

MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT  
SUPERIEUR ET DE LA  
RECHERCHE SCIENTIFIQUE

\*\*\*\*\*

UNIVERSITE DES SCIENCES, DES TECHNIQUES  
ET DES TECHNOLOGIES DE BAMAKO



ANNEE UNIVERSITAIRE : 2016- 2017

REPUBLIQUE DU MALI

Un Peuple Un But Une Foi

\*\*\*\*\*

FACULTE DE MEDECINE ET  
D'ODONTO-STOMATOLOGIE



N° / \_\_\_\_\_ /

THÈSE

ENGAGEMENT COMMUNAUTAIRE PARTICIPATIF  
RELIÉ AUX PRATIQUES DE PREVENTION ET DE DEPISTAGE  
DU VIH/SIDA ET AUX IST DANS LA COMMUNE VI DU  
DISTRICT DE BAMAKO

Présentée et soutenue publiquement le \_\_ / \_\_ / 2018

Devant la Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie

Par

M. Seydou SANOGO

Pour L'obtention du grade de Docteur en Médecine (Diplôme

Jury

**PRESIDENT : Pr Sounkalo DAO**

**MEMBRES : Dr Lassina D TRAORE**

**Dr Amadou BAH**

**DIRECTEUR : Pr Samba DIOP**

# **DEDICACES & REMERCIEMENTS**

## Dédicaces

Je dédie ce travail :

**A Dieu le tout Puissant** de m'avoir accordé une bonne santé jusqu'à ce jour tant attendu. Seigneur enracine en moi l'amour et le respect de ma vocation. Que ton nom soit glorifié par la terre toute entière. Amen !

**A mon père feu Moustapha Sanogo.**

J'aurais tant souhaité que vous soyez avec nous ce jour mais le destin en a décidé autrement. Dormez en paix Papa dans le royaume de Dieu. Amen !

**A ma mère Aissata Soumountéra.**

Chère mère les mots ne me suffisent pas à exprimer ma reconnaissance et mon admiration. Tu as consenti d'énormes efforts pour que je réussisse à mes études. Ce travail est le vôtre. Sois en remerciée. Que Dieu vous accorde une bonne santé et une longévité.

## **Remerciements**

### **A mon oncle Maitre Soumountera et Famille.**

Les mots me manquent pour exprimer ma reconnaissance car vous avez toujours été à mes côtés pour que mon rêve soit une réalité. Vous serez toujours pour moi une source d'inspiration. Merci pour l'amour, l'encouragement et les soutiens inestimables et combien précieux que vous m'avez toujours témoignés. Pérennisons ces liens et restons tolérants, croyants, travailleurs et très unis. Considérez ce travail comme le vôtre.

### **A tous mes frères et sœurs**

Merci pour tous vos soutiens, conseils et l'amour fraternel. Restons toujours unis pour l'amour de Dieu. Recevez mes salutations les plus sincères.

### **A mes oncles et tantes à Markala**

Merci pour tout le soutien que vous avez toujours consenti pour moi. Soyez rassurés de ma profonde reconnaissance.

### **A tout le personnel du Service de Pédiatrie du Centre de Santé de Référence de la Commune V du District de Bamako.**

Merci pour la bonne collaboration.

### **A tout le personnel du Service de Pédiatrie de l'hôpital du Mali.**

Merci pour le soutien et le chemin parcouru.

### **A tout le personnel du Service d'Imagerie et de Médecine-Endocrinologie de l'hôpital du Mali.**

Merci de l'assistance que vous m'avez témoignée.

### **A tout le personnel de la Clinique Médicale Solidarité à Magnambougou**

Merci pour le soutien et la collaboration.

### **A tout le corps professoral de la faculté de médecine et d'odontostomatologie.**

Merci pour la formation que j'ai reçue.

### **A mes amis et camarades promotionnaires du cursus universitaire.**

**Cheick Keïta, Amidou Diakité, Adama Sanogo, Ibrahima Sanou, Zakaria Konaté, kankou Cissoko, Jacqueline Dakouo, Mariam Tangara, Amara Sangaré, Mamadou Sanogo, Cheick Sao, Mamadou Gakou, Ibrahim Maïga, Dramne Sanogo, Dr Togo Sékou Oumar, Abdoulaye Dembélé...**

Merci pour la bonne collaboration et le chemin laborieux parcouru ensemble.

# **HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY**