mr Yacouba TOLOBA	Pneumo-Phthysiologie
Mme Fatoumata DICKO	Pédiatrie
Mr Boubacar DIALLO	Médecine Interne
Mr Youssoufa Mamoudou MAIGA	Neurologie
Mr Modibo SISSOKO	Psychiatrie
Mr Ilo Bella DIALL	Cardiologie
Mr Mahamadou DIALLO	Radiologie
Mr Adama Aguisa DICKO	Dermatologie
Mr Abdoul Aziz DIAKITE	Pédiatrie
Mr Boubacar dit Fassara SISSOKO	Pneumologie
Mr Salia COULIBALY	Radiologie
Mr Ichaka MENTA	Cardiologie

Etude sur les facteurs de fragilités et de vulnérabilités des femmes face au VIH/SIDA (cas de quatre communes rurales de KAYES)

Mr Souleymane COULIBALY

Cardiologie

Mr Japhet Pobanou THERA

Médecine Légale/Ophtalmologie

D.E.R. DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES

1. PROFESSEURS

Mr Gaoussou KANOUTE

Chimie analytique

Mr Ousmane DOUMBIA

Pharmacie Chimique

Mr Elimane MARIKO

Pharmacologie, **Chef de D.E.R.**

Mr Drissa DIALLO

Matières Médicales

2. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Alou KEITA

Galénique

Mr Benoît Yaranga KOUMARE

Chimie Analytique

Mr Ababacar I. MAIGA

Toxicologie

Mme Rokia SANOGO

Pharmacognosie

Mr Saïbou MAIGA

Législation

Mr Ousmane KOITA

Parasitologie Moléculaire

3. MAITRES ASSISTANTS

Etude sur les facteurs de fragilités et de vulnérabilités des femmes face au VIH/SIDA (cas de quatre communes rurales de KAYES

Mr Yaya KANE	Galénique
Mr Yaya COULIBALY	Législation
Mr Abdoulaye DJIMDE	Microbiologie-Immunologie
Mr Sékou BAH	Pharmacologie
Mr Loséni BENGALY	Pharmacie Hospitalière

4. ASSISTANTS

Mr Aboubacar Alassane Oumar	Pharmacologie Clinique
Mr Sanou Khô COULIBALY	Toxicologie
Mr Tidiane DIALLO	Toxicologie
Mr Bourama TRAORE	Législation
Mr Mr Issa COULIBALY	Gestion
Mr Mahamadou TANDIA	Chimie Analytique
Mr Madani MARIKO	Chimie Analytique
Mr Mody CISSE	Chimie Thérapeutique
Mr Ousmane DEMBELE	Chimie Thérapeutique
Mr Hamma Boubacar MAIGA	Galénique
Mr Bacary Moussa CISSE	Galénique
Mr Adama DENOUE	Pharmacognosie
Mr Mahamane HAIDARA	Pharmacognosie
Mr Hamadoun Abba TOURE	Bromatologie
Mr Balla Fatoma COULIBALY	Pharmacie Hospitalière

D.E.R. DE SANTE PUBLIQUE

Etude sur les facteurs de fragilités et de vulnérabilités des femmes face au VIH/SIDA (cas de quatre communes rurales de KAYES)

1. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Mamadou Souncalo TRAORE	Santé Publique
Mr Jean TESTA	Santé Publique
Mr Massambou SACKO	Santé Publique
Mr Alassane A. DICKO	Santé Publique
Mr Seydou DOUMBIA	Epidémiologie, Chef de D.E.R.
Mr Samba DIOP	Anthropologie Médicale
Mr Hamadoun SANGHO	Santé Publique
Mr Adama DIAWARA	Santé Publique

2. MAITRES ASSISTANTS

Mr Hammadoun Aly SANGO	Santé Publique
Mr Akory AG IKNANE	Santé Publique
Mr Ousmane LY	Santé Publique
Mr Cheick Oumar BAGAYOKO	Informatique Médecine
Mme Fanta SANGHO	Santé Communautaire

3. ASSISTANTS

Mr Oumar THIERO	Biostatistique
Mr Seydou DIARRA	Anthropologie Médicale
Mr Abdrahamne ANNE	Bibliothéconomie-Bibliographie

Etude sur les facteurs de fragilités et de vulnérabilités des femmes face au VIH/SIDA (cas de quatre communes rurales de KAYES)

CHARGES DE COURS & ENSEIGNANTS VACATAIRES

Mr N'Golo DIARRA	Botanique
Mr Bouba DIARRA	Bactériologie
Mr Zoubeïrou MAÏGA	Physique
Mr Boubacar KANTE	Galénique
Mr Souléymanne GUINDO	Gestion
Mme DEMBELE Sira DIARRA	Mathématiques
Mr Modibo DIARRA	Nutrition
Mme MAIGA Fatoumata SOKONA	Hygiène du Milieu
Mr Mahamadou TRAORE	Génétique
Mr Lassine SIDIBE	Chimie Organique
Mr Cheick O. DIAWARA	Bibliographie
Mr Ousmane MAGASSY	Biostatistique

ENSEIGNANTS EN MISSION

Pr. Babacar FAYE	Pharmacodynamie
Pr. Amadou Papa DIOP	Biochimie
Pr. Lamine GAYE	Physiologie
Pr. Pascal BONNABRY	Pharmacie Hospitalière

Etude sur les facteurs de fragilités et de vulnérabilités des femmes face au VIH/SIDA (cas de quatre communes rurales de KAYES

DEDICADES

Je dédie ce travail :

❖ **A ALLAH !!!!**

Le Tout Puissant, le Tout Miséricordieux, pour m'avoir donné la force, le courage et la santé pour réaliser ce travail !

❖ **Au Prophète Muhammad** (Paix et Salut de DIEU sur Lui), Sceau des Prophètes, pour son message clair et précis.

❖ **A mon père « MAMADOU DIARRA »** : Voici devant toi le fruit de tant d'années de sacrifice. Tu t'es toujours battu pour que je réussisse dans la vie et par la grâce de Dieu, tu as devant toi, un de tes rêves qui se réalise. Merci Papa de m'avoir soutenu jusqu'au bout et c'est le lieu de te dire que tu es formidable et que je t'aime très fort. Qu'ALLAH te prête longue vie. **AMEN !!!**

❖ **A ma tendre et adorable Maman « OUMOU TRAORE »** : Ton amour inconditionnel et ton soutien permanent ont toujours été un grand secours. Ce travail est le tien, le couronnement de toutes ces années de patience, de soutien et de compréhension. Tu nous as enseigné les règles de la bonne moralité, de l'honnêteté et de la bonne conduite. Tu es l'exemple de douceur et d'amour incommensurable. Que Dieu maître de l'univers t'accorde toujours sa grâce et te garde près de nous. Maman, je t'aime très fort et c'est plus que de simples mots.

❖ **A mes sœurs et mon grand frère chéri**

Vous n'avez pas manqué de m'entourer de la chaleur familiale nécessaire durant ces longues années d'études. Trouvez ici tout mon attachement maternel. Je vous adore **Youssouf, Hawa, Aichata** et **Massan ...**

Etude sur les facteurs de fragilités et de vulnérabilités des femmes face au VIH/SIDA (cas de quatre communes rurales de KAYES

❖ **A ma « Madre » LAYA GUINDO :** plus qu'une mémé, tu as été une mère pour moi, ici les mots me manquent pour te dire à quel point je suis émue que tu voies enfin ce jour. Ce travail est ton œuvre. Ton amour, tes conseils et tes encouragements m'ont soutenu pas à pas. Que Dieu t'accorde une longue vie et une santé de fer. Ce travail est aussi le tien. Mami, merci.

❖ **A Tonton AHMADOU :** tu as toujours été pour moi un exemple, merci pour tes conseils. Je suis fière et heureuse que tu sois là aujourd'hui pour être témoin de ces instants qui couronnent toutes ces années d'études. Que Dieu accorde sa grâce et son amour à toi et ta famille !

❖ **A toutes les personnes victimes du VIH /SIDA** à travers le monde entier particulièrement les enfants (orphelins et démunis) et les femmes ; je suis avec vous. Soyez courageux pour affronter tous les obstacles. Ce travail est le vôtre.

Etude sur les facteurs de fragilités et de vulnérabilités des femmes face au VIH/SIDA (cas de quatre communes rurales de KAYES

REMERCIEMENTS

Je voudrais dire merci :

.... **A tous mes oncles et tantes**, en tant qu'enfant, je vous ai souvent offensé, avec tout votre amour vous m'avez toujours pardonné et tout donné. Je vous promets de chercher la sagesse. Ces quelques pensées à :

- **Mes tantes :** Tante Fanta, Tante Bintou, Tante Titi, Tante Yaye, Tante Boh, Tante Ramata, Tante Titi2, Tante Ami, Tante Koro, Tante Mah, Tante Binette, Tante Nènè ;
- **Mes tontons :** Tonton Zanke, Tonton Ladji, Tonton Ousmane, Tonton Adama(Le gros), Tonton Tidiane, Tonton Bagniny, Tonton Sadiya, Tonton Modibo, Tonton Drissa, Tonton Dramane (2fois) ;
- **A ma tante Dr Fatoumata TRAORE**, pour ta collaboration franche pour la réalisation de ce travail, MERCI pour tout !

.... **A mes cousins et cousines :**

Bintou B (ma jumelle), Bouba B, Nabou S, Bintou D, Djeneba N, Alima T, Karamoko C, Djaminatou T, Madina D, Foune T et son mari Oumar D, Seydou D, Adama C, Moussa C;

.... **A mes Chers amis (es)**, l'amitié est un sentiment qui se vit et n'a pas besoin de se dire. Je vous porte dans mon cœur et vous y êtes ancrés par tant de choses partagées ensemble :

Aminata D, Diouma K, Fatoumata B, Fatoumata C(Poupette), Nènè K, Abdoulaye S, Mahamadou ADAMOU(Tchéda), Ibrahim D, Crédo DEH,

Etude sur les facteurs de fragilités et de vulnérabilités des femmes face au VIH/SIDA (cas de quatre communes rurales de KAYES

Tommy K, Oumar T (Segouvien), Raymond S, Abdoul Karim S(Romak), Malamine S, Dr Herve D ; plus que des amis(es) vous êtes devenus des sœurs et des frères pour toute la vie.

... **A Dr Charles DARA**, les mots me manquent pour te dire combien merci, j'ai trouvé en toi un homme honnête, plein de bon sens et courageux. Je te souhaite beaucoup de réussite dans ta carrière professionnelle.

... **A Dr Mamadou DAOU**, ce travail porte ta marque. Tu as toujours été là au moment où il fallait. Merci pour tout.

.... **Dr Ibrahim BARRY**, Merci pour tout !

... **A mes camarades et compagnons** depuis l'enfance jusqu'aux années d'internat de la fac de médecine tant de choses apprises ensemble : Adama PLEA, Amadou FOFANA, Ibrahim GUEYE, Assan GOITA, Adama COULIBALY(Nos), Dr Victor DARA, Guidado BARRY, Mariam SAO, Dr Joseph SAGARA, Dr Boubou SANGARE, Dr Salif KONE (Ras bina), Dr Nouhoum GUINDO, Joseph DOUGNON, Cheich Tidiane CISSE, Aboubacar CISSOUMA, Dr Jacob DARA, Dr Mamadou BALAM,

... A la **famille NIMAGA** au point G

... A la **famille KANTE** au point G

... **A tous mes maîtres**, depuis la maternelle jusqu'à la faculté de **Médecine de Pharmacie et d'Odonto-stomatologie** pour leur amour de la transmission du savoir.

... **A tout le personnel du GRDR-KAYES** : Mme CAMARA Mariam (coordinatrice), Dr Yao Mama, Dr Fatoumata TRAORE (ma tante), Robert DABOU, tante SIRA, Amadou DIAKITE...qui n'ont ménagé aucun effort pour la réussite de cette étude.

Etude sur les facteurs de fragilités et de vulnérabilités des femmes face au VIH/SIDA (cas de quatre communes rurales de KAYES

.... **A toutes les structures sanitaires de la région de Kayes** : Hôpital régional de Kayes, DRS, CS Réf de Kayes, ANVSNA (Association Nous VIH-SIDA et Nos Amis), les élus communaux, les associations féminines, leaders religieux.

.... **A toutes les femmes rurales** notamment celles des communes de, **DIALAFARA, KOUSSANE, MARENA DIOMBOUGOU ET SADIOLA ;**

.... **A toutes les personnes séropositives** de la région de Kayes particulièrement les femmes de l'**ANVSNA**.

.... **A toutes celles et tous ceux** qui de près ou de loin m'ont soutenu dans la réalisation de ce travail, je vous dis **MERCI**.

❖ **Je rends hommages :**

.... **A mon pays le MALI** : Tu as dirigé mes premiers pas. Mon souhait est que tu sois toujours un havre de paix.

Que DIEU bénisse le MALI.

.... **A l'Afrique** toute entière !

Etude sur les facteurs de fragilités et de vulnérabilités des femmes face au VIH/SIDA (cas de quatre communes rurales de KAYES)

HOMMAGE AUX MEMBRES DE JURY

A notre maître et Président du jury

Professeur Abdoulaye AG RHALY

Professeur Honoraire en Médecine Interne de la FMPOS

Chevalier des palmes Académiques du CAMES

Dr HONORIS-CAUSA de l'Université de Laval Québec-CANADA

Ancien Directeur Général de l'INRSP

Ancien Secrétaire Général d'OCCGE

Cher maître nous avons beaucoup admiré vos qualités humaines, scientifiques et pédagogiques.

Votre discrétion et votre Dynamisme puis votre disponibilité constante font de vous un maître exemplaire, admiré de tous.

Permettez-nous cher maître de vous réitérer, l'expression de notre profonde gratitude et de notre indéfectible disponibilité.

Etude sur les facteurs de fragilités et de vulnérabilités des femmes face au VIH/SIDA (cas de quatre communes rurales de KAYES

A notre maître et juge

Professeur Bouraima MAIGA

Maitre de Conférences en Gynécologie-Obstétrique

Chef de service Gynécologie-Obstétrique CHU du point G

Chevalier de l'ordre national du MALI

Membre de la SOMAGO

Membre de la FIGO

Membre de la GIERAF

Nous avons été fasciné, cher maitre par la spontanéité avec la quelle vous avez acceptez de siéger à ce jury malgré vos multiples occupations,

Votre souci du travail bien fait, votre rigueur scientifique nous aiderons a n'en point douter à améliorer la qualité du présent travail,

Tout en vous remerciant cher maitre, soyez rassuré de notre profonde gratitude et de notre indéfectible attachement.

Etude sur les facteurs de fragilités et de vulnérabilités des femmes face au VIH/SIDA (cas de quatre communes rurales de KAYES

A notre maître et Co-Directrice

Docteur Fatoumata TRAORE

Médecin Généraliste

Chargée de Programme PSSK-GRDR KAYES

Cher maître, nous vous remercions de la confiance que vous avez placée en nous pour faire ce travail.

Nous avons admiré vos qualités scientifiques tout au long de ce travail. Votre supervision pendant la réalisation de cette thèse a été appréciable.

Cher maître nous vous remercions, pour la patience que vous avez eu à notre égard, durant toute notre formation et recevez ici toute l'expression de notre profonde gratitude et notre attachement total.

Etude sur les facteurs de fragilités et de vulnérabilités des femmes face au VIH/SIDA (cas de quatre communes rurales de KAYES)

A notre maître et Directeur de thèse

Professeur Agrégé Mamadou Marouf KEITA

Professeur Honoraire de la Pédiatrie

Chevalier de l'ordre national de la santé

Président du village SOS du MALI

Président du Comité d'Ethique de la FMPOS

Ancien président de l'AMAPED

Permettez-nous de vous remercier cher maître pour la confiance que vous nous avez faite, en nous proposant ce travail.

Nous avons beaucoup admiré vos immenses qualités humaines, sociales et scientifiques tout au long de ce travail. Vous avez cultivé en nous, le sens du travail bien fait.

Votre simplicité, votre disponibilité constante, votre rigueur, votre dynamisme font de vous un maître apprécié de tous.

Trouvez ici, cher maître l'expression de notre profonde gratitude et de notre indéfectible disponibilité.

Etude sur les facteurs de fragilités et de vulnérabilités des femmes face au VIH/SIDA (cas de quatre communes rurales de KAYES

SIGLES ET ABREVIATIONS

ADN : Acide désoxyribonucléique

AGR : Activité génératrice de revenus

AMPPF : Association malienne pour la protection et la promotion de la famille

ANVSNA : Association Nous VIH /SIDA et Nos Amis

APV : Amprenavir

ARN : Acide ribonucléique

ARV : Anti Rétro Viraux

AZT: Zidovudine

CD4: Cluster of Differentiation

CDC: Centre pour le contrôle et la prévention des maladies

CDIP : Conseil dépistage à l'initiative d'un prescripteur

CDV : Conseil dépistage volontaire

CMH: Complexe majeur d'histocompatibilité

CMV : Cytomégalovirus

D4T : Stavudine

DDI : Didanosine

DLV : Delavirdine

Etude sur les facteurs de fragilités et de vulnérabilités des femmes face au VIH/SIDA (cas de quatre communes rurales de KAYES

DRS : Direction régionale de la santé

EBV : Epstein Baar Virus

EDS : Enquête démographique et de santé

EFV : Efavirenz

GRDR : Groupe de Recherches et de Réalisations pour le Développement Rural

GRID : Gay related immune deficiency

HCNLS : Haut conseil national de lutte contre le VIH/SIDA

HTLV: Human T-cell LeuKemia Virus

INNRT : Inhibiteur non nucléotidique de la reverse transcriptase

INRT : Inhibiteur nucléotidique de la reverse transcriptase

IP : Inhibiteur de protéase

IST : infections sexuellement transmissibles

LAV: Lymphadenopathy associated virus

LPV: Lopinavir

N: Nombre de cas

NFV : Nelfinavir

NVP : Nevirapine

OCB : Organisation communautaire de base

OMS : Organisation mondiale pour la santé

Etude sur les facteurs de fragilités et de vulnérabilités des femmes face au VIH/SIDA (cas de quatre communes rurales de KAYES

ONG : Organisation non gouvernementale

ONU : Organisation des nations unies

ONUSIDA : Programme commun des nations unies sur le VIH /SIDA

PVVIH : Personnes vivants avec le VIH

RTV : Ritonavir

SIDA : Syndrome d'immuno- déficience humaine

SQV : Saquinavir

TCD4: Lymphocytes TCD4

TMC : Etravirine

3TC : Lamivudine

% : Pourcentage

Etude sur les facteurs de fragilités et de vulnérabilités des femmes face au VIH/SIDA (cas de quatre communes rurales de KAYES

<i>LISTE DES FIGURES</i>	
<i>LISTE DES TABLEAUX</i>	
I. INTRODUCTION.....	1
II. HYPOTHESE ET OBJECTIFS	38
II.1 HYPOTHESES	38
II.2 OBJECTIFS.....	39
➤ Objectif général :	39
➤ Objectifs spécifiques :.....	39
III. GENERALITES.....	40
III.1 REVUE DE LA LITTERATURE.....	40
III.2 EPIDEMIOLOGIE.....	43
III.3 PHYSIOPATHOLOGIE	45
III.3.a Mécanisme des troubles immunologiques	45
III.3.b Mécanisme des troubles cliniques	46
III.4 DESCRIPTION DU VIRUS	46
III.5 MODES DE TRANSMISSION	47
III.5.a Transmission sexuelle.....	47
III.5.b Transmission sanguine et dérivés	47
III.5.c Transmission verticale.....	48
III.6 PATHOGENIE.....	48
III.7 CLINIQUE	48
III.8 DIAGNOSTIC BIOLOGIQUE.....	49
III.9 PREVENTION	50
III.10 ASPECTS THERAPEUTIQUES :.....	51
III.10.1 Buts du traitement	51
III.10.2 Moyens.....	51

Etude sur les facteurs de fragilités et de vulnérabilités des femmes face au VIH/SIDA (cas de quatre communes rurales de KAYES

III.10.3	Les indications	52
III.10.4	Quelques molécules	52
III.10.5	Surveillance :	53
III.11	Aspects de vulnérabilités des femmes face au VIH/SIDA	53
IV.	MATERIEL ET METHODES	55
IV.1	CADRE D'ETUDE	55
IV.2	TYPE ET PERIODE D'ETUDE:.....	59
IV.3	POPULATION D'ETUDE :.....	59
IV.3.1	Critères d'inclusion.....	60
IV.3.2	Critères de non inclusion :.....	60
IV.4	TAILLE DE L'ECHANTILLON.....	60
IV.5	ECHANTILLONNAGE.....	61
IV.6	VARIABLES.....	61
IV.7	TECHNIQUES ET OUTILS DE COLLECTE	62
IV.8	TRAITEMENT ET ANALYSE DES DONNEES	63
IV.9	ETHIQUE.....	63
IV.10	DIFFICULTES RENCONTREES	63
IV.11	DEFINITIONS DE CONCEPT.....	64
V.	RESULTATS	66
V.1	CARACTERISTIQUES SOCIODEMOGRAPHIQUES	66
IV.3.3	Les femmes en âge de procréer	66
IV.3.4	Les femmes séropositives	70
V.2	PRATIQUES CULTURELLES A RISQUE DANS LES FAMILLES D'ORIGINE.....	76
V.2.1	Les femmes en âge de procréer	76
V.2.2	Les femmes séropositives	83
V.3	CONNAISSANCES GENERALES SUR LA MALADIE	85

Etude sur les facteurs de fragilités et de vulnérabilités des femmes face au VIH/SIDA (cas de quatre communes rurales de KAYES

V.3.1	Les femmes en âge de procréer	85
V.3.2	Les femmes séropositives	86
V.4	PRATIQUES D'AGR ET REVENU MENSUEL DES FEMMES	89
V.4.1	Les femmes en âge de procréer	89
V.4.2	Les femmes séropositives	91
VI.	COMMENTAIRES ET DISCUSION	96
VII.	CONCLUSION	103
VIII.	RECOMMANDATIONS	104
IX.	REFERENCES	105
X.	RESUME.....	110
	SUMMARY	113

Etude sur les facteurs de fragilités et de vulnérabilités des femmes face au VIH/SIDA (cas de quatre communes rurales de KAYES

LISTE DES FIGURES

<i>Figure 1 : Structure du VIH</i>	47
<i>Figure 2 : Répartition graphique des femmes séropositives en fonction de l'âge d'entrée en union ou du mariage.</i>	72
<i>Figure 3 : Répartition des femmes séropositives selon la vie cohabitation avec le mari (Oui/Non).</i>	72
<i>Figure 4 : Répartition des femmes séropositives selon le mode de découverte de la sérologie.</i>	73
<i>Figure 5: Répartition des femmes séropositives selon la pratique du Lévirat dans leur famille d'origine.</i>	83
<i>Figure 6: Répartition des femmes séropositives selon la pratique du Sororat dans leurs familles d'origine.</i>	84
<i>Figure 7: Répartition des femmes séropositives selon leur connaissance sur la possibilité d'éviter la transmission mère enfant du VIH</i>	87
<i>Figure 8: Répartition des femmes séropositives selon le soutien financier.</i>	94
Figure 9: Cartographie des structures sanitaires des communes rurales de notre étude avec des personnels sanitaires formés à la prise et la prévention de lutte contre le VIH/SIDA.	95

Etude sur les facteurs de fragilités et de vulnérabilités des femmes face au VIH/SIDA (cas de quatre communes rurales de KAYES

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Répartition des femmes en âge de procréer selon la tranche d'âge.	66
Tableau II : Répartition des femmes en âge de procréer selon le niveau d'étude.	67
Tableau III : Répartition des femmes en âge de procréer selon la situation matrimoniale.	67
Tableau IV : Répartition des femmes veuves remariées après le décès du premier mari.	68
Tableau V: Répartition des femmes en âge de procréer selon leur nombre de mariage.	68
Tableau VI : Répartition des femmes en âge de procréer remariées selon Lien de consanguinité du nouvel époux avec le défunt.	68
Tableau VII : Répartition des femmes en âge de procréer selon la cohabitation avec le mari.	69
Tableau VIII: Répartition des femmes séropositives par tranche d'âge.	70
Tableau IX : Répartition des femmes séropositives selon leur niveau d'instruction.	70
Tableau X: Situation matrimoniale des femmes séropositives avant et après le test du VIH.	71
Tableau XI : Analyse descriptive des facteurs de changement de situation matrimoniale.	74
Tableau XII : Fréquence des motifs de changement de lieu de résidence des femmes séropositives enquêtées	74
Tableau XIII : Tableau proportionnel des femmes veuves VIH+ remariées.	75
Tableau XIV : Lien de consanguinité avec le défunt	75
Tableau XV : Répartition des femmes en âge de procréer par commune selon la pratique du rapport sexuel non protégé.	76
Tableau XVI : Répartition des femmes en âge de procréer par commune selon la pratique de l'Excision dans leur famille d'origine.	77
Tableau XVII : Répartition des femmes en âge de procréer par commune selon la pratique de Lévirat dans leur famille d'origine.	78
Tableau XVIII : Répartition des femmes en âge de procréer par commune selon la pratique de Sororat dans leur famille d'origine.	79
Tableau XIX : Répartition des femmes en âge de procréer par commune selon la pratique de la Polygamie dans leur famille d'origine.	80
Tableau XX : Répartition des femmes en âge de procréer par commune selon la pratique du Mariage précoce dans leur famille d'origine.	81

Etude sur les facteurs de fragilités et de vulnérabilités des femmes face au VIH/SIDA (cas de quatre communes rurales de KAYES)

Tableau XXI : Répartition des femmes en âge de procréer par commune selon la pratique des Tatouages et Percings dans leur famille d'origine.	82
Tableau XXII: Répartition des femmes en âge de procréer par commune selon la connaissance sur la transmission par voie sanguine.	85
Tableau XXIII: Connaissance des femmes séropositives sur le VIH /Sida avant d'être infectées.....	86
Tableau XXIV: Répartition des femmes séropositives selon leurs Canaux d'informations sur le VIH/SIDA pour la première fois.	86
Tableau XXV: Répartition des femmes séropositives selon leur connaissance de la 1ère cause de l'infection à VIH	87
Tableau XXVI: Connaissance des femmes séropositives sur les substances pouvant transmettre le VIH.	88
Tableau XXVII: Répartition des femmes en âge de procréer en fonction de l'exercice d'une activité économique	89
Tableau XXVIII: Répartition des femmes en âge de procréer par commune selon le revenu mensuel..	90
Tableau XXIX: Tableau comparatif des femmes séropositives bénéficiant des AGR avant et après le test VIH+.	91
Tableau XXX: Comparaison du Revenu mensuel des femmes séropositives avant et après le test de VIH+.	92
Tableau XXXI: Comparaison des besoins quotidiens des femmes séropositives avant et après le test.	93

Etude sur les facteurs de fragilités et de vulnérabilités des femmes face au VIH/SIDA (cas de quatre communes rurales de KAYES)

INTRODUCTION

Le **SIDA** par définition est un **Syndrome d'ImmunoDéficiency Acquis** chez l'Homme dont l'agent responsable est un virus nommé **VIH= Virus de l'ImmunoDéficiency Humaine** ou (**HIV=Human Immunodeficiency Virus** en langage international).

D'après la définition du dictionnaire **HACHETTE** :

- Un **syndrome** est ensemble de signes, de symptômes qui appartiennent à une entité clinique, mais dont les causes peuvent être diverses.
- L'**immunodéficiency** est une insuffisance fonctionnelle du système immunitaire.
- Le terme '**acquis**' signifie tout simplement que le SIDA n'est pas une maladie héréditaire mais due à un agent mis accidentellement au contact du malade.

On estime à *2,7 millions* le nombre de nouvelles infections à VIH en *2010* à travers le monde, dont *390 000 enfants*. On a constaté une baisse de *15 %* par rapport à *2001* et de *21 %* par rapport à *1997* où le pic épidémique a été observé. [1]

Le nombre de personnes nouvellement infectées par le VIH continue de baisser, dans certains pays plus rapidement que dans d'autres. L'incidence du VIH a chuté dans *33* pays, dont *22* pays d'Afrique subsaharienne, la région la plus touchée par l'épidémie. [1]

À l'échelle mondiale, le pourcentage de femmes parmi les personnes vivant avec le VIH reste stable à *50 %*, bien qu'elles soient plus touchées en Afrique Subsaharienne (*59 %*) et dans les Caraïbes (*53 %*). [1]

L'Europe de l'Est et l'Asie centrale ont connu une forte augmentation du nombre de personnes vivant avec le VIH, soit 250 % entre 2001 et 2010.

Etude sur les facteurs de fragilités et de vulnérabilités des femmes face au VIH/SIDA (cas de quatre communes rurales de KAYES

La Fédération de Russie et l'Ukraine représente près de 90 % de l'épidémie affectant l'Europe de l'Est et l'Asie centrale. La consommation de drogues injectables demeure la principale cause d'infection dans cette région, bien que la transmission sexuelle ait souvent lieu au sein de ce groupe et leurs partenaires. [1]

En Amérique latine, l'épidémie de VIH est généralement stable.

Après une diminution annuelle régulière des nouvelles infections depuis 1996, le phénomène a ralenti dans les années 2000, puis s'est stabilisé avec 100 000 nouveaux cas chaque année. [1]

Les tendances au Moyen-Orient et en Afrique du Nord varient : l'incidence, la prévalence et les décès liés au SIDA sont en augmentation dans certains pays tandis que dans d'autres, l'épidémie reste stable. Globalement, la prévalence du VIH dans la région est faible, sauf à Djibouti et au Soudan du Sud, où l'épidémie se généralise. [1]

Les plus mauvais scores continuent d'être enregistrés en Afrique australe. L'Afrique du Sud compte plus de personnes vivantes avec le VIH (environ 5,6 millions) que tout autre pays au monde. [2]

La répartition de l'infection n'est pas homogène car l'Afrique subsaharienne reste la région la plus fortement touchée par le VIH. En 2010, près de 68 % de toutes les personnes infectées par le VIH dans le monde vivaient en Afrique subsaharienne, une région qui ne représente que 12 % de la population mondiale.

L'Afrique subsaharienne était également à l'origine de 70 % des nouvelles infections en 2010, bien qu'elle ait connue une baisse notable de ce taux. [2]

Au Mali le taux de prévalence du SIDA (1.3% en 2006 selon l'EDSM IV) est resté faible. Cependant une baisse significative de la prévalence du VIH au sein de la population générale a été observée de 1.7% en 2001 à 1.3% en 2006. [3]

Etude sur les facteurs de fragilités et de vulnérabilités des femmes face au VIH/SIDA (cas de quatre communes rurales de KAYES)

Les rapports sexuels non protégés constituent le facteur principal de la propagation de l'épidémie qui, bien que touchant l'ensemble du territoire national, reste concentrée dans des groupes à risque. Le genre féminin, le faible statut socio-économique des femmes, le faible niveau d'instruction constitue des facteurs de risques importants en matière de transmission du VIH, et qui, pourtant sont mal appréhendés et faiblement pris en compte dans les actions de prévention.

Au MALI principalement dans la région de KAYES (zone d'étude), à ce 31 décembre 2007 la file active au niveau de l'Hôpital de Kayes était des patients VIH+ dont 43% hommes, 56% de femmes et 1% d'enfants. Les Patients perdus de vue constituent les 14,3% de la file active hospitalière de Kayes. Les femmes représentent 72% des perdus de vue au niveau de la file active de l'Hôpital de Kayes. Les 46% de la file active de l'Hôpital Régional de Kayes sont composés de personnes qui résident dans la région de Kayes et pas dans la ville de Kayes ; et donc en milieu rural. [4]

Malgré le fait que les prestataires de santé en milieu rural aient été formés par certaines structures non gouvernementales telles que le GRDR au suivi des personnes infectées, les personnes séropositives préfèrent aller en ville dans le cadre de leur maladie pour cacher leur maladie à leur entourage proche. Les femmes constituent les ¾ des membres de l'association de PVVIH composée de 209 membres en 2007. [5]

Les femmes constituent des cibles extrêmement fragiles et vulnérables face au VIH/SIDA, en raison de leur faible statut socioéconomique couplé aux pratiques culturelles qui renforcent cet état de fait, leur faible niveau d'instruction combiné au manque de structures de prévention et de prise en charge en milieu rural pourrait accentuer la féminisation du VIH/SIDA surtout en milieu rural. L'environnement institutionnel, infrastructurel et organisationnel ne favorise pas toujours une meilleure prévention et prise en charge du VIH/SIDA.

Etude sur les facteurs de fragilités et de vulnérabilités des femmes face au VIH/SIDA (cas de quatre communes rurales de KAYES

Le choix de ce thème de recherche portant sur «l'étude des facteurs de vulnérabilités et de fragilités des femmes face au VIH/SIDA dans la région de Kayes», s'inscrit notamment dans un souci d'appréciation de la qualité de la prise en charge et des facteurs socioculturels et économiques, qui sont faiblement pris dans les actions de prévention organisées soit par l'Etat soit par les partenaires au développement ainsi que les ONG intervenant dans le domaine du VIH/SIDA.

Etude sur les facteurs de fragilités et de vulnérabilités des femmes face au VIH/SIDA (cas de quatre communes rurales de KAYES)

I. HYPOTHESE ET OBJECTIFS

II.1 HYPOTHESES

Pour mener à bout notre étude, nous nous sommes posé les questions de recherches suivantes :

- Quels sont les facteurs d'ordres culturels et socio-économiques qui fragilisent et rendent vulnérables les femmes face à la pandémie du VIH/SIDA ?
- Qu'est-ce que les femmes en milieu rural connaissent du VIH/SIDA?
- Y a-t-il dans leur milieu de vie des structures de prise en charge, du personnel formé, des offres de services sanitaires adéquats?
- Les femmes séropositives membres d'une association de PVVIH sont-elles moins vulnérables que les autres ?

Les hypothèses de recherche sont les suivantes :

- Les femmes constituent des cibles extrêmement fragiles et vulnérables face au VIH/SIDA, en raison de leur statut social inférieur couplé aux pratiques culturelles qui renforcent cet état de fait.
- Le faible niveau d'instruction des femmes combiné au manque de structures de prévention et de prise en charge en milieu rural accentue la féminisation du VIH/SIDA surtout en milieu rural.
- L'environnement infrastructurel et organisationnel sanitaire ne favorise pas une meilleure prévention et de prise en charge du VIH/SIDA.

Etude sur les facteurs de fragilités et de vulnérabilités des femmes face au VIH/SIDA (cas de quatre communes rurales de KAYES

II.2 OBJECTIFS

Pour la réalisation de cette étude, nous nous sommes fixés les objectifs suivants:

➤ **Objectif général :**

Analyser les facteurs de risque auxquels les femmes restent fragiles et vulnérables face à la pandémie du VIH/SIDA.

➤ **Objectifs spécifiques :**

- a. Identifier les facteurs socioculturels et économiques qui fragilisent et rendent vulnérables les femmes face au VIH/SIDA,
- b. Apprécier le niveau de connaissance générale des femmes sur le VIH/SIDA,
- c. Décrire l'environnement infrastructurel et organisationnel de prise en charge et de prévention du VIH/SIDA en milieu rural,
- d. Décrire les changements induits par le statut de séropositivité et de membre d'une association de personnes vivants avec le VIH/SIDA.

Etude sur les facteurs de fragilités et de vulnérabilités des femmes face au VIH/SIDA (cas de quatre communes rurales de KAYES

II. GENERALITES

III.1 REVUE DE LA LITTERATURE

Los Angeles 1980, le Dr Joël WEISMAN remarque que la plupart de ses patients sont atteints depuis quelques mois d'un même syndrome accompagné de poussées de fièvre, d'amaigrissement, de diarrhée chronique et de mugets oral et anal. Dans l'impossibilité d'établir un diagnostic précis, il envoie ses malades dont l'état s'aggrave dans le service du Dr Michael Gottlieb au centre hospitalier de l'université de Californie. Les analyses de sang révèlent une disparition des globules blancs et on établit qu'il s'agit d'une maladie qui s'attaque aux défenses immunitaires. L'un après l'autre, les malades développent la pneumocystose et décèdent malgré la chimiothérapie.

En Mai 1981 après l'apparition de nouveaux cas, le Dr Gottlieb alerte le CDC à qui il avait été déjà rapporté des cas similaires en provenance de San Francisco et de New York .Le 5 juin 1981, la première annonce officielle de la maladie est faite et le 3 juillet, le « New-York Time » rend publique l'information. A la fin de cette année, les services sanitaires des USA, indiquent avoir recensé 159 cas, tous ayant eu des rapports homosexuels. [6]

Pour désigner la nouvelle maladie, le terme savant de GRID « Gay Related Immune Deficiency » sera d'usage dans les milieux scientifiques jusqu'à l'été 1982, date à laquelle les sigles officiels AIDS et SIDA feront leur apparition pour se répandre par la suite.

La découverte en 1981 des signes de la maladie chez un homme hétérosexuel et une femme tous deux toxicomanes, puis l'infection d'hémophiles américains vers la fin 1982 après transfusion sanguine apportèrent la preuve qu'il s'agissait d'une

Etude sur les facteurs de fragilités et de vulnérabilités des femmes face au VIH/SIDA (cas de quatre communes rurales de KAYES

infection virale se transmettant par contact sexuel et par sang. Ceci avait suffi pour mettre en branle de nombreuses équipes scientifiques qui se lancèrent à la poursuite du nouveau virus.

On accusa au départ les virus à ADN du groupe herpès, en particulier le cytomégalovirus (CMV) et le virus d'Epstein Barr (EBV) qui avaient été retrouvés chez de nombreux patients atteints du SIDA. Mais aucune différence n'ayant pu être établie entre les isolats et les souches classiques, ces virus furent identifiés non comme la cause du déficit immunitaire, mais plutôt comme les agents opportunistes. [7]

Les équipes américaines des Docteur Robert Gallo du NIH de Bethesda aux USA et Myron Essex qui avaient mis en évidence les premiers rétrovirus humains HTLV (Human T-cell Leukemia virus) 1 et 2, s'appuyant sur les enquêtes séro-épidémiologiques montrant la présence d'anticorps anti-VIH-1 chez certains malades et frappés par le fait que le HTLV-1 avait un tropisme préférentiel pour les lymphocytes T du système immunitaire, postulèrent que ce virus ou un proche variant était agent causal du SIDA. [7]

En France, les biologistes de l'institut Pasteur : Luc Montagnier, Françoise Barré Sinoussi et Jean Claude Cherman se lancèrent à la recherche d'un type nouveau de rétrovirus à partir de la culture de cellules extraites de ganglion d'une personne atteinte du SIDA. Ils isolèrent un virus qu'ils nommèrent LAV (Lymphadenopathy Associated Virus). La découverte française est publiée le 20 mai 1983 ; les chercheurs poursuivirent leurs études, caractérisèrent le LAV, établirent son rôle dans le SIDA et les lymphadénopathies. [8]

Quatorze mois après la découverte du LAV précisément le 24 avril 1984, le Dr Robert Gallo annonce l'isolement et la caractérisation d'un rétrovirus très proche du LAV qu'il baptise HTLV-3.

Etude sur les facteurs de fragilités et de vulnérabilités des femmes face au VIH/SIDA (cas de quatre communes rurales de KAYES

Quelques mois après Jay Lewis à San Francisco fait à son tour l'annonce de la découverte d'un virus très proche du LAV qu'il nomme ARV (Aids-Related-Virus). Dans la foulée de nombreux isolats viraux seront tenus pour responsables du SIDA jusqu'à la caractérisation par clonage et séquençage de différents isolats dont ceux du LAV, du HTLV-3 et du ARV. Ces travaux mirent en évidence les éléments suivants:

- ✚ le LAV est différent des virus HTLV-1 et HTLV-2,
- ✚ le LAV et le HTLV-3 sont identiques,
- ✚ le LAV et des variations locales qui ne modifient pas cependant son organisation génétique et ses propriétés biologiques.

L'identité HTLV-3, LAV va entraîner une polémique franco-américaine au sujet de la paternité de la découverte de l'agent causal du SIDA et au sujet de la dénomination. On fit usage des acronymes LAV/HTLV-3 (recommandé par l'OMS) et HTLV-3/LAV (adopté par le gouvernement américain et les revues scientifiques anglophones) jusqu'en 1986 date à laquelle une commission de nomenclature virologique introduisit le sigle international HIV (**H**uman **I**mmunodeficiency **V**irus) ou VIH (**V**irus de l'**I**mmunodéficiency **H**umaine).

En mars 1987, un accord politico-scientifique accordait la paternité de la découverte du VIH aux biologistes Américains et Français avec pour conséquence le partage entre eux des royalties découlant de cette découverte.

Depuis ce jour, de nombreuses avancées furent obtenues notamment : le développement industriel des tests de diagnostic, la mise au point des premières molécules antirétrovirales et l'espoir d'avoir un jour un vaccin efficace pour enrayer ce fléau qu'est le SIDA.

Etude sur les facteurs de fragilités et de vulnérabilités des femmes face au VIH/SIDA (cas de quatre communes rurales de KAYES)

III.2 EPIDEMIOLOGIE

Dans le monde

L'épidémie de sida et les principaux modes de transmission du VIH varient considérablement les pays.

Etude sur les facteurs de fragilités et de vulnérabilités des femmes face au VIH/SIDA (cas de quatre communes rurales de KAYES

		Adultes et enfants vivant avec le VIH	Adultes et enfants nouvellement infectés par le VIH	Prévalence chez les adultes (%)	Décès dus au sida chez les enfants et les adultes	Prévalence chez les jeunes (15-24 ans, %)	
						Homme	Femme
AFRIQUE SUBSAHARIENNE	2010	22,9 millions [21,6–24,1 millions]	1,9 million [1,7–2,1 millions]	5,0 [4,7–5,2]	1,2 million [1,1–1,4 million]	1,4 [1,1–1,8]	3,3 [2,7–4,2]
	2001	20,5 millions [19,1–22,2 millions]	2,2 millions [2,1–2,4 millions]	5,9 [5,6–6,4]	1,4 million [1,3–1,6 million]	2,0 [1,6–2,7]	5,2 [4,3–6,8]
MOYEN-ORIENT ET AFRIQUE DU NORD	2010	470 000 [350 000–570 000]	59 000 [40 000–73 000]	0,2 [0,2–0,3]	35 000 [25 000–42 000]	0,1 [0,1–0,2]	0,2 [0,1–0,2]
	2001	320 000 [190 000–450 000]	43 000 [31 000–57 000]	0,2 [0,1–0,3]	22 000 [9700–38 000]	0,1 [0,1–0,2]	0,1 [0,1–0,2]
ASIE DU SUD ET DU SUD-EST	2010	4,0 millions [3,6–4,5 millions]	270 000 [230 000–340 000]	0,3 [0,3–0,3]	250 000 [210 000–280 000]	0,1 [0,1–0,2]	0,1 [0,1–0,1]
	2001	3,8 millions [3,4–4,2 millions]	380 000 [340 000–420 000]	0,3 [0,3–0,4]	230 000 [200 000–280 000]	0,2 [0,2–0,2]	0,2 [0,2–0,2]
ASIE DE L'EST	2010	790 000 [580 000–1,1 million]	88 000 [48 000–160 000]	0,1 [0,1–0,1]	56 000 [40 000–76 000]	<0,1 [<0,1–<0,1]	<0,1 [<0,1–<0,1]
	2001	380 000 [280 000–530 000]	74 000 [54 000–100 000]	<0,1 [<0,1–<0,1]	24 000 [16 000–45 000]	<0,1 [<0,1–<0,1]	<0,1 [<0,1–<0,1]
OCÉANIE	2010	54 000 [48 000–62 000]	3300 [2400–4200]	0,3 [0,2–0,3]	1600 [1200–2000]	0,1 [0,1–0,1]	0,2 [0,1–0,2]
	2001	41 000 [34 000–50 000]	4000 [3300–4600]	0,2 [0,2–0,3]	1800 [1300–2900]	0,1 [0,1–0,2]	0,2 [0,2–0,3]
AMÉRIQUE LATINE	2010	1,5 million [1,2–1,7 million]	100 000 [73 000–140 000]	0,4 [0,3–0,5]	67 000 [45 000–92 000]	0,2 [0,1–0,4]	0,2 [0,1–0,2]
	2001	1,3 million [1,0–1,7 million]	99 000 [75 000–130 000]	0,4 [0,3–0,5]	83 000 [50 000–130 000]	0,2 [0,1–0,6]	0,1 [0,1–0,2]

Source : Rapport ONUSIDA 2011.

Etude sur les facteurs de fragilités et de vulnérabilités des femmes face au VIH/SIDA (cas de quatre communes rurales de KAYES)

III.3 PHYSIOPATHOLOGIE

Le VIH détruit le système immunitaire, rendant ainsi l'organisme vulnérable à diverses infections.

Les cellules cibles du VIH :

- T CD4
- Monocytes/macrophages
- Cellules dendritiques des ganglions
- Cellules de Langherans
- Cellules micro-gliales du cerveau.

III.3.a Mécanisme des troubles immunologiques

Dès la primo-infection, le virus se réplique activement, et dans l'organisme s'établit précocement des réservoirs viraux qui échappent à la reconnaissance du système immunitaire.

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

Ces réponses immunitaires sont :

- **Humorales** : avec la production d'anticorps dirigés contre toutes les protéines du VIH. Ils sont détectés par ELISA et Western- Blot. Ils sont la preuve de l'infection VIH.

Etude sur les facteurs de fragilités et de vulnérabilités des femmes face au VIH/SIDA (cas de quatre communes rurales de KAYES

- **Cellulaires** : Elles sont méditées par les lymphocytes T CD4+ et par les lymphocytes T CD8+ cytotoxiques (CTL) qui représentent l'un des mécanismes principaux de lutte antivirale. [9]

III.3.b Mécanisme des troubles cliniques

L'activation chronique du système immunitaire sans être capable de contrôler durablement l'infection, favorise la réplication du VIH. Celui-ci échappe progressivement aux défenses qui lui sont présentées et augmente progressivement sa charge virale suivant ainsi régulièrement son action immunosuppressive jusqu'au SIDA et à la mort. [9]

III.4 DESCRIPTION DU VIRUS

Le VIH est un rétrovirus de la famille des lentivirus dont seuls le VIH1 et le VIH2 sont pathogènes pour l'homme. [10]

La structure du VIH comporte :

- Une enveloppe virale constituée d'une double couche lipidique et de deux sortes de glycoprotéines : gp120 et gp41. La molécule gp41 traverse la double couche lipidique tandis que la molécule gp120 occupe une position plus périphérique : elle joue le rôle de récepteur viral de la molécule membranaire CD4 des cellules hôte. L'enveloppe virale dérive de la cellule-hôte : il en résulte qu'elle contient quelques protéines membranaires de cette dernière, y compris des molécules du CMH.
- Un core viral ou nucléocapside, qui inclut une couche de protéine p17 et une couche plus profonde de protéines p24.
- Un génome constitué de deux copies d'ARN simple brin associées à deux molécules de transcriptase inverse (p64) et à d'autres protéines enzymatiques (protéase p10 et intégrase p32).

Etude sur les facteurs de fragilités et de vulnérabilités des femmes face au VIH/SIDA (cas de quatre communes rurales de KAYES

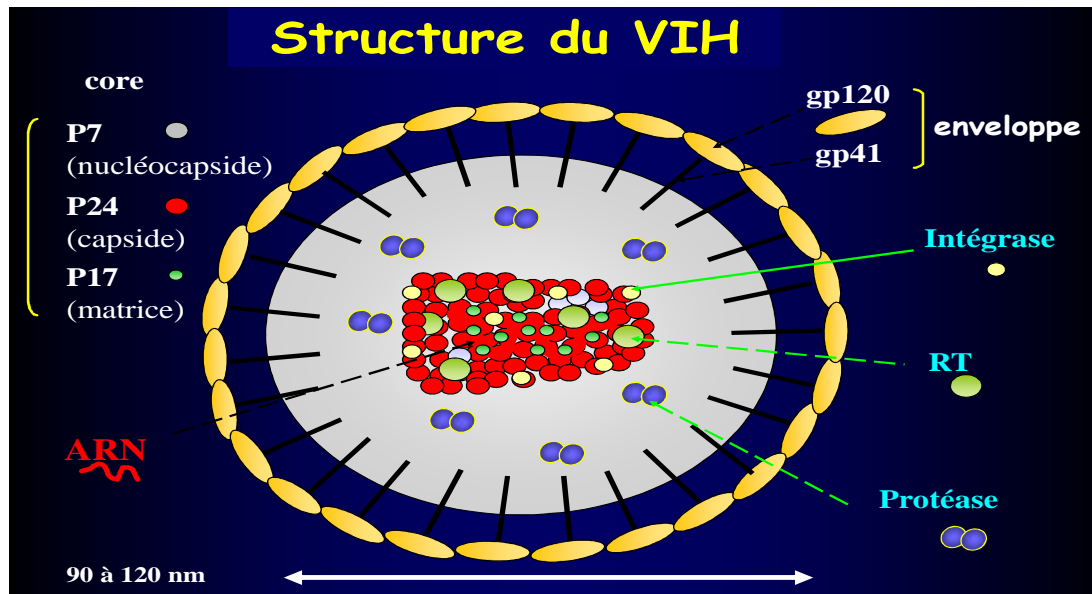


Figure 1 : Structure du VIH

Source : principes de Médecine interne 15^{ème} Ed. Harison [11]

III.5 MODES DE TRANSMISSION

Il y a trois façons pour le VIH de se transmettre d'un sujet à un autre : transmission sexuelle, transmission sanguine et transmission verticale.

III.5.a Transmission sexuelle

L'infection par le VIH est la première infection sexuellement transmissible (IST). Ce mode de transmission représente dans le monde plus de 80 % des infections directes. [12]

En Afrique la transmission est essentiellement hétérosexuelle, contrairement à l'Occident et aux Etats-Unis d'Amérique où elle est homosexuelle. Les pratiques urogénitales ou oro-anales ne sont pas sans risques. [13]

III.5.b Transmission sanguine et dérivés

Ce mode de transmission est mis en jeu en cas de consommation de drogues injectables, de transfusion de sang et produits dérivés contaminés, et d'accidents d'exposition au sang chez les professionnels de santé. [12]

Etude sur les facteurs de fragilités et de vulnérabilités des femmes face au VIH/SIDA (cas de quatre communes rurales de KAYES

Le virus est retrouvé dans toutes les sécrétions génitales au niveau de différentes cellules ; il ne vit pas en dehors des cellules, il se transmet par échange des sécrétions génitales lors des rapports sexuels par voie génitale ou anale. La transmission au niveau de la bouche est possible mais n'est pas prouvée, elle n'est pas possible par voie digestive, sauf chez le nouveau-né. [13]

III.5.c Transmission verticale

La période de transmission se situe au dernier trimestre de la grossesse, lors de l'accouchement et par l'allaitement au sein.

La transmission est favorisée par l'état de la mère (stade avancé, immunodépression) et l'état du placenta (infections associées). [14]

III.6 PATHOGENIE

La cible du virus est essentiellement le lymphocyte T auxiliaire responsable de l'induction de la réponse immunitaire. Le virus peut être détecté 2 jours après dans les ganglions lymphatiques iliaques et 5 jours après dans la culture du plasma. La conséquence de l'infection par le VIH est le dysfonctionnement et la déplétion des lymphocytes CD4. [15]

III.7 CLINIQUE

On peut schématiquement décrire quatre stades : [16]

Stade I: Après que le test biologique se soit positif, l'individu peut ne présenter aucun symptôme ou alors des adénopathies (lymphadénopathie persistante généralisée). Ce stade peut durer 15 ans, sa durée est fonction d'un certain nombre de facteurs parmi lesquels l'état de santé, l'état nutritionnel, la fréquence et la sévérité de la ré-inoculation, la présence des autres infections sexuellement transmissibles, etc... A ce stade, le système immunitaire détruit de manière continue les virus pour maintenir la charge virale basse. Pendant cette période, la personne peut transmettre l'infection et ignorer son statut

Etude sur les facteurs de fragilités et de vulnérabilités des femmes face au VIH/SIDA (cas de quatre communes rurales de KAYES)

Stage II: Pendant cette période, la personne infectée commence à développer des symptômes non spécifiques qui peuvent aussi survenir chez des personnes non infectées: une perte de poids non voulue < à 10% du poids corporel, des infections cutané-muqueuses, le zona, des infections récurrentes des voies respiratoires hautes. Ces personnes sont susceptibles de transmettre l'infection et sont le plus souvent, ignorantes de leur statut

Stage III: Au cours de cette période, la personne infectée commence à développer le syndrome clinique du SIDA qui se définit comme la présence d'une ou plusieurs affections opportunistes, les leucoplasies chevelues, une perte de poids > 10% du poids corporel et des infections plus sévères et résistantes aux traitements. Le stade III a une durée de 1 à 3 ans.

Stage IV: La durée de cette phase va de l'installation du SIDA à la mort. Elle est variable allant de quelques semaines à plusieurs années. Les ARV peuvent considérablement prolonger l'espérance de vie de 20 ans ou plus en diminuant la charge virale. La prise en charge précoce et la prévention des infections opportunistes permet aussi de prolonger la vie.

III.8 DIAGNOSTIC BIOLOGIQUE

Le diagnostic de l'infection au VIH nécessite au moins deux tests : Un 1^{er} pour explorer et un second pour confirmer ;

- La **méthode immuno-enzymatique (ELISA)**, est utilisée en première intention. Tout test positif en ELISA doit être confirmé par une méthode de référence.
- Le **Western Blot**, est considéré comme positif lorsqu'il existe une protéine interne du virus (anti-p24) et un anticorps dirigé contre une protéine d'enveloppe (anti-gp41, anti-gp120 ou anti-gp160).

Etude sur les facteurs de fragilités et de vulnérabilités des femmes face au VIH/SIDA (cas de quatre communes rurales de KAYES

III.9 PREVENTION : [17]

En absence de vaccin efficace contre le VIH, des stratégies préventives collectives et individuelles sont nécessaires pour réduire le risque de contamination:

❖ *Prévention de la transmission sexuelle par l'éducation et l'information et par la promotion de l'utilisation des préservatifs :*

- abstinence permanente
- fidélité mutuelle constante de deux(2) personnes séronégatives du VIH
- préservatif masculin ou féminin

❖ *Prévention de la transmission mère-enfant par l'intervention thérapeutique en cours de grossesse, durant l'accouchement et le suivi de l'enfant pendant les six premières semaines de la vie :*

- prévention primaire chez les femmes de 15 à 24ans
- planification familiale
- prophylaxie ARV à partir de la 14ème semaine de la grossesse
- prophylaxie ARV chez le nouveau né
- allaitement artificiel ou allaitement protégé d'enfants nés de mères séropositives au VIH

❖ *Prévention de la transmission sanguine*

- dépistage systématique chez les donneurs de sang, de sperme, de tissus ou d'organes ;
- inactivation des dérivés plasmatiques (produits stables dérivés du sang)
- prévention de la transmission lors de l'échange de seringues chez les toxicomanes et lutte contre la toxicomanie ;

Etude sur les facteurs de fragilités et de vulnérabilités des femmes face au VIH/SIDA (cas de quatre communes rurales de KAYES

- prévention de la transmission aux personnels médicaux et paramédicaux reposant sur les mesures d'hygiène classiques (appliquées à toutes maladies infectieuses transmises par le sang ou tout autre liquide biologique).
- prise en charge des accidents d'exposition
- prévention en milieu de soins
- utilisation de matériels à usage unique pour tous les actes invasifs médicaux ou stérilisation préalable.

III.10 ASPECTS THERAPEUTIQUES :

Traitement anti retro viral :

III.10.1 Buts du traitement [18]

- Réduire la mortalité liée au VIH,
- Réduire la morbidité liée au VIH,
- Améliorer la qualité de vie
- Restaurer et préserver la fonction immunitaire,
- Maintenir une charge virale durablement indétectable,
- Réduire la transmission.

III.10.2 Moyens

Trois familles de molécules antirétrovirales sont utilisées : Les classes thérapeutiques

- ▶ Les Inhibiteurs Nucléosidiques de la reverse transcriptase (INRT),
- ▶ Les Inhibiteurs non nucléosidiques de la reverse transcriptase (INNRT),
- ▶ Les Inhibiteurs de la protéase (IP).

Il est à noter que deux autres familles de molécules antirétrovirales existent mais non encore insérées dans le traitement.

- ▶ Inhibiteurs de Fusion (IF)
- ▶ Inhibiteurs des CCR5

Etude sur les facteurs de fragilités et de vulnérabilités des femmes face au VIH/SIDA (cas de quatre communes rurales de KAYES

Pour mener à bout ce traitement par l'utilisation de ces molécules, la trithérapie est conseillée de même qu'une bonne observance doublée de la surveillance clinique et biologique à la fois. [17]

III.10.3 Les indications : [19]

Le traitement est indiqué dans les cas suivants :

- ▶ Patient symptomatique
- ▶ Patient asymptomatique avec charge virale et taux de CD4 diminués.
- ▶ Taux de CD4 < 350 / mm³ quelle que soit la charge virale.
- ▶ En cas d'exposition au sang.
- ▶ Chez la femme enceinte séropositive et chez le nouveau-né né de mère séropositive.

Un bilan pré thérapeutique est indiqué chaque fois avant d'entamer le traitement.

III.10.4 Quelques molécules : [19]

□ **INRT** : Inhibiteurs Nucléosidiques de la reverse transcriptase

Zidovudine (AZT) : Retrovir gelules 100 et 250mg comprimé 300mg.

Posologie : 250 ou 300mg x2 /jour

Effets secondaires de faible intensité et transitoires.

- Autres molécules : la Stavudine (D4T), la Lamivudine (3TC), la Didanosine(DDI)
etc.....

□ **INNRT** : Inhibiteurs non nucléosidiques de la reverse transcriptase

-Névirapine (NVP) : Virumine comprimé 200mg.

Posologie : 200mg x1/jour pendant 14 jours puis 200mg x2/jour.

Effets secondaires : toxicité cutanée, hépatites.

-Efavirenz (EFV) : Strocien gélules 50, 100, 200 et 600mg

Posologie : 600mg x1/jour le soir

Effets secondaires : rash, atteintes neurosensorielles

Etude sur les facteurs de fragilités et de vulnérabilités des femmes face au VIH/SIDA (cas de quatre communes rurales de KAYES

-Autres molécules : Delavirdine(DLV), Etravirine(TMC)

□ **IP** : Inhibiteurs de Protéase

-**Saquinavir(SQV)** : Invirase gélules 200mg

Posologie 600mg x3/jour.

Effets secondaires : manifestation digestives d'intensité faible

-**Ritonavir(RTV)** : Norvir gélule 100mg

Posologie : 600mg x2/jour

Effets secondaires : Paresthésie, manifestations digestives parfois intenses

Autres Inhibiteurs de la protéase : *Nelfinavir(NFV)*, *Amprenavir(APV)*, *Lopinavir(LPV)* etc....

• **Formes combinées** :

D4T+3TC+NVP : Truomune30

AZT+3TC : Combivir cp. AZT 300mg/3TC 150 mg posologie (adulte) : 1 comprimé x 2/j

AZT + 3TC + *Ritonavir*.

III.10.5 Surveillance :

La surveillance du traitement doit être *clinique* et *biologique*. La clinique porte sur la recherche d'infections opportunistes, la prise du poids, l'appréciation de l'état général, la tolérance, l'observance et biologique portant sur la NFS, les transaminases, l'amylasémie, la numération des lymphocytes CD4+ et la mesure de la charge virale, le bilan lipidique.

III.11 Aspects de vulnérabilités des femmes face au VIH/SIDA

Les différences biologiques expliquent une répartition inégale de l'infection à VIH à travers le monde, au delà, il est à noter que certains critères tels que :

- l'inégalité des sexes,
- la précarité,

Etude sur les facteurs de fragilités et de vulnérabilités des femmes face au VIH/SIDA (cas de quatre communes rurales de KAYES

- la dépendance socioéconomique,
- les rôles traditionnels et culturels renforcent la féminisation de l'infection.

Par peur de la séparation, de l'insécurité financière ou de la solitude, certaines femmes pour garder leur partenaire sont prêtes à accepter de prendre des risques. [20]

- le faible accès à l'éducation et à l'information sont autant de facteurs de risque pour les filles et les femmes, réduit leurs connaissances sur le VIH et ses moyens de prévention.
- La manière de vivre la « séropositivité » diffère chez les femmes car elles ne sont pas reconnues comme des victimes ou tout simplement des malades mais des « vecteurs » de la maladie.

Etude sur les facteurs de fragilités et de vulnérabilités des femmes face au VIH/SIDA (cas de quatre communes rurales de KAYES

III. MATERIEL ET METHODES

IV.1 CADRE D'ETUDE : [21]

La **région de Kayes** est la première région administrative du Mali. Elle s'étend sur 120 760 km². La capitale régionale est la ville de Kayes.

C'est une grande ville et une commune située à l'Ouest du Mali à 495 km au nord-ouest de Bamako, sur les rives du fleuve Sénégal. La ville compte 80 146 habitants en 2005.

Son nom vient du Soninké, du mot *karré* qui signifie « *marigot* » (bas-fond humide qui est inondé en saison de pluie)

🚩 Histoire

La région de Kayes est le berceau du Royaume du Khasso fondé au début du XIX^e siècle.

En 1855, Faidherbe, gouverneur du Sénégal, fait construire un fort à Médine qui sera assiégé par El Hadj Oumar Tall, en guerre contre le souverain du Khasso en 1857.

En 1892, Kayes devient la capitale du Haut Sénégal-Niger. La construction de la ligne de chemin de fer du Dakar-Bamako, inaugurée en 1904, fait de Kayes une ville-carrefour. Dès lors, le chemin de fer prend une place importante dans la vie des habitants ; elle est décrite dans le roman d'Ousmane Sembène « *Les Bouts de bois de Dieu* ».

🚩 Géographie & Climat

La région de Kayes est limitée au sud par la Guinée, à l'est par la région de Koulikoro, au nord par la Mauritanie et à l'ouest par le Sénégal

La région est traversée par le fleuve Sénégal et ses affluents: le Baoulé, le Bafing et le Bakoy qui se rejoignent à Bafoulabé pour former le Sénégal

Etude sur les facteurs de fragilités et de vulnérabilités des femmes face au VIH/SIDA (cas de quatre communes rurales de KAYES

A la frontière guinéenne, le climat est assez humide. En remontant vers le nord, on traverse une zone soudanienne puis on arrive à une zone sahélienne. Kayes connaît des températures très élevées, faisant d'elle la ville la plus chaude d'Afrique. En effet, elle est entourée de massifs montagneux très riches en fer qui contribuent à l'élévation de la température ce qui la fait surnommer « la cocotte-minute de l'Afrique » en raison de sa moyenne de température très élevée.

La région de Kayes compte 21 forêts classées couvrant une superficie de 260 545 ha.

Dans la région sont situés deux parc nationaux (Kouroufing et Wango), un sanctuaire des chimpanzés et une zone d'intérêt cynégétique dans le cercle de Bafoulabé, et la réserve totale de faune de Talikourou dans le cercle de Kita, ainsi que la réserve de la biosphère de la Boucle du Baoulé .

Différents sites touristiques se trouvent dans les environs de Kayes :

- le fort de Médine à 12 km de Kayes ;
- les Chutes du Félou (16 km) ;
- les Chutes de Gouina à 80 km au sud-est de Kayes sur le fleuve Sénégal ;
- le Tata de Koniakary construit par El Hadj Oumar Tall à 70 km au nord-est de Kayes ;
- le lac Magui et le lac de Doro ;
- le barrage hydroélectrique de Manantali.
- Sabouciré

Etude sur les facteurs de fragilités et de vulnérabilités des femmes face au VIH/SIDA (cas de quatre communes rurales de KAYES

Démographie

La région compte 1 996 812 habitants en 2009.

La population a été multipliée par près de 1,5 depuis 1998, soit un taux d'accroissement moyen annuel de 3,5 % entre 1998 et 2009. Le cercle de Kayes a connu la plus forte augmentation de la population (+57 %) suivi par ceux de Diéma et Yélimané (respectivement +49 % et +47 %).

Les femmes représentent 50,7 % de la population.

Différentes ethnies vivent dans la région : SONINKES, KHASSONKES, MALINKES, MAURES ET PEULHS.

Subdivisions administratives

La région de Kayes est divisée en sept cercles :

BAFOULABE, DIEMA, KAYES, KENIEBA, KITA, NIORO DU SAHEL et YELIMANE regroupant 129 communes.

Religion

Comme pour l'ensemble du Mali, la principale religion est l'**Islam**, avec une présence minoritaire d'animistes et de chrétiens.

Transport et Economie

Kayes est située sur la ligne de chemin de fer du Dakar-Bamako construite lors de la colonisation française à la fin du XIX^e siècle.

La région est très enclavée. Le désenclavement au niveau routier est actuellement en cours. Les axes Dakar-Kayes, Nouakchott-Kayes et Kayes-Diéma-Bamako ainsi que Kita-Kati sont bitumés. La ligne de chemin de fer du Dakar-Bamako traverse la région en passant par Kayes, Bafoulabe et Kita avant de rejoindre Kati et Bamako.

Etude sur les facteurs de fragilités et de vulnérabilités des femmes face au VIH/SIDA (cas de quatre communes rurales de KAYES)

La région est desservie par l'Aéroport international de Kayes Dag Dag, deuxième aéroport en termes de trafic aérien après celui de Bamako. Des travaux en vue d'extension sont en cours.

La région de Kayes est riche en minéraux : *or, diamant, fer, bauxite, etc.* Les mines d'or de Sadiola et celles de Yatela sont exploitées respectivement depuis 1996 et 2001 sans oublier celle de TABAKOTO dans le cercle de Keniéba. Le barrage hydroélectrique de Manantali, construit sur le Bafing, est géré par l'Organisation pour la mise en valeur du fleuve Sénégal(OMVS). Le 30 octobre 2009 les présidents malien Amadou Toumani Touré, sénégalais, Abdoulaye Wade et mauritanien Mohamed Ould Abdel Aziz et le Premier ministre de Guinée Kabiné Komara ont procédé à la pose de la première pierre de l'aménagement hydroélectrique de Felou.

La région de Kayes étant la principale région d'émigration vers la France, les transferts d'argents des émigrés constituent la source de revenus la plus importante pour la région. Le montant des transferts des migrants vers les familles s'est élevé à 120 milliards de francs Cfa en 2008 selon le ministre des Maliens de l'extérieur.

Politique

L'Assemblée régionale règle par ses délibérations les affaires de la Région et notamment celles relatives aux programmes de développement économique, social et culturel. Elle représente juridiquement la région.

Elle bénéficie de l'appui conseil de :

- Gouvernorat et des services déconcentrés de l'Etat
- Des Préfets et Sous-Préfets.

Etude sur les facteurs de fragilités et de vulnérabilités des femmes face au VIH/SIDA (cas de quatre communes rurales de KAYES

Culture et Education

La région de Kayes est considérée comme le berceau de la teinture à l'indigo.


Plusieurs langues sont parlées dans la région : le bambara, le khassonké, le soninké et le peulh.

Au niveau de l'enseignement, la région de Kayes est divisé en trois académies : Kayes, Kita et Nioro (académie créés en 2010). L'académie de Kita compte 4 centres d'animations pédagogiques (Kita 1 et 2, Diéma et Bafoulabé.

En 2008, les 629 écoles du premier cycle :

(423 publiques, 13 privées et 193 communautaires) accueillent 95 894 élèves,

les 119 écoles du second cycle, dont 5 privées accueillent 24 777 élèves. L'académie de Kita compte également 77 médersas et 25 jardins d'enfants.

 Selon l'EDS IV, le taux de prévalence de l'infection à VIH dans la région de Kayes est estimé à 1,9% (0,7% en 2006 selon EDS IV). 180 000 adultes vivaient avec le VIH, les 2/3 sont des Femmes. [22]

IV.2 TYPE ET PERIODE D'ETUDE:

Il s'agissait d'une étude prospective, transversale de type descriptif et analytique qui s'est déroulée du 1er décembre 2009 au 30 mai 2010 soit six mois : 3 mois pour le choix, la formation des enquêteurs et la conduite de l'étude sur le terrain ; 1 mois pour la saisie des données, leur traitement et analyse ; 2 mois pour la rédaction finale de l'étude.

IV.3 POPULATION D'ETUDE :

Elle était composée de :

- Les femmes en âge de procréer vivant en milieu rural ;
- Les femmes séropositives membres d'une association de personnes vivant avec le VIH/SIDA ;

Etude sur les facteurs de fragilités et de vulnérabilités des femmes face au VIH/SIDA (cas de quatre communes rurales de KAYES

- Élus communaux ;
- Association de femmes ;
- Associations de jeunes ;
- Des prestataires de santé
- Leaders religieux

IV.3.1 Critères d'inclusion : ont été inclus dans notre étude :

- Toute femme en âge de procréer vivant en milieu, résidant dans la zone d'étude et qui a accepté de participer à l'étude ;
- Toute femme séropositive, membre d'une association de personnes vivants avec le VIH/SIDA et cela pendant au moins deux ans et qui a accepté de participer à l'étude ;
- Tout leader communautaire résidant dans la zone d'étude et qui a accepté de participer à l'étude ;
- Tout groupement féminin résidant dans la zone d'étude et qui a accepté de participer à l'étude ;
- Tout groupement de jeune résidant dans la zone d'étude et qui a accepté de participer à l'étude ;
- Tout prestataire de santé qui a accepté de répondre à nos questions.

IV.3.2 Critères de non inclusion :

- Toute femme séropositive, membre d'une association de personnes vivant avec le VIH/SIDA et cela pendant moins de deux ans;
- Les personnes citées dans les critères d'inclusion et qui ont refusé de participer à l'étude

IV.4 TAILLE DE L'ECHANTILLON

Etude quantitative : Au total 1954 femmes ayant l'âge de procréer résidentes en milieu rural ont été interrogées.

Etude sur les facteurs de fragilités et de vulnérabilités des femmes face au VIH/SIDA (cas de quatre communes rurales de KAYES

Etude analytique : Cette enquête a intéressé les femmes séropositives, connaissant leur statut sérologique et membres d'une association de PVVIH pendant au moins 2 ans ; les leaders religieux et associatifs, les élus communaux, les prestataires de santé.

IV.5 ECHANTILLONNAGE

Les quatre communes de la région (**DIALAFARA, KOUSSANE, MARENA DJOUMBOUGOU** et **SADIOLA**) ont été choisies en fonction de la zone d'intervention de GRDR-KAYES.

Dans un deuxième temps, nous avons choisi dix (10) villages par commune. Pour le choix des villages, une liste de critères a été établie tenant compte de la taille de la population, de la position du village sur une frontière donnée, sur un site aurifère et l'existence de sites prostitutionnels.

Au niveau de chaque village, nous avons choisi 50 femmes quelle que soit la taille populationnelle du village. Ce qui fait un effectif de 2000 femmes sur les 4 communes rurales couvertes par l'étude.

Pour les femmes séropositives, compte tenu de l'effectif des membres de l'association des PVVIH, nous avons opté pour un échantillon raisonné au 1/4, soit 50 femmes sur un total de 200.

IV.6 VARIABLES

Femmes en âge de procréer

- profil sociologique des femmes en milieu rural ;
- leur niveau d'étude ;
- leur statut matrimonial ;
- leur revenu mensuel ;
- les pratiques culturelles à risque ;
- leur niveau de connaissance de l'infection (voies de transmission, définition, moyens de prévention etc.).

Etude sur les facteurs de fragilités et de vulnérabilités des femmes face au VIH/SIDA (cas de quatre communes rurales de KAYES

Femmes séropositives

- profil sociodémographique;
- les pratiques culturelles à risque ;
- leur condition socio-économique avant et après l'infection ;
- leur connaissance de l'infection ;
- les changements (économiques, géographique, socio-identitaires) induits par le VIH ou non.

IV.7 TECHNIQUES ET OUTILS DE COLLECTE

Les techniques de collecte ont été :

- ❖ **Le questionnaire** qui a permis de collecter des informations sur :
 - Profil sociologique des femmes en milieu rural ;
 - Le niveau d'étude ;
 - Le statut matrimonial ;
 - Le revenu mensuel ;
 - Profil sociodémographique des femmes séropositives
 - Les changements (économiques, géographique, socio-identitaires) induits par le VIH ou non.
 - Les pratiques culturelles à risque ;
 - Le niveau de connaissance sur l'infection (voies de transmission, définition, moyens de prévention etc.).
- ❖ **Le guide d'entretien** a permis de recueillir:
 - La qualité des différents leaders interrogés ;
 - Situation des infrastructures sanitaires de la zone ;
 - Existence d'association ou organisme de lutte contre le VIH/SIDA, leur couverture ainsi que leur source de financement et de sites prostitutionnels ;
 - Organisation des personnels de santé de la zone qualifiés au conseling, à la prévention et à la prise en charge des PVVIH

Etude sur les facteurs de fragilités et de vulnérabilités des femmes face au VIH/SIDA (cas de quatre communes rurales de KAYES

IV.8 TRAITEMENT ET ANALYSE DES DONNEES

Les données recueillies ont été traitées avec le logiciel Epi info (version 3.5.1)

Word et PowerPoint du pack office 2007 ont aussi été utilisés.

Le test statistique utilisé a été le Khi2 avec seuil de signification statistique $p < 0,05$.

IV.9 ETHIQUE

L'étude porte sur une question de santé publique et ne porte pas atteinte au genre humain. Cependant, le fait d'organiser des réunions préparatoires avant les enquêtes avec l'ensemble des acteurs communautaires a permis de préciser les enjeux de cette étude afin d'avoir l'adhésion des communautés et des enquêtées que constituent les femmes.

Par contre l'étude qualitative a requis l'élaboration de critères d'inclusion ainsi que l'élaboration de fiches de consentement. La garantie de la confidentialité a été de mise et les outils de collectes ne s'intéressaient pas au nom et prénom des enquêtées, pour faire valoir les bonnes pratiques sociales.

Les facteurs biologiques qui constituent également des éléments de fragilisation des femmes face à la maladie SIDA n'ont pas été pris en compte au cours de notre étude.

La diffusion des résultats de notre étude pourra servir à lancer une réflexion sur les modes d'intervention actuelles et redéfinir les stratégies, les moyens et les outils de lutte contre le VIH/SIDA.

IV.10 DIFFICULTES RENCONTREES

Au cours de cette étude, les principales difficultés rencontrées étaient liées à la logistique de l'équipe santé GRDR ce qui n'a pas affecté la qualité de notre étude.

En plus, la majorité des femmes de Falaya étaient réticentes au départ ; mais avec l'appui du chef de village et de son fils, nous sommes parvenus à administrer nos 50 questionnaires.

Etude sur les facteurs de fragilités et de vulnérabilités des femmes face au VIH/SIDA (cas de quatre communes rurales de KAYES

Le problème de communication s'est posé à Seyboule où les femmes ne comprenaient pas en général Bambara ; mais le choix et la répartition des enquêteurs a permis de minimiser cet état de fait.

IV.11 DEFINITIONS DE CONCEPT

- ❖ **SIDA** est l'abréviation de syndrome d'immunodéficience acquise. C'est le dernier stade de l'infection à VIH. [1]

Des années peuvent s'écouler jusqu'à ce qu'une personne contaminée par le VIH, même sans traitement, atteigne ce stade. Avoir le sida signifie que le virus a tellement affaibli le système immunitaire que l'organisme a de la peine à lutter contre les infections. On dit qu'un sujet a le SIDA s'il souffre d'une ou de plusieurs infections et qu'il a un nombre réduit de cellules T pour y faire face.

- ❖ **VIH** est l'abréviation de virus de l'immunodéficience humaine. C'est un virus responsable du SIDA. Il diffère des autres virus autres virus parce qu'il s'attaque au système immunitaire, qui est responsable de la défense de notre organisme pour la lutte contre les infections. Le VIH repère et détruit un type de lymphocytes, les cellules T ou CD4, dont le système immunitaire a besoin pour combattre les maladies. [1]
- ❖ **Facteur** Agent, élément qui concourt à un résultat ; cause
- ❖ **Fragilité** Caractère précaire, vulnérable, faible et instable.
- ❖ **Vulnérabilité** Qui est exposé aux atteintes d'une maladie, qui peut servir de cible facile aux attaques d'un ennemi : Une position vulnérable.
- ❖ **Femme** Être humain appartenant au sexe apte à reproduire des ovules et à porter des enfants ; être humain femelle.
- ❖ **Polygamie**

Etude sur les facteurs de fragilités et de vulnérabilités des femmes face au VIH/SIDA (cas de quatre communes rurales de KAYES

Système social admettant légalement le mariage d'un homme avec plusieurs femmes (polygynie) ou d'une femme avec plusieurs hommes (polyandrie).

❖ **Excision**

Ablation rituelle du clitoris et parfois des petites lèvres, pratiquée chez certains peuples.

❖ **Lévirat**

Le lévirat est un type particulier de mariage où le frère d'un défunt épouse la veuve de son frère, afin de poursuivre la lignée de son frère.

❖ **Sororat**

Pratique selon laquelle un homme veuf doit épouser une sœur de sa défunte épouse.

❖ **Mariage précoce**

Constitue le mariage d'une personne à l'âge adolescent.

Etude sur les facteurs de fragilités et de vulnérabilités des femmes face au VIH/SIDA (cas de quatre communes rurales de KAYES)

IV. RESULTATS

Notre étude s'est déroulée de Décembre 2009 à Mai 2010 dans les localités suivantes: quatre communes de la région de KAYES : **KOUSSANE**, **MARENA DJOUMBOUGOU**, et **SADIOLA** (cercle de KAYES) et **DIALAFARA** (cercle de KENIEBA) et la ville de KAYES.

Une partie de l'étude dite *quantitative* a concerné 1954 femmes vivant en milieu rural et ayant l'âge de procréer et l'autre dite *analytique* a concerné les femmes séropositives associatives pendant au moins 2ans ; les leaders communaux, religieux, associatifs et les personnels sanitaires.

V.1 *CARACTERISTIQUES SOCIODEMOGRAPHIQUES*

IV.3.3 Les femmes en âge de procréer

LISTE DES TABLEAUX :

Tableau I : Répartition des femmes en âge de procréer selon la tranche d'âge.

Tranche d'âge (ans)	Nombre de cas	%
Moins de 25ans	824	42,2
25 et 34ans	646	33,0
35ans et plus	484	24,8
Total	1 954	100,0

Les femmes de moins de 25ans sont les plus représentées dans notre étude avec (42,2%) de la population générale.

Etude sur les facteurs de fragilités et de vulnérabilités des femmes face au VIH/SIDA (cas de quatre communes rurales de KAYES

Tableau II : Répartition des femmes en âge de procréer selon le niveau d'étude.

Niveau d'étude	Nombre de cas	%
Primaire	374	19,1
Secondaire	73	3,8
Supérieur	15	0,8
Non scolarisée	1 242	63,5
Medersa	250	12,8
Total	1 954	100

Les femmes qui n'ont jamais été scolarisées représentent la majorité dans l'ensemble de l'étude (63,5%).

Tableau III : Répartition des femmes en âge de procréer selon la situation matrimoniale.

Situation Matrimoniale	Nombre de cas	%
Union libre (Concubinage)	26	1,3
Mariée (Monogamie)	717	36,7
Mariée (Polygamie)	977	50,0
Veuve	234	12,0
Total	1954	100,0

La polygamie a été le type de régime le plus représenté au cours de notre étude en milieu rural avec 50,0%.

Etude sur les facteurs de fragilités et de vulnérabilités des femmes face au VIH/SIDA (cas de quatre communes rurales de KAYES

Tableau IV : Répartition des femmes veuves remariées après le décès du premier mari.

Mariage après décès du 1^{er} conjoint	Nombre de cas	%
Oui	140	59,8
Non	94	40,2
Total	234	100,0

Tableau V: Répartition des femmes en âge de procréer selon leur nombre de mariage.

Mariage	Nombre de cas	%
Premier mariage	1694	92,4
Second remariage	140	7,6
Total	1834	100,0

Tableau VI : Répartition des femmes en âge de procréer remariées selon Lien de consanguinité du nouvel époux avec le défunt.

Lien de consanguinité avec le défunt	Nombre de cas	%
Oui	125	89,2
Non	15	10,8
Total	140	100,0

Le remariage après le décès du 1^{er} mari a été fréquemment constaté au cours de notre étude (59,8%).

Taux de lien de consanguinité avec leur défunt mari (89,2).

Etude sur les facteurs de fragilités et de vulnérabilités des femmes face au VIH/SIDA (cas de quatre communes rurales de KAYES)

Tableau VII : Répartition des femmes en âge de procréer selon la cohabitation avec le mari.

COMMUNE	Oui		Non		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
DIALAFARA	372	84,7	67	15,3	439	100,0
KOUSSANE	310	69,7	135	30,3	445	100,0
MARENA DJIOUMBOUGOU	249	60,0	128	33,0	377	100,0
SADIOLA	346	80,0	87	20,0	433	100,0
TOTAL	1277	75,4	417	24,6	1694	100,0

Près d'un ¼ des femmes en âge de procréer qui ont participé à notre étude ne vivaient pas sous le même toit pas avec leur mari.

Etude sur les facteurs de fragilités et de vulnérabilités des femmes face au VIH/SIDA (cas de quatre communes rurales de KAYES

IV.3.4 Les femmes séropositives

Tableau VIII: Répartition des femmes séropositives par tranche d'âge.

TRANCHE D'AGE	Nombre de cas	%
Moins de 25 ans	9	21,0
Entre 25 - 34 ans	17	39,5
35 ans et plus	17	39,5
Total	43	100,0

Les femmes séropositives âgées de plus de 25ans étaient le groupe majoritairement représenté au cours de notre étude.

Tableau IX : Répartition des femmes séropositives selon leur niveau d'instruction.

Niveau d'instruction	Nombre de cas	%
Primaire	14	32,6
Secondaire	3	7,0
Jamais scolarisées	26	60,4
Total	43	100,0

Dans cet échantillon d'étude 60,4% des femmes séropositives n'avaient jamais été scolarisées.

Etude sur les facteurs de fragilités et de vulnérabilités des femmes face au VIH/SIDA (cas de quatre communes rurales de KAYES

Tableau X: *Situation matrimoniale des femmes séropositives avant et après le test du VIH.*

Situation matrimoniale	Avant		Après	
	Nombre de cas	%	Nombre de cas	%
Célibataire	3	7,0	3	7,0
Mariée (Monogamie)	16	37,2	9	20,9
Mariée (Polygamie)	17	39,5	15	34,9
Divorcée	2	4,7	6	13,9
Veuve	5	11,6	10	23,3
Total	43	100,0	43	100,0

La polygamie a été le régime le plus fréquemment rencontré au cours de notre étude avec (39,5%) avant le test VIH et (34,9%) après le test VIH.

Etude sur les facteurs de fragilités et de vulnérabilités des femmes face au VIH/SIDA (cas de quatre communes rurales de KAYES

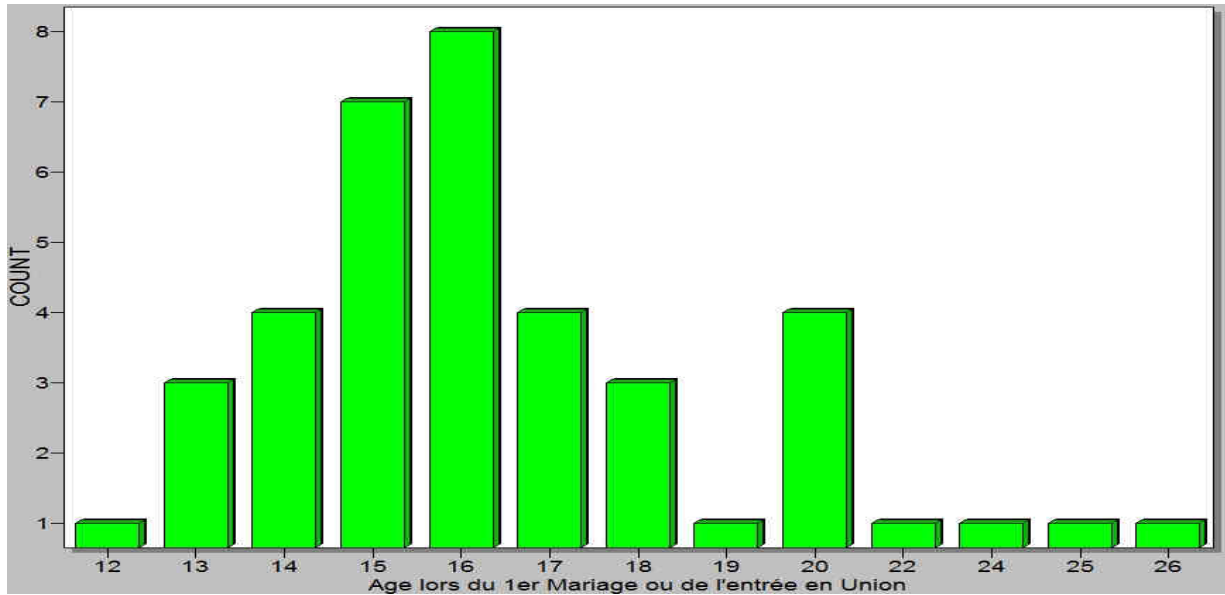
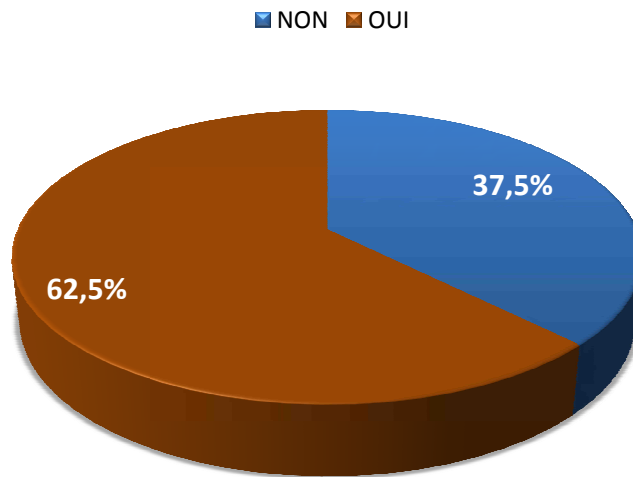


Figure 2 : Répartition graphique des femmes séropositives en fonction de l'âge d'entrée en union ou du mariage.

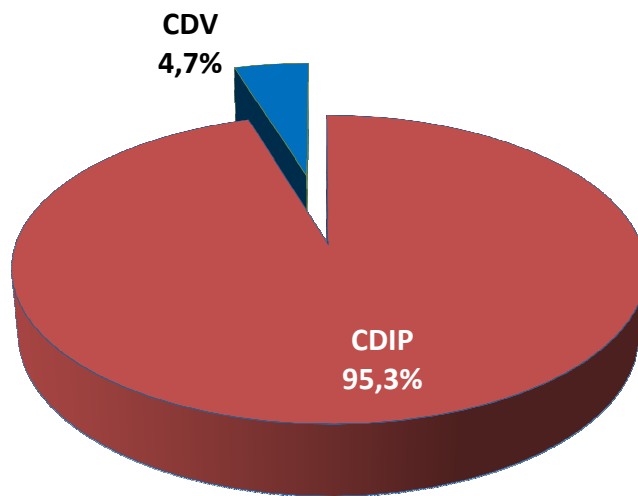
La majorité des femmes de l'étude se sont mariées entre 14-20 ans.



N=24

Figure 3 : Répartition des femmes séropositives selon la vie cohabitation avec le mari (Oui/Non).

Nous avons constaté au cours de notre étude que 28,0% des femmes séropositives mariées ne vivent pas sous le même toit avec leur mari.



N=43

Figure 4 : Répartition des femmes séropositives selon le mode de découverte de la sérologie.

La découverte du statut sérologique des femmes de notre étude a été faite généralement suite à l'initiative d'un prescripteur (95,3%).

Tableau XI : Analyse descriptive des facteurs de changement de situation matrimoniale.

Motifs de changement de situation matrimoniale	Nombre de cas	%
Conjoint décédé	10	66,7
Divorcées (suite aux résultats du test)	4	26,6
Mariage	1	6,7
Total	15	100

Le décès de conjoint a été le premier motif de changement de situation matrimoniale des femmes séropositives de notre étude soit (66,7%).

Tableau XII : Fréquence des motifs de changement de lieu de résidence des femmes séropositives enquêtées

Motif de changement de lieu de résidence	Nombre de cas	%
Conjoint décédé	6	37,5
Divorcé (à cause du statut positif au VIH)	2	12,5
Mariage	1	6,3
Quête d'emploi	1	6,3
Stigmatisation	6	37,5
Total	16	100

La stigmatisation et le décès des conjoints ont constitué les deux principaux motifs de changement de lieu de résidence des femmes séropositives enquêtées soit (75,0%).

Tableau XIII : Tableau proportionnel des femmes veuves VIH+ remariées

Proportion de femme remariée après le décès du conjoint	Nombre de cas	%
Remariée	7	70,0
Restée veuve	3	30,0
Total	10	100,0

Tableau XIV : Lien de consanguinité avec le défunt

Lien de consanguinité avec le défunt	Nombre de cas	%
Oui	5	71,4
Non	2	28,6
Total	7	100,0

Taux de pourcentage des femmes VIH+ remariées : 70

Taux de lien de consanguinité avec le défunt : 71,4

Etude sur les facteurs de fragilités et de vulnérabilités des femmes face au VIH/SIDA (cas de quatre communes rurales de KAYES

V.2 PRATIQUES CULTURELLES A RISQUE DANS LES FAMILLES D'ORIGINE

V.2.1 Les femmes en âge de procréer

Tableau XV : Répartition des femmes en âge de procréer par commune selon la pratique du rapport sexuel non protégé.

Commune	RAPPORT SEXUEL NON PROTÉGÉ					
	Oui		Non		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
DIALAFARA	337	67,4	163	32,6	500	100,0
KOUSSANE	343	68,6	157	31,4	500	100,0
MARENA DJIOUMBOUGOU	339	74,8	114	25,2	453	100,0
SADIOLA	343	68,5	158	31,5	501	100,0
TOTAL	1362	69,7	592	30,3	1954	100,0

Au cours de notre étude, 30,3% des enquêtées en milieu rural pratiquaient un rapport sexuel non protégé avec un pourcentage plus élevé 32,6 à Dialafara.

Etude sur les facteurs de fragilités et de vulnérabilités des femmes face au VIH/SIDA (cas de quatre communes rurales de KAYES)

Tableau XVI : Répartition des femmes en âge de procréer par commune selon la pratique de l'Excision dans leur famille d'origine.

Commune	EXCISION				TOTAL	
	Oui		Non		N	%
	N	%	N	%		
DIALAFARA	545	90,8	46	9,2	500	100,0
KOUSSANE	478	95,6	22	4,4	500	100,0
MARENA DJIOUMBOUGOU	350	77,3	103	22,7	453	100,0
SADIOLA	402	80,2	99	19,8	501	100,0
TOTAL	1686	86,2	270	13,8	1954	100,0

L'excision est pratiquée majoritairement dans les familles d'origine des femmes de notre étude avec un pourcentage (86,2).

Le taux le plus élevé a été constaté à Koussane avec 95,6.

Etude sur les facteurs de fragilités et de vulnérabilités des femmes face au VIH/SIDA (cas de quatre communes rurales de KAYES)

Tableau XVII : Répartition des femmes en âge de procréer par commune selon la pratique de Lévirat dans leur famille d'origine.

Commune	LÉVIRAT				TOTAL	
	Oui		Non		N	%
	N	%	N	%		
DIALAFARA	355	71,0	145	29,0	500	100,0
KOUSSANE	311	62,2	189	37,8	500	100,0
MARENA DJIOUMBOUGOU	381	84,1	72	15,9	453	100,0
SADIOLA	385	76,8	116	23,2	501	100,0
TOTAL	1432	73,3	522	26,7	1954	100,0

Le lévirat était pratiqué à Marena Djoumbougou plus que les autres communes soit (84,1%).

Etude sur les facteurs de fragilités et de vulnérabilités des femmes face au VIH/SIDA (cas de quatre communes rurales de KAYES)

Tableau XVIII : Répartition des femmes en âge de procréer par commune selon la pratique de Sororat dans leur famille d'origine.

Commune	SORORAT				TOTAL	
	Oui		Non		N	%
	N	%	N	%		
DIALAFARA	279	55,8	221	44,2	500	100,0
KOUSSANE	313	62,6	187	37,4	500	100,0
MARENA DJIOUMBOUGOU	370	81,7	83	18,3	453	100,0
SADIOLA	327	65,3	174	34,7	501	100,0
TOTAL	1289	66,0	665	34,0	1954	100,0

Le sororat reste une pratique dans les familles d'origine des enquêtées selon notre étude avec un pourcentage plus élevé à MARENA DJIOUMBOUGOU (81,7%).

Etude sur les facteurs de fragilités et de vulnérabilités des femmes face au VIH/SIDA (cas de quatre communes rurales de KAYES)

Tableau XIX : Répartition des femmes en âge de procréer par commune selon la pratique de la Polygamie dans leur famille d'origine.

Commune	POLYGAMIE				TOTAL	
	Oui		Non		N	%
	N	%	N	%		
DIALAFARA	449	89,8	51	10,2	500	100,0
KOUSSANE	465	93,0	35	7,0	500	100,0
MARENA DJIOUMBOUGOU	324	71,5	129	28,5	453	100,0
SADIOLA	445	88,8	56	11,2	501	100,0
TOTAL	1683	86,1	271	13,9	1954	100,0

La polygamie a été le premier type de régime rencontré au cours de notre étude (86,1%).

Etude sur les facteurs de fragilités et de vulnérabilités des femmes face au VIH/SIDA (cas de quatre communes rurales de KAYES)

Tableau XX : Répartition des femmes en âge de procréer par commune selon la pratique du Mariage précoce dans leur famille d'origine.

Commune	MARIAGE PRÉCOCE					
	Oui		Non		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
DIALAFARA	364	72,8	136	27,2	500	100,0
KOUSSANE	474	94,8	26	5,2	500	100,0
MARENA DJIOUMBOUGOU	323	71,3	130	28,7	453	100,0
SADIOLA	370	73,9	131	26,1	501	100,0
TOTAL	1531	78,4	423	21,6	1954	100,0

Au cours de notre enquête 21,6% des familles ne pratiquaient pas le mariage précoce. Le taux le moins élevé est observé dans la commune de KOUSSANE avec (5,2).

Etude sur les facteurs de fragilités et de vulnérabilités des femmes face au VIH/SIDA (cas de quatre communes rurales de KAYES

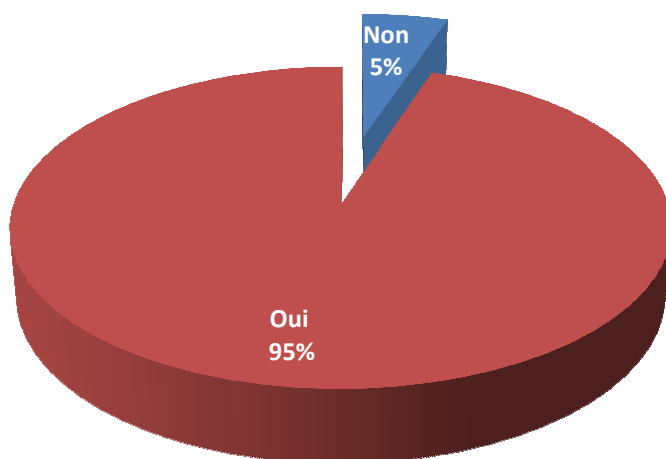
Tableau XXI : Répartition des femmes en âge de procréer par commune selon la pratique des Tatouages et Percings dans leur famille d'origine.

Commune	TATOUAGES ET PERCINGS					
	Oui		Non		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
DIALAFARA	444	88,8	56	11,2	500	100,0
KOUSSANE	382	76,4	118	23,6	500	100,0
MARENA DJIOUMBOUGOU	280	61,8	173	38,2	453	100,0
SADIOLA	306	61,1	195	38,9	501	100,0
TOTAL	1412	72,3	542	27,7	1954	100,0

Les tatouages et les percings existent dans les familles d'origine des enquêtées (72,3%). Taux le plus élevé a été enregistré à DIALAFARA.

Etude sur les facteurs de fragilités et de vulnérabilités des femmes face au VIH/SIDA (cas de quatre communes rurales de KAYES

V.2.2 Les femmes séropositives



N=43

Figure 5: Répartition des femmes séropositives selon la pratique du Lévirat dans leur famille d'origine.

Le lévirat est pratiqué dans 95% des familles d'origine des femmes séropositives incluses.

N=43

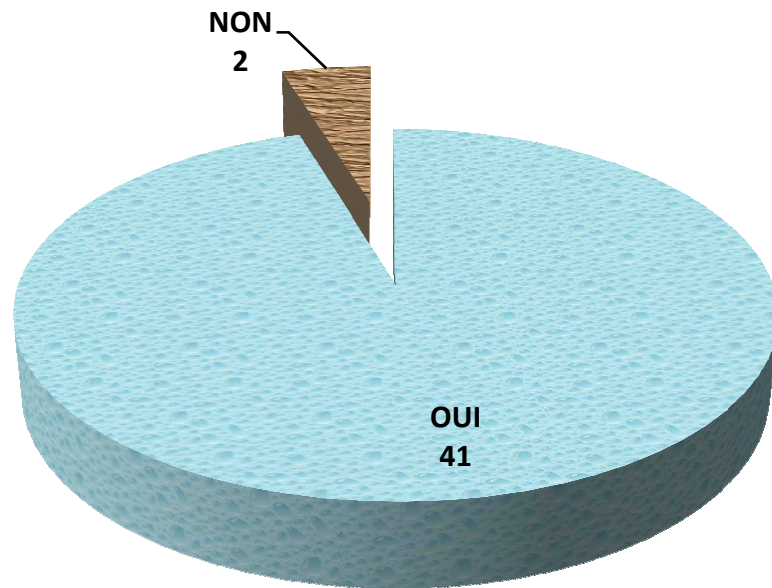


Figure 6: Répartition des femmes séropositives selon la pratique du Sororat dans leurs familles d'origine

Au cours de notre étude, seulement deux (2) femmes séropositives ont affirmé que le sororat n'est pas pratiqué dans leur famille d'origine.

- ✓ *Dans 100% des familles d'origine des femmes séropositives de notre étude le mariage précoce était pratiqué.*
- ✓ *Dans 100% des familles d'origine des femmes séropositives l'excision était pratiquée.*
- ✓ *Dans 100% des familles de notre étude la polygamie était pratiquée.*

Etude sur les facteurs de fragilités et de vulnérabilités des femmes face au VIH/SIDA (cas de quatre communes rurales de KAYES)

V.3 CONNAISSANCES GENERALES SUR LA MALADIE

V.3.1 Les femmes en âge de procréer

Tableau XXII: Répartition des femmes en âge de procréer par commune selon la connaissance sur la transmission par voie sanguine.

Commune	Oui		Non		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
DIALAFARA	296	59,2	204	40,8	500	100,0
KOUSSANE	337	67,4	163	32,6	500	100,0
MARENA DJIOUMBOUGOU	300	66,2	153	33,8	453	100,0
SADIOLA	319	63,7	182	36,3	501	100,0
TOTAL	1252	64,1	702	35,9	1954	100,0

Plus de la moitié des femmes interrogées en milieu rural ont affirmé connaître la transmission du VIH par voie sanguine.

Etude sur les facteurs de fragilités et de vulnérabilités des femmes face au VIH/SIDA (cas de quatre communes rurales de KAYES)

V.3.2 Les femmes séropositives

Tableau XXIII: *Connaissance des femmes séropositives sur le VIH /Sida avant d'être infectées.*

Connaissance du VIH/SIDA avant le test	Nombre de cas	%
Oui	36	83,7
Non	7	16,3
Total	43	100

La majorité VIH+ de notre étude, soit (83,7%) ont affirmé avoir des informations sur le VIH/SIDA avant leur contamination.

Tableau XXIV: *Répartition des femmes séropositives selon leurs Canaux d'informations sur le VIH/SIDA pour la première fois.*

Si oui le ou les canaux	Nombre de cas	%
Radio	3	8,3
Télévision	2	5,5
Télévision + Causerie	1	2,7
Télévision + Ecole	1	2,7
Télévision + Radio	26	72,2
Télévision + Radio+ Théâtre	1	2,7
Théâtre	1	2,7
Tiers	1	2,7
Total	36	100,0

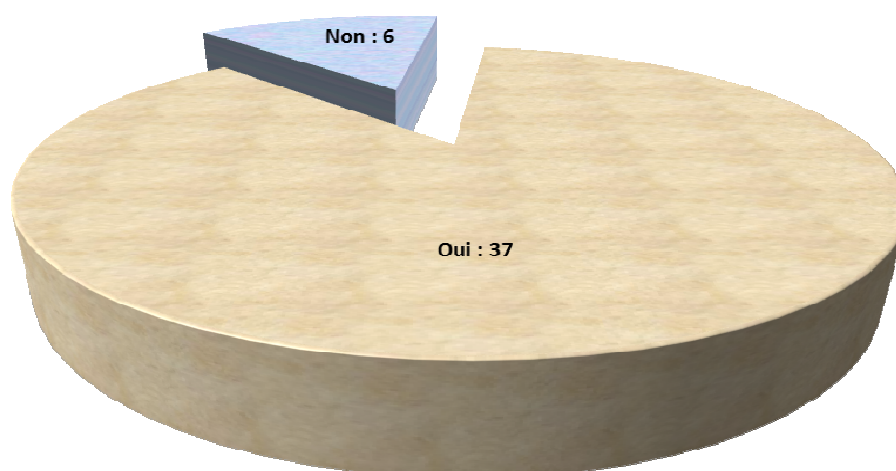
La télévision et la radio constituaient les canaux d'informations les plus utilisés

Etude sur les facteurs de fragilités et de vulnérabilités des femmes face au VIH/SIDA (cas de quatre communes rurales de KAYES

Tableau XXV: Répartition des femmes séropositives selon leur connaissance de la 1ère cause de l'infection à VIH

1ère cause de l'infection à VIH	Nombre de cas	%
Les rapports sexuels non protégés	37	86,1
La transmission mère – enfant	1	2,3
NSP(Ne sait pas)	5	11,6
Total	43	100,0

De nombreuses femmes séropositives enquêtées (86,1%) ont affirmé savoir que le rapport sexuel non protégé constitue la première source de transmission de l'infection à VIH.



N=43

Figure 7: Répartition des femmes séropositives selon leur connaissance sur la possibilité d'éviter la transmission mère enfant du VIH

Seulement 6(six) femmes séropositives sur 43 (quarante trois) ne savaient pas que la transmission mère-enfant du VIH/SIDA pourrait être évitée.

Tableau XXVI: *Connaissance des femmes séropositives sur les substances pouvant transmettre le VIH.*

REPONSES	Salive		Sang		Sécrétion vaginales		Urines		Sperme		Lait maternel		Sueur	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Oui	0	0	37	86,0	25	58,1	2	4,7	32	74,4	25	58,1	0	0
Non	43	100,0	6	14,0	18	41,9	41	95,3	11	25,6	18	41,9	43	100,0
Total	43	100,0	43	100,0	43	100,0	43	100,0	43	100,0	43	100,0	43	100,0

Etude sur les facteurs de fragilités et de vulnérabilités des femmes face au VIH/SIDA (cas de quatre communes rurales de KAYES)

V.4 PRATIQUES D'AGR ET REVENU MENSUEL DES FEMMES

V.4.1 Les femmes en âge de procréer

Tableau XXVII: Répartition des femmes en âge de procréer en fonction de l'exercice d'une activité économique

Commune	AGR				TOTAL	
	Oui		Non		N	%
	N	%	N	%		
DIALAFARA	342	68,4	158	31,6	500	100,0
KOUSSANE	308	61,6	192	38,4	500	100,0
MARENA DJIOUMBOUGOU	92	20,3	361	79,7	453	100,0
SADIOLA	302	60,3	199	39,7	501	100,0
TOTAL	1 044	53,4	910	46,6	1954	100,0

La plupart des femmes de notre étude menait une AGR exception faite pour MARENA DJIOUMBOUGOU où seulement (20,3%) des femmes menaient une AGR.

Etude sur les facteurs de fragilités et de vulnérabilités des femmes face au VIH/SIDA (cas de quatre communes rurales de KAYES)

Tableau XXVIII: Répartition des femmes en âge de procréer par commune selon le revenu mensuel.

Commune	500f		500 à 1000f		1000 à 2500f		2500 à 5000f		Plus de 5000f		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
DIALAFARA	65	16,5	168	42,9	138	35,2	16	4,1	5	1,3	392	100,0
KOUSSANE	106	28,7	149	40,4	104	28,1	7	1,9	3	0,9	369	100,0
MARENA DJIOUMBOUGOU	11	9,8	31	27,4	57	50,4	6	5,3	8	7,1	113	100,0
SADIOLA	108	41,0	95	35,9	49	18,5	11	4,2	1	0,4	264	100,0
TOTAL	290	25,5	443	38,9	348	30,6	40	3,5	17	1,5	1138	100,0

La majorité de celles qui gagnaient plus de 5000 Franc par mois étaient les ressortissantes de la commune de MARENA DJIOMBOUGOU avec 7,1%.

Etude sur les facteurs de fragilités et de vulnérabilités des femmes face au VIH/SIDA (cas de quatre communes rurales de KAYES)

V.4.2 Les femmes séropositives

Tableau XXIX: *Tableau comparatif des femmes séropositives bénéficiant des AGR avant et après le test VIH+.*

Pratique d'AGR	Avant		Après	
	Nombre de cas	%	Nombre de cas	%
Oui	24	55,8	30	69,8
Non	19	44,2	13	30,2
Total	43	100,0	43	100,0

Il n'y a pas une relation statistiquement significative entre la découverte du statut sérologique positif et la pratique d'une AGR. $\chi^2=1,79$ nettement $< 3,84$.

Etude sur les facteurs de fragilités et de vulnérabilités des femmes face au VIH/SIDA (cas de quatre communes rurales de KAYES)

Tableau XXX: *Comparaison du Revenu mensuel des femmes séropositives avant et après le test de VIH+.*

Revenu mensuel	Avant		Après	
	Nombre de cas	%	Nombre de cas	%
0 à 5000 FCFA	3	12,5	4	13,3
5000 à 10 000FCFA	10	41,7	7	23,3
10 000 à 50 000FCFA	5	20,8	6	20,0
50 000 à 150 000FCFA	3	12,5	11	36,7
> 150 000 FCFA	3	12,5	2	6,7
Total	24	100,0	30	100,0

Le revenu mensuel des femmes séropositives a été légèrement élevé après la découverte de la sérologie, 36,7% gagnent de 50 000-150 000F CFA.

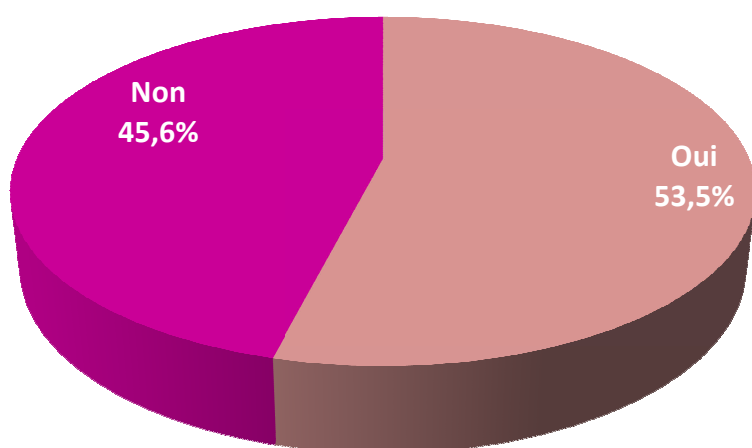
Etude sur les facteurs de fragilités et de vulnérabilités des femmes face au VIH/SIDA (cas de quatre communes rurales de KAYES

Tableau XXXI: *Comparaison des besoins quotidiens des femmes séropositives avant et après le test*

Besoins Quotidien	Avant		Après	
	Nombre de cas	%	Nombre de cas	%
0 à 500F	6	13,9	7	16,2
500 à 1 000F	27	62,8	22	51,2
1 000 à 2 500F	10	23,3	12	28,0
2 500 à 5 000F	0	0	2	4,6
Total	43	100,0	43	100,0

Il y a eu très peu de changement des besoins quotidiens après la découverte du statut sérologique.

Etude sur les facteurs de fragilités et de vulnérabilités des femmes face au VIH/SIDA (cas de quatre communes rurales de KAYES)



N : 43

Figure 8: Répartition des femmes séropositives selon le soutien financier.

Plus de la moitié des femmes séropositives de notre étude ont affirmé avoir le soutien d'une tierce personne soit 53,5%.

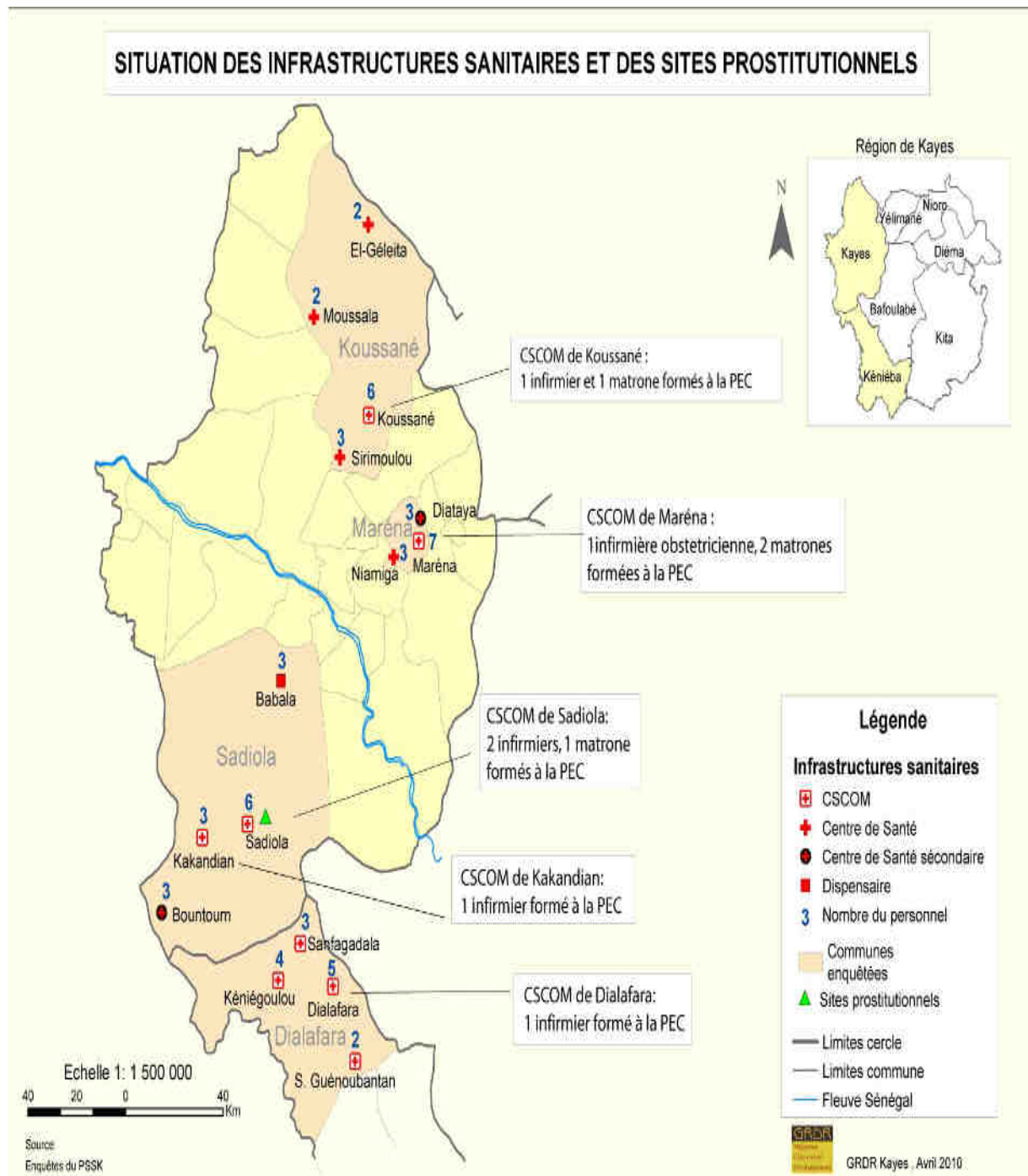


Figure 9: Cartographie des structures sanitaires des communes rurales de notre étude avec des personnels sanitaires formés à la prise et la prévention de lutte contre le VIH/SIDA.

Etude sur les facteurs de fragilités et de vulnérabilités des femmes face au VIH/SIDA (cas de quatre communes rurales de KAYES)

V. COMMENTAIRES ET DISCUSSION

Notre étude a regroupé deux volets distincts:

L'un **quantitatif** a porté sur 1954 femmes en âge de procréer dans quatre communes rurales.

L'autre **analytique** a intéressé 43 femmes séropositives résidentes dans la ville de Kayes, mais aussi certains leaders communautaires des différentes communes sur l'environnement infrastructurel sanitaire et organisationnel de la prise en charge et la prévention du VIH/SIDA.

✓ *Premier Volet*

La grande majorité des femmes séropositives de notre étude avait un âge supérieur à 25 ans soit 79,0% de la population générale proportionnelle à une étude autre réalisée dans cette même région a montrée que le taux d'infection chez les femmes est supérieur à celui des hommes (2,3% contre 1,3%) et la classe d'âge la plus touchée est celle des 30-39ans. [23]

Au cours de notre étude, nous avons constaté que beaucoup de femmes séropositives incluses ont contracté leur premier mariage entre 13 et 17 ans évoquant la précocité de la pratique sexuelle généralement chez les femmes dans notre pays.

Selon EDS IV de 2006 l'âge moyen d'entrer en union des femmes au Mali est de 16,5 ans. [24]

Une autre étude réalisée dans notre pays au sein du sous groupe (femmes et hommes) de 15-24 ans a montré qu'une personne sur cinq (20,7%) a eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans. Pour les femmes de la même tranche d'âge, la proportion est de 24,7% contre 5,4% pour les hommes. [25]

Etude sur les facteurs de fragilités et de vulnérabilités des femmes face au VIH/SIDA (cas de quatre communes rurales de KAYES)

Elles étaient mariées (monogame et polygame) à 76,7% avant la maladie et 55,8% après la maladie. Environ 22 femmes ont changé de statut matrimonial à la suite du décès du conjoint ou de divorce pour la plupart des cas suite à la découverte du statut sérologique.

Le changement de la situation matrimoniale des femmes VIH+ a été du le plus souvent :

- au décès du conjoint (66,7%)
- ou un divorce dans 26,6% des cas mettant en évidence la stigmatisation des personnes séropositives.

La plupart des femmes qui ont changé de résidence l'ont fait à cause de la stigmatisation ou du décès de leur conjoint soit 75,0%.

Les motifs de changement de lieu de résidence, 37,5 % des cas s'expliquent par la stigmatisation. Ce résultat est superposable à une étude du centre régional d'information et de prévention du SIDA qui fait ressortir que la séropositivité des femmes est vécue de façon plus difficile, dans une plus grande solitude, parfois dans le secret et la honte, surtout lorsque la contamination a été sexuelle. Il y a un " regard des autres " encore plus stigmatisant pour la femme séropositive et son mode de vie en lien avec la contamination. Cela peut être une difficulté supplémentaire pour vivre la séropositivité. [26]

La majorité des femmes séropositives de notre étude n'ont pas été scolarisées soit (60,4%). De nombreuses études menées à travers le monde ont mis en évidence le rôle important de l'éducation des femmes dans la lutte contre le VIH/SIDA. C'est pourquoi la Coalition mondiale sur les Femmes et le SIDA, conduite par l'ONUSIDA, a fait de l'éducation des filles, une priorité majeure. [27]

Etude sur les facteurs de fragilités et de vulnérabilités des femmes face au VIH/SIDA (cas de quatre communes rurales de KAYES

L'excision, le mariage précoce, et la polygamie restent encore des pratiques socioculturelles dans la famille d'origine de toutes les femmes séropositives enquêtées.

Le lévirat et le sororat étaient pratiqués dans la famille d'origine des femmes séropositives.

Notre étude a aussi prouvée que sept(7) veuves sur 10 (dix) se sont remariées redisant cette pratique du lévirat au sein de la société.

La majorité des femmes enquêtées ont découvert leur statut sérologique suite à l'initiative d'un prescripteur soit (95,3%). Le conseil dépistage volontaire ne constitue toujours pas une tâche facile au sein de notre société.

Près de 70% des dépistées séropositives ont dis avoir une activité génératrice de revenus, ces résultats diffèrent de ceux d'une étude menée en France entre 2003 et 2004 où il ressortait que 77,8% des femmes dépistées positives n'exerçaient pas d'activité professionnelle. Les femmes séropositives sont 3 à 8 fois plus affectées par la pauvreté que les autres femmes. A la situation professionnelle des femmes plus précaire que celle des hommes, s'ajoute des charges domestiques et familiales souvent plus lourdes, 22% des femmes séropositives élèvent seules un ou plusieurs enfants ce qui les met davantage dans une situation de précarité plus grande. [26]

Le revenu mensuel des femmes vivant avec le VIH/SIDA a été un peu amélioré après l'adhésion à l'association de PVVIH qui s'explique par le fait que certaines des associatives ont bénéficié un poste au sein du bureau de l'association bénéficiaient d'un salaire pour le travail qu'elles accomplissaient.

Etude sur les facteurs de fragilités et de vulnérabilités des femmes face au VIH/SIDA (cas de quatre communes rurales de KAYES

D'autres femmes séropositives ont affirmé avoir participé à des activités manuelles financées par certains ONG de la place pour subvenir (jardinage, fabrication de savon ...). Ce constat a été plus valable chez les femmes séropositives qui vivaient surtout en milieu urbain.

En même temps les besoins quotidiens des femmes VIH+ avant et après le test n'ont pas tellement changé.

Parmi ces femmes, seulement 53,5% ont affirmé avoir le soutien d'un tiers d'une manière ou d'une autre. Ce chiffre montre que la stigmatisation et l'isolement des personnes vivant avec le VIH/SIDA persistent encore dans nos sociétés.

Avant d'être dépistées 83,7% des enquêtées ont affirmé avoir entendu parler de la maladie mais ce qui n'a pas pu empêcher leur contamination. Les informations à elles seules ne pourraient circonscrire cette pandémie. Une politique intégrée en vue d'un changement de comportement est indispensable. Les femmes séropositives savaient à 86,0% que les rapports sexuels non protégés constituent la première cause de l'infection par le virus du SIDA et 86,0% ont affirmé connaître qu'il existe une possibilité d'éviter la transmission mère-enfant.

Quant aux connaissances sur les produits contaminants beaucoup d'entre elles ignoraient encore que le sperme (25,6%), les sécrétions vaginales (41,9%) et le lait maternel (41,9%) étaient vecteurs du virus.

Etude sur les facteurs de fragilités et de vulnérabilités des femmes face au VIH/SIDA (cas de quatre communes rurales de KAYES

✓ *Second Volet*

Les femmes de moins de 25 ont représenté 42,2% parmi celles qui ont répondu aux questions lors de notre étude quantitative. Ce résultat prouve à suffisance que la population malienne est à majorité jeune comme le démontre le dernier recensement général de la population et de l'habitat. [27]

Les non scolarisées ont dominé dans cet échantillon avec 63,5%, la non scolarisation des femmes reste encore un problème majeur dans les zones rurales de notre pays, contrairement à une étude menée par l'Etat sur le plan de l'instruction de la population qui a prouvé que 34% d'hommes et 23% des femmes ont fréquenté l'école. Ces proportions bien que faibles indiquent une amélioration du niveau d'éducation des populations par rapport à celles des générations antérieures. [27]

La moitié de l'échantillon des femmes interrogées en milieu rural vivait dans un régime polygamique. Cette composante de la polygamie est courante et bien répandue au Mali comme partout où l'Islam est dominant. Selon la dernière enquête démographique et de santé (EDS IV) la région de Kayes se place en deuxième position en matière de régime polygamique avec 48% des couples. [24]

Sur 1694 femmes mariées vivant en milieu rural, 417 ne vivaient pas avec en cohabitation avec leur mari soit près de 24,6%. Le taux le élevé a été dans la commune MARENA DJIOMBOUGOU (33,0). Ce résultat s'expliquerait par le fait que l'émigration et ou l'exode sont très pratiquées par les hommes de cette zone. Similaire a une étude menée en 2007 par le ministère des Maliens de l'Extérieur et de l'Intégration africaine qui a conclu que sur trois foyers dans la région de KAYES, il y en a deux concernés par l'émigration.

Etude sur les facteurs de fragilités et de vulnérabilités des femmes face au VIH/SIDA (cas de quatre communes rurales de KAYES

Le remariage des veuves après décès du 1^{er} mari est très fréquent en milieu rural, souvent les nouveaux époux ont des liens de consanguinité avec le défunt mari ce qui fait ressortir l'importance de la pratique du lévirat dans notre pays surtout en milieu rural.

D'après les résultats de l'enquête quantitative le lévirat et le sororat sont pratiqués dans la famille d'origine des femmes rurales soit respectivement 73,3 % et le 66%. Elle a aussi prouvée que :

- Les veuves se sont remariées à (59,8%)
- Taux de consanguinité (71,4%).

Au cours de notre étude nous avons pu constater que certaines pratiques culturelles persistent encore au poids des années dans notre pays notamment en milieu rural.

La polygamie et le mariage précoce sont encore largement pratiqués dans les localités de DIALAFARA, KOUSSANE, MARENA DJIOMBOUGOU et SADIOLA. Ils varient respectivement (89,8% et 72,8%) ; (93,0% et 94,8%) ; (71,5% et 73,5%); (73,9% et 88,8%).

Une grande proportion de femmes (86,2%) a affirmé avoir une connaissance de la pratique de l'excision dans leur famille. Ce résultat confirme celui de l'EDS IV qui trouve que 85% des femmes maliennes sont excisées avec des pics dans les régions de KAYES, SEGOU, SIKASSO et KOULIKORO où dans certaines zones 100% des femmes ont subi cette pratique séculaire. [24]

Etude sur les facteurs de fragilités et de vulnérabilités des femmes face au VIH/SIDA (cas de quatre communes rurales de KAYES

La majorité des femmes pratiquaient des activités économiques (38,9%) dans le milieu rural, mais ces activités ne les apportaient pas grand-chose car le revenu mensuel de la majorité desdites femmes se situe entre 500-1000Fcfa/mois (38,9%) et 25,5% gagnaient moins de 500Fcfa/mois.

En effet, les femmes constituent le groupe humain le plus pauvre, moins de 70% du 1,3 milliard de personnes vivant sous le seuil de pauvreté absolu sont des femmes. [28]

Quant aux connaissances des femmes rurales sur le mode de contamination par voie sexuelle de l'infection à VIH ; les femmes de MARENA DJIOUMBOUGOU et KOUSSANE étaient mieux informées par rapport aux autres. Quelque part, une étude Onusienne a montré que dans le monde, seules 38% des jeunes femmes sont capables de décrire les principaux moyens d'éviter l'infection ».

La commune (village) de SADIOLA était dotée d'un site de prostitution en raison de ces mines d'or favorisant la multiplication de la maladie dans la région car de nombreuses études ont permis de préciser les liens entre « prostitution/ exposition au VIH ». Les sommes nécessaires peuvent conduire certaines femmes à accepter des pratiques non protégées que de nombreux clients sollicitent. [29]

Etude sur les facteurs de fragilités et de vulnérabilités des femmes face au VIH/SIDA (cas de quatre communes rurales de KAYES

VI. CONCLUSION

Le VIH/SIDA reste encore un problème de santé publique au Mali. La grande majorité de la population a accès aux informations de base en matière de prévention contre cette pandémie. Mais force est de reconnaître que malgré cette large information, beaucoup restent vulnérables dans la transmission de cette maladie due aux comportements à risque qu'ils adoptent.

La dépendance socio-économique, la non scolarisation couplé aux pratiques socioculturelles telles que la *polygamie*, l'*excision*, le *mariage précoce*, le *lévirat* et le *sororat* rendent encore vulnérables les femmes notamment celles qui vivent en milieu rural face à l'infection VIH/SIDA.

Les différentes communes de notre étude possédaient des structures sanitaires avec certains personnels sanitaires qui ont été formés à la prise en charge et la prévention du VIH/SIDA mais malgré les compétences locales les malades préfèrent se déplacer pour la prise en charge de la maladie afin de pouvoir cacher leur statut sérologique à leur entourage proche car elles ont peur de la discrimination et ou de la stigmatisation d'être « porteuses d'une maladie honteuse ».

Les personnes vivant avec le VIH/SIDA, notamment les femmes pourront nettement améliorer leurs conditions de vie en intégrant les associations de PVVIH qui leur servent de lieu d'échange sur la maladie et permettent de minimiser le poids de la maladie.

Etude sur les facteurs de fragilités et de vulnérabilités des femmes face au VIH/SIDA (cas de quatre communes rurales de KAYES

VII. RECOMMANDATIONS

Au vu de ces résultats, nous formulons les recommandations suivantes :

❖ Au HCNLS et le Ministère de la santé :

- ✓ Initier des programmes concrets pour un changement de comportement de la population surtout en faveur des femmes en milieu rural ;
- ✓ Promouvoir la scolarisation des filles qui a son impact dans la lutte contre le VIH/SIDA ;
- ✓ Participer à l'intégration socio-économique des PVVIH ;

❖ Aux ONG et Associations de soutien aux personnes vivant avec le VIH/SIDA

- ✓ Aider les malades du SIDA à mieux s'organiser en association

❖ A la Population

- ✓ De minimiser certaines pratiques socioculturelles surtout en milieu rural qui favorisent l'expansion du VIH/SIDA ;
- ✓ Eviter la marginalisation et la discrimination à l'égard des personnes vivant avec le VIH/SIDA ;
- ✓ Promouvoir le conseil dépistage volontaire du VIH/SIDA

❖ Aux personnes vivant avec le VIH/SIDA

- ✓ D'adhérer des associations de PVVIH

Etude sur les facteurs de fragilités et de vulnérabilités des femmes face au VIH/SIDA (cas de quatre communes rurales de KAYES)

VIII. REFERENCES

1. Rapport ONU/SIDA 2011.

2. http://www.aids-info.ch/fv1/hiv_aids/hiv.htm

Révisé le 15 Avril 2012 à 20H 45mn

3. www.cirm-crips.org A

Consulté le 10 avril 2011 à 11H 20

4. Programme Solidarité Sante Kayes, GRDR.

Données épidémiologiques de l'Hôpital régional de Kayes. In. La lutte contre le VIH/Sida au Mali : L'arrivée des antirétroviraux (ARV) à Kayes : entre espoirs et doutes. Kayes : **Barbara B.** 2008 ; 2p

5. Programme Solidarité Sante Kayes, GRDR.

Compte rendu des réunions de l'association des PVVIH de Kayes. In La lutte contre le VIH/Sida au Mali : L'arrivée des antirétroviraux (ARV) à Kayes : entre espoirs et doutes. Kayes : **Barbara B.** 2008 ; 2p

6. MIRKO D G.

Sonigo P, Alizon M. Les virus VIH. In : l'objectif médical. Le SIDA.

Edition Afrique noire francophone. Spécial et hors série. Décembre 1989 : pp 6-20

7. Fleury H J A. Les virus VIH. In : l'objectif médical. Le SIDA.

Edition Afrique noire francophone. Spécial et hors série. Paris : Masson ,1989 : pp 6-20.

Etude sur les facteurs de fragilités et de vulnérabilités des femmes face au VIH/SIDA (cas de quatre communes rurales de KAYES

8. <http://www.aides.org/chiffres-vih-sida>

Consulté le 02 mai 2010 à 15h : 05 min

9. GARAIT .V ; MOLINA JM. Infection par le VIH, revu du praticien (maladies infectieuses) B192 (2002)

10. Principes de Médecine interne 15^{ème} Ed. Harrison

Marks JB: Endocrine manifestations of human immunodeficiency virus (HIV) infection. Revue des rapports anatomopathologiques et clinique de la littérature concernant les endocrinopathies du SIDA. **Am J Med Sci:** 1991; 302-110.

11. Rao TKS: Human immunodeficiency virus (HIV) associated nephropathy. Revue succincte des complications rénales de la maladie due au VIH, centrée en particulier sur la néphropathie associée au VIH. **Annu Rev Med** 42: 391, 1991.

12. Infection à VIH et SIDA. In: CMIT, ed. **E Pilly** Montmaron Cy: 2M2 ed, **Marc G.** Médecine tropicale. Paris : Flammarion, 1993 : 317,318.

13. http://www.who.int/medicines/areas/coordination/cameroon_stgs_avrs.pdf

Consulté le 03 mai 2011 à 16H 38.

14. Marc Gentilini.

Médecine tropicale. Kernbaum S. Le praticien face au SIDA. 1re édition. Paris : Flammarion 1992. 269 p

15. Pillot J, Daguët G, Peloux Y, Dupoué YP et Berche P.

Etude sur les facteurs de fragilités et de vulnérabilités des femmes face au VIH/SIDA (cas de quatre communes rurales de KAYES

Spirochetes In : le Minor L et Veron M, Bactériologie Médicale. Paris: Flammarion 1989; 1021 – 1057.

16. BARRY. D

Qualité de la prise en charge des personnes vivant avec le VIH/SIDA dans le service de médecine de l'hôpital.

Thèse de médecine 2008,168, 12p

17. TRAORE B.

Connaissances et comportements face au VIH/SIDA en milieu scolaire

Thèse médecine Bamako 2005

18. [Http://womenandaids.unaids.org](http://womenandaids.unaids.org)

L'ÉDUCATION DES FILLES : UNE ARME SURE CONTRE LE SIDA

19. MALINTROP AFRIQUE, 2002, JOHN LIBBEY

Euro test, Paris p589 virus de l'immunodéficience humaine.

20. AIDES. Femm's Infos

Paris : AIDES, 2007, 39 p.

21. http://fr.wikipedia.org/wiki/R%C3%A9gion_de_Kayes

Révisé le 30 Avril à 13H 10.

22. [http://www.panapress.com/Recrudescence-du-ViH-SiDA-dans-la-region-de-Kayes-\(Mali\)--12-708842-13-lang1-index.html](http://www.panapress.com/Recrudescence-du-ViH-SiDA-dans-la-region-de-Kayes-(Mali)--12-708842-13-lang1-index.html)

Révisé le 11 Mai à 10H 02.

Etude sur les facteurs de fragilités et de vulnérabilités des femmes face au VIH/SIDA (cas de quatre communes rurales de KAYES)

23. Programme Solidarité Sante Kayes, GRDR.

Les femmes : davantage infectées et vulnérables. In La lutte contre le VIH/Sida au Mali : L'arrivée des antirétroviraux (ARV) à Kayes : entre espoirs et doutes. Kayes : **Barbara B.** 2008 ; 2p

24. Quatrième enquête démographique et de santé du Mali 2006

25. Rapport UNGASS 2011

26. CRIPS Provence-Alpes-Côte d'Azur

L'épidémie de sida au 1er juillet 2008

Marseille : CRIPS PACA, 2008, 8 p.

27. Quatrième recensement général de la population et de l'habitat du Mali - R.G.P.H. 2009

28. OIF. Egalité des hommes et des femmes/ VIH/SIDA : forte prévalence chez les femmes 2012 ; pp1ère

29. CRIPS Provence-Alpes-Côte d'Azur. Prostitution et VIH

Marseille : CRIPS PACA, 2007, 14 p.

Etude sur les facteurs de fragilités et de vulnérabilités des femmes face au VIH/SIDA (cas de quatre communes rurales de KAYES)

FICHE SIGNALÉTIQUE

Nom: **DIARRA**

Prénom: **Rokiatou**

Nationalité: **MALIENNE**

Année universitaire: **2011-2012**

Date de soutenance: **20 Juillet 2012**

Ville de soutenance: **BAMAKO**

Titre : *Etude sur les facteurs de fragilités et de vulnérabilités des femmes face au VIH/SIDA (cas de quatre communes de la région de KAYES)*

Lieu de dépôt : **Bibliothèque de la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie.**

Secteur d'intérêt : **Infectiologie, Santé publique, Anthropologie**

Origine de la thèse : **MALI**

Etude sur les facteurs de fragilités et de vulnérabilités des femmes face au VIH/SIDA (cas de quatre communes rurales de KAYES)

IX. RESUME

Aujourd'hui le SIDA n'est pas seulement une maladie, il est devenu un important problème de développement voire un fléau national; à ce titre, sa gestion devient une mission nationale hautement prioritaire et d'une grande portée stratégique pour notre pays.

Le but de notre étude était de pouvoir identifier et apprécier les différents facteurs (socioculturels et économiques spécifiques) qui fragilisent et qui rendent vulnérables les femmes face à la pandémie du VIH/SIDA.

Nous avons effectué une enquête transversale du 1^{er} décembre 2009 au 30 mai 2010. L'enquête a eu lieu dans la région de Kayes dans quatre communes rurales distinctes : DIALAFARA, KOUSSANE MARENA DJIOUMBOUGOU et SADIOLA ainsi que la ville urbaine de KAYES.

L'analyse des données a montré :

Sur le plan analytique :

- ✓ 79% des femmes séropositives de notre étude étaient âgées de plus de 25 ans ;
- ✓ 76,7% étaient mariées (polygame et monogame) avant le test VIH+ et 55,8% après la découverte. La stigmatisation, le divorce suite au statut sérologique et le décès du conjoint étaient à l'origine du changement de statut matrimonial ;
- ✓ 60,5% n'avaient pas été scolarisées ;
- ✓ l'excision, le mariage précoce et la polygamie sont des pratiques courantes dans les familles d'origine des femmes séropositives enquêtées et le sororat et/ou le lévirat y étaient pratiqués plus de 95% ;

Etude sur les facteurs de fragilités et de vulnérabilités des femmes face au VIH/SIDA (cas de quatre communes rurales de KAYES

- ✓ les femmes séropositives incluses dans notre étude avaient déjà entendues parler de la maladie SIDA avant d'être infectées le plus souvent via télévision /radio mais cela ne leur a pas empêché d'être contaminer mais. Les échanges et causeries au sein de l'association ont beaucoup peu amélioré leur connaissance générale sur la maladie ; elles savaient majoritairement que la transmission mère-enfant était évitable.
- ✓ le revenu mensuel des femmes séropositives a un peu amélioré après avoir adhérer une association des personnes vivant avec le VIH/SIDA car elles sont entre autres rémunérées en fonction des postes occupées au sein de l'association et aussi la pratique des activités financées par les des organismes internationaux ; l'initiative nationale d'accès gratuit aux antirétroviraux a permis aux personnes vivant avec le VIH/SIDA de diminuer les dépenses par rapport à la maladie.

Etude sur les facteurs de fragilités et de vulnérabilités des femmes face au VIH/SIDA (cas de quatre communes rurales de KAYES

Sur le plan quantitatif

- ✓ les moins de 25 ans était le groupe majoritairement représenté ;
- ✓ les non-scolarisées ont dominé notre échantillon d'étude avec 64% ;
- ✓ 86,7% des femmes étaient mariées dont 50,4% sous un régime polygamique avec une fréquence élevée de remariage après la perte du 1er conjoint le plus avec une personne ayant un lien de consanguinité avec le défunt ;
- ✓ près du ¼ des femmes mariées ne menaient pas une vie commune avec leurs conjoints car la région de KAYES est réputée être une « zone de forte migration ».
- ✓ 30,3% des femmes rurales ayant l'âge de procréer incluses dans notre étude pratiquaient des rapports sexuels non protégés ;
- ✓ malgré une large information des autorités sur le changement de comportement individuel et collectif pour la prévention du VIH/SIDA, certaines pratiques socioculturelles (polygamie, excision, lévirat, sororat, mariage précoce, tatouages/piercings) favorisant l'expansion du VIH restent encore dans les habitudes ;
- ✓ plus de la moitié des femmes enquêtées en milieu rural ont affirmé avoir une connaissance sur la maladie SIDA.
- ✓ la plupart des femmes rurales enquêtées menaient des AGR dont le revenu mensuel dépassait rarement 500F CFA/mois.

Mots clés : Facteur, Fragilité, Vulnérabilité, VIH/SIDA, Femmes, Milieu rural.

Etude sur les facteurs de fragilités et de vulnérabilités des femmes face au VIH/SIDA (cas de quatre communes rurales de KAYES

Name: **DIARRA**

Surname: **Rokiatou**

Nationality: **MALIAN**

Academic year: **2011-2012**

Date of defense: **July 20, 2012**

Town of defense: **BAMAKO**

Title: *Study on the factors of brittlenesses and vulnerabilities of the women facing the VIH/SIDA (case of four communes of the area of KAYES)*

Place of storage: **Library of the Faculty of Medecine and Odonto-Stomatology.**

Area of Interest: **Infectious Diseases, Public Health, Anthropology**

Interest origin: **MALI**

SUMMARY

Today AIDS is not just a disease, it became a major developmental problem or a national disaster and, as such, its management becomes a high priority national mission and a great strategic significance for our country.

The aim of our study was to identify and assess the various factors (socio-cultural and economic conditions) that undermine and render women vulnerable to the pandemic of HIV / AIDS.

Etude sur les facteurs de fragilités et de vulnérabilités des femmes face au VIH/SIDA (cas de quatre communes rurales de KAYES)

We conducted a cross-sectional survey of 1 December 2009 to May 30, 2010. The survey took place in the KAYES region in four rural communes distinct DIALAFARA, and SADIOLA DJIOUMBOUGOU KOUSSANE MARENA and the urban city of KAYES.

Data analysis showed:

Analytically:

- ✓ 79% of HIV positive women in our study were aged over 25 years;
- ✓ 76.7% were married (polygamous, monogamous) before testing HIV + and 55.8% after the discovery. Stigma, HIV status after the divorce and the death of a spouse were at the origin of the change in marital status;
- ✓ 60.5% had no formal education;
- ✓ excision, early marriage and polygamy are common in families of origin of HIV-positive women surveyed and sororate and / or levirate were practiced more than 95%;
- ✓ HIV positive women in our study had already heard about the AIDS disease before being infected most often via TV / radio but that does not prevent them from being contaminated but. Exchanges and conversations within the association have not much improved their general knowledge about the disease and they knew that the majority of mother to child transmission was preventable.
- ✓ monthly income of women with HIV has improved a bit after joining an association of people living with HIV / AIDS because they are among other remunerated according to the positions occupied within the association and also the practice of activities funded by international organizations, national initiative to free access to antiretroviral drugs has enabled people living with HIV / AIDS to reduce expenditures from the disease.

Etude sur les facteurs de fragilités et de vulnérabilités des femmes face au VIH/SIDA (cas de quatre communes rurales de KAYES

Quantitatively:

- ✓ the age of 25 was the numerically dominant group;
- ✓ non-school dominated our study sample with 64%;
- ✓ 86.7% of women were married with 50.4% under a polygamous with a high frequency of remarriage after the loss of the first spouse as a person with a blood relative with the deceased;
- ✓ nearly a quarter of married women did not lead a life with their spouses because the region of KAYES is deemed a "zone of high migration."
- ✓ 30.3% of rural women of childbearing age have included in our study practiced unsafe sex;
- ✓ despite widespread information from the authorities on changing individual and collective behavior to prevent HIV / AIDS, certain socio-cultural practices (polygamy, female circumcision, wife inheritance, sororate, early marriage, tattoos / piercings) favoring the spread of HIV remain in habits;
- ✓ More than half of women surveyed in rural areas said they had knowledge about the disease AIDS.
- ✓ most rural women surveyed were conducting AGR whose monthly income rarely exceeded 500F CFA / month.

Keywords: Factor, fragility, vulnerability, HIV / AIDS, Women, Environment Rural.

Etude sur les facteurs de fragilités et de vulnérabilités des femmes face au VIH/SIDA (cas de quatre communes rurales de KAYES

ANNEXES

Fiche d'enquête

ENQUETE SUR LES Zones de fragilité et nouvelles vulnérabilités : les femmes en première ligne face au VIH/Sida

Note Importante :

Toutes les informations consignées dans ce questionnaire sont anonymes et strictement confidentielles. Elles ne seront et ne peuvent en aucun cas permettre d'identifier de façon nominative le répondant. Cependant, la sincérité de vos réponses contribuera à prendre en compte vos préoccupations dans la mise en œuvre du projet Zone de fragilité et les vulnérabilités nouvelles (FDF).

- I.
- II. N° QUESTIONNAIRE : |__|__|__|
- III.
- IV. Section A : Caractéristiques socio - démographiques
- V.
- VI. A1 : Zone opérationnelle (localité ou l'enquête se déroule) :
- VII. Région : Kayes 1 autres
(préciser)2
- VIII. Cercle : Kayes 1
autres (préciser)2
- IX. Commune :.....
.....
- X. Village :.....
Quartier :.....
- XI. A2 : Données socio démographiques
- XII. Dans quelle tranche d'âge vous situez - vous ?
- XIII. 1. Moins de 25 ans 2. Entre 25 et 34 ans 3. 35 ans et plus
- XIV. Sexe
- XV. 1. Masculin 2. Féminin
- XVI. Indiquez votre niveau d'études atteint. Choisir une seule réponse
- XVII. Primaire 2. Secondaire 3. Supérieur 4. Jamais scolarisé
- XVIII. Situation matrimoniale. Choisir une seule réponse
- XIX. Célibataire 2. Union libre (concubinage) 3. Marié (monogamie) 4. Polygamie 5. Divorcé(e) 6. Veuf/Veuve
- XX. Si marié : _____

Etude sur les facteurs de fragilités et de vulnérabilités des femmes face au VIH/SIDA (cas de quatre communes rurales de KAYES

- XXI. A quel âge le mariage à été contracté

/...../
- XXII. Type de contrat de mariage (avec consentement) 1. Oui
 2. Non
- XXIII.
- XXIV. Vivez-vous avec votre époux sous le même toit ? 1. Oui
 2. Non
- XXV.
- XXVI. Si non où est t'il ?(préciser)

- XXVII.
- XXVIII. Quel est le métier de votre
 conjoint ?.....

- XXIX.
- XXX. Si veuve :
- XXXI. De quoi est t'il
 décédé ?.....

- XXXII. Quel était son
 métier ?.....

- XXXIII. Etes vous remariez ? 1. Oui 2. Non
- XXXIV. Si oui à t'il des liens consanguin avec votre défunt époux ? 1. Oui
 2. Non
- XXXV. Cocher les pratiques culturelles qui sont pratiqué ? (plusieurs choix
 possible)
- XXXVI.
- XXXVII. Le lévirat
- XXXVIII. Le sororat
- XXXIX. Mariage précoce
- XL. Excision
- XLI. Polygamie
- XLII. Les tatouages et les piercings
- XLIII.
- XLIV. Nombre d'enfants (indiquer le nombre): /.../.../

**Etude sur les facteurs de fragilités et de vulnérabilités des femmes face au VIH/SIDA (cas
 de quatre communes rurales de KAYES)**

- XLV. Taille du ménage : 2 3 5 5 à 9 >9 Autres (préciser)
- XLVI. Pratiquez-vous une activité économique ? 1. Oui 2. Non
- XLVII. Quel est votre revenu mensuel ?
- XLVIII. 1) <5000 2) 5000 à 1000 frs 3) 10 000 à 50000 frs 5) 50 000 à 150 000 frs 5) >150 000
- XLIX. Combien avez-vous pour les besoins quotidiens ?
L. 500f 2) 500 à 1 000 f 3) 1 000 à 2 500f 4) 2 500 à 5 000f 5) > 5 000f
- LI. Comment survenez-vous à vos besoins personnels?
.....
- LII.
.....
- LIII. Section A : Connaissance général du VIH
- LIV. B1 : Connaissez-vous les structures de lutte contre le VIH/sida de la ville ? Leurs domaines d'interventions ?
- LV. B2 : Que signifie VIH ? Choisir une seule réponse
- LVI. Virus de l'immunité humaine
- LVII. Virus de l'immunodéficience humaine
- LVIII. Virus immunitaire humaine
- LIX. B3 : Que signifie SIDA ? Choisir une seule réponse
- LX. Système immunitaire déficitaire acquis
- LXI. Système immunodéficitaire acquis
- LXII. Syndrome immunodéficitaire acquis
- LXIII. B4 : Le VIH se retrouve dans les sécrétions suivantes : possibilité de choisir plusieurs réponses
- LXIV. Salive
- LXV. Sang
- LXVI. Sécrétions vaginales
- LXVII. Urines
- LXVIII. Sperme
- LXIX. Lait maternel
- LXX. Sueur
- LXXI. B5 : Le VIH peut se transmettre à partir des sécrétions suivantes (possibilité de choisir plusieurs réponses) :
- LXXII. Salive
- LXXIII. Sang

Etude sur les facteurs de fragilités et de vulnérabilités des femmes face au VIH/SIDA (cas de quatre communes rurales de KAYES)

- LXXIV. Secrétions vaginales
- LXXV. Urines
- LXXVI. Sperme
- LXXVII. Lait maternel
- LXXVIII. Sueur
- LXXIX. B6 : Le VIH peut être neutralisé par les substances suivantes (possibilité de choisir plusieurs réponses) :
 - LXXX. Alcool à 70° pendant 10 minutes
 - LXXXI. Eau de javel 12° pendant 5 min
 - LXXXII. Savons antiseptiques
 - LXXXIII. Eau chaude
- LXXXIV. B7 : Selon vous, quelle est la première cause de transmission du VIH en Afrique ? Choisir une seule réponse
 - LXXXV. Les rapports sexuels non protégés
 - LXXXVI. La transmission mère – enfant
 - LXXXVII. L'utilisation de matériel souillé par du sang infecté par le VIH
 - LXXXVIII. La transfusion sanguine
- LXXXIX. B8: Chez une femme enceinte vivant avec le VIH, est – il possible d'éviter l'infection du VIH au nouveau né ? Choisir une seule réponse
 - XC. Oui 2. Non

Etude sur les facteurs de fragilités et de vulnérabilités des femmes face au VIH/SIDA (cas de quatre communes rurales de KAYES

ENQUETE SUR LES Zones de fragilité et nouvelles vulnérabilités : les femmes en première ligne face au VIH/Sida

Note Importante :

Toutes les informations consignées dans ce questionnaire sont anonymes et strictement confidentielles. Elles ne seront et ne peuvent en aucun cas permettre d'identifier de façon nominative le répondant. Cependant, la sincérité de vos réponses contribuera à prendre en compte vos préoccupations dans la mise en œuvre du projet Zone de fragilité et les vulnérabilités nouvelles (FDF).

- XCI.
- XCII. N° QUESTIONNAIRE : |__|__|__|
- XCIII. Prise en charge et infrastructures facilitant cette prise en charge :
- XCIV. A1 : Zone opérationnelle (localité ou l'enquête se déroule) :
- XCV. Région : Kayes 1 autres
(préciser)2
- XCVI. Cercle : Kayes 1
autres (préciser)2
- XCVII. Commune :.....
.....
- XCVIII. Village :.....
Quartier :.....
- XCIX. Superficie :.....
.....
- C. Nombre
d'habitants :.....
.....
- CI. Infrastructures routières :
.....
.....
- CII.
.....
- CIII. A2. Infrastructures sanitaires et organisation de PEC et de Prévention
- CIV. Existence de centre de santé : 1. Oui
2. Non
- CV. Si oui Classification dans la pyramide sanitaire :
- CVI. 1. Hôpital national 2.Hôpital Régional 3.CS réf.
4.CS Com
- CVII. Personnels de santé disponibles

Etude sur les facteurs de fragilités et de vulnérabilités des femmes face au VIH/SIDA (cas de quatre communes rurales de KAYES

- CVIII. 1. Médecin 2. Pharmacien 3. Infirmier 4. Sage Femme
5. Technicien de laboratoire 6. Aide Soignant
- CIX. Ont t'il été formé en counseling : 1. Oui
2. Non
- CX. Si oui citer :
- CXI. 1)-----
CXII. 2)-----
CXIII. 3)-----
CXIV. 5)-----
CXV. 6)-----
CXVI. Par Qui ?(citer)
- CXVII. 1)-----
CXVIII. 2)-----
CXIX. 3)-----
CXX. 4)-----
CXXI. 5)-----
CXXII. Citer le personnel formé à la prise en charge :
- CXXIII. 1)-----
CXXIV. 2)-----
CXXV. 3)-----
CXXVI. 5)-----
CXXVII. 6)-----
CXXVIII. Par Qui ?(citer)
- CXXIX. 1)-----
CXXX. 2)-----
CXXXI. 3)-----
CXXXII. 4)-----
CXXXIII. 5)-----
CXXXIV. Existence d'association de lutte contre le VIH : 1. Oui
2. Non
- CXXXV. Si oui citer les activités de l'organisation:
- CXXXVI. 1)-----
CXXXVII. 2)-----
CXXXVIII. 3)-----
CXXXIX. 5)-----
CXL. 6)-----
CXLI. Les sources de financement de l'organisation :
- CXLII. 1)-----
CXLIII. 2)-----

Etude sur les facteurs de fragilités et de vulnérabilités des femmes face au VIH/SIDA (cas de quatre communes rurales de KAYES

- CXLIV. 3)-----
- CXLV. 5)-----
- CXLVI. 6)-----
- CXLVII. La zone de couverture de l'organisation :
- CXLVIII. 1)-----
- CXLIX. 2)-----
- CL. 3)-----
- CLI. 5)-----
- CLII. 6)-----
- CLIII. Inventaires des moyens d'actions (logistiques et ressources humaines)? :
- CLIV. 1)-----
- CLV. 2)-----
- CLVI. 3)-----
- CLVII. 5)-----
- CLVIII. 6)-----
- CLIX. 7)-----
- CLX. 8)-----
- CLXI. 9)-----
- CLXII. 10)-----
- CLXIII. Quels sont les canaux de communication et d'actions existantes ? :
- CLXIV. 1)-----
- CLXV. 2)-----
- CLXVI. 3)-----
- CLXVII. 5)-----
- CLXVIII. 6)-----
- CLXIX. Existence de plan d'action local concerté pour la prévention : 1. Oui
 2. Non
- CLXX. Qualité des membres du focus :
- CLXXI. 1)-----
- CLXXII. 2)-----
- CLXXIII. 3)-----
- CLXXIV. 5)-----
- CLXXV. 6)-----
- CLXXVI. 7)-----
- CLXXVII. 8)-----
- CLXXVIII. 9)-----
- CLXXIX. 10)-----

Etude sur les facteurs de fragilités et de vulnérabilités des femmes face au VIH/SIDA (cas de quatre communes rurales de KAYES

ENQUETE SUR LES Zones de fragilité et nouvelles vulnérabilités : les femmes en première ligne face au VIH/Sida

Note Importante :

Toutes les informations consignées dans ce questionnaire sont anonymes et strictement confidentielles. Elles ne seront et ne peuvent en aucun cas permettre d'identifier de façon nominative le répondant. Cependant, la sincérité de vos réponses contribuera à prendre en compte vos préoccupations dans la mise en œuvre du projet Zone de fragilité et les vulnérabilités nouvelles (FDF).

- CLXXX. A. Enquête qualitative
- CLXXXI. A1 : Zone opérationnelle (localité où l'enquête se déroule) :
- CLXXXII. Région : Kayes 1 autres
(préciser)2
- CLXXXIII. Cercle : Kayes 1
autres (préciser)2
- CLXXXIV. Commune :.....
.....
- CLXXXV. Village :.....
Quartier :.....
- CLXXXVI. A2 : Données socio démographiques
- CLXXXVII. Dans quelle tranche d'âge vous situez – vous ?
- CLXXXVIII. 1. Moins de 25 ans 2. Entre 25 et 34 ans 3. 35 ans et plus
- CLXXXIX. Sexe 1. Masculin 2. Féminin
- CXC. Indiquez votre niveau d'études atteint. Choisir une seule réponse
- CXCI. Primaire 2. Secondaire 3. Supérieur 4. Jamais scolarisé
- CXCII. B. Récit de vie
- CXCIII. B1 : histoire de la maladie (comment s'est fait la découverte)
- CXCIV. Comment aviez-vous appris votre statut ?.....
.....
- CXCV. B1 : situation sociale avant la maladie
- CXCVI. Où viviez-vous ?
- CXCVII. Région : Kayes 1 autres
(préciser)2
- CXCVIII. Cercle : Kayes 1 autres (préciser)
.....2
- CXCIX. Commune :.....
.....

Etude sur les facteurs de fragilités et de vulnérabilités des femmes face au VIH/SIDA (cas de quatre communes rurales de KAYES)

- CC. Village :.....
 Quartier :.....
- CCI. Situation matrimoniale. Choisir une seule réponse
- CCII. Célibataire 2. Union libre (concubinage) 3. Marié
 (monogamie) 4. Polygamie 5. divorcé(e) 6. Veuf/Veuve
- CCIII.
- CCIV. Si marié :
- CCV. Aviez-vous informé votre conjoint ? 1. Oui
 2. Non
- CCVI. A quel âge le mariage à été contracté

/...../
- CCVII. Type de contrat de mariage (avec consentement) 1. Oui
 2. Non
- CCVIII. Viviez-vous avec votre époux sous le même toit ? 1. Oui
 2. Non
- CCIX. Si non où est t'il ?(préciser)

- CCX. Quel est le métier de votre
 conjoint ?.....

- CCXI. Si veuve :
- CCXII. De quoi est t'il
 décédé ?.....

- CCXIII. Quel était son
 métier ?.....

- CCXIV. Etes vous remariez ? 1. Oui 2. Non
- CCXV. Si oui à t'il des liens consanguin avec votre défunt époux ? 1. Oui
 2. Non
- CCXVI. Cocher les pratiques culturelles qui sont pratiqué ? (plusieurs choix
 possible)
- CCXVII. Le lévirat
- CCXVIII. Le sororat
- CCXIX. Mariage précoce
- CCXX. Excision

***Etude sur les facteurs de fragilités et de vulnérabilités des femmes face au VIH/SIDA (cas
 de quatre communes rurales de KAYES***

- CCXXI. Polygamie
- CCXXII. Les tatouages et les piercings
- CCXXIII. Nombre d'enfants (indiquer le nombre): /.../.../
- CCXXIV. Taille du ménage : 2 3 5 5 à 9 >9 Autres (préciser)
- CCXXV. Pratiquez-vous une activité économique ? 1. Oui 2. Non
- CCXXVI. Quel était votre revenu mensuel ?
- CCXXVII. 1) <5000 2) 5000 à 1000 frs 3) 10 000 à 50000 frs 5) 50 000 à 150 000 frs 5) >150 000
- CCXXVIII. Combien avez-vous pour les besoins quotidiens ?
- CCXXIX. 500f 2) 500 à 1 000 f 3) 1 000 à 2 500f 4) 2 500 à 5 000f 5) > 5 000f
- CCXXX. Comment survenez-vous à vos besoins personnels?
.....
- CCXXXI. Aviez-vous entendu parler de la maladie avant de connaître votre statut ? 1. Oui 2. Non
- CCXXXII. Si oui préciser par quel canal :.....
.....
- CCXXXIII. B2 : Situation sociale après l'annonce
- CCXXXIV. Où vivez-vous maintenant?
- CCXXXV. Région : Kayes 1 autres (préciser)2
- CCXXXVI. Cercle : Kayes 1 autres (préciser)2
- CCXXXVII. Commune :.....
.....
- CCXXXVIII. Village :.....
Quartier :.....
- CCXXXIX. Si changement de localité pourquoi ?.....
.....
- CCXL.
.....
- CCXLI. Situation matrimoniale. Choisir une seule réponse
- CCXLII. Célibataire 2. Union libre (concubinage) 3. Marié (monogamie) 4. Polygamie 5. Divorcé(e) 6. Veuf/Veuve

Etude sur les facteurs de fragilités et de vulnérabilités des femmes face au VIH/SIDA (cas de quatre communes rurales de KAYES

- CCXLIII. Si réponse différente de B1
pourquoi ?.....
- CCXLIV.
- CCXLV. Avez-vous une activité économique actuellement ? 1. Oui
2. Non
- CCXLVI. Est ce la même activité qu'avant la maladie ? 1. Oui
2. Non
- CCXLVII. Si non préciser
pourquoi ?.....
- CCXLVIII. Quel est votre revenu mensuel ?
- CCXLIX. 1) <5000 2) 5000 à 1000 frs 3) 10 000 à 50000 frs
5) 50 000 à 150 000 frs 5) >150 000
- CCL. Combien avez-vous pour les besoins quotidiens ?
- CCLI. 500f 2) 500 à 1 000 f 3) 1 000 à 2 500f 4) 2 500 à 5 000f 5)
> 5 000f
- CCLII. Comment survenez-vous à vos besoins personnels?
.....
- CCLIII. B3. Connaissance sur la maladie actuellement
- CCLIV. 1 : Connaissez-vous les structures de lutte contre le VIH/sida de la
ville ? Leurs domaines d'interventions ?
- CCLV. 2 : Que signifie VIH ? Choisir une seule réponse
- CCLVI. Virus de l'immunité humaine
- CCLVII. Virus de l'immunodéficience humaine
- CCLVIII. Virus immunitaire humaine
- CCLIX. 3 : Que signifie SIDA ? Choisir une seule réponse
- CCLX. Système immunitaire déficitaire acquis
- CCLXI. Système immunodéficitaire acquis
- CCLXII. Syndrome immunodéficitaire acquis
- CCLXIII.
- CCLXIV. 4 : Le VIH se retrouve dans les sécrétions suivantes : possibilité de
choisir plusieurs réponses
- CCLXV. Salive
- CCLXVI. Sang
- CCLXVII. Sécrétions vaginales
- CCLXVIII. Urines
- CCLXIX. Sperme

***Etude sur les facteurs de fragilités et de vulnérabilités des femmes face au VIH/SIDA (cas
de quatre communes rurales de KAYES***

- CCLXX. Lait maternel
- CCLXXI. Sueur
- CCLXXII. 5 : Le VIH peut se transmettre à partir des sécrétions suivantes (possibilité de choisir plusieurs réponses) :
- CCLXXIII. Salive
- CCLXXIV. Sang
- CCLXXV. Sécrétions vaginales
- CCLXXVI. Urines
- CCLXXVII. Sperme
- CCLXXVIII. Lait maternel
- CCLXXIX. Sueur
- CCLXXX. 6 : Le VIH peut être neutralisé par les substances suivantes (possibilité de choisir plusieurs réponses) :
- CCLXXXI. Alcool à 70° pendant 10 minutes
- CCLXXXII. Eau de javel 12° pendant 5 min
- CCLXXXIII. Savons antiseptiques
- CCLXXXIV. Eau chaude
- CCLXXXV. 7 : Selon vous, quelle est la première cause de transmission du VIH en Afrique ? Choisir une seule réponse
- CCLXXXVI. Les rapports sexuels non protégés
- CCLXXXVII. La transmission mère – enfant
- CCLXXXVIII. L'utilisation de matériel souillé par du sang infecté par le VIH
- CCLXXXIX. La transfusion sanguine
- CCXC. 8: Chez une femme enceinte vivant avec le VIH, est – il possible d'éviter l'infection du VIH au nouveau né ? Choisir une seule réponse
- CCXCI. Oui 2. Non

Etude sur les facteurs de fragilités et de vulnérabilités des femmes face au VIH/SIDA (cas de quatre communes rurales de KAYES

Serment D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail, je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

Je le Jure

Etude sur les facteurs de fragilités et de vulnérabilités des femmes face au VIH/SIDA (cas de quatre communes rurales de KAYES)
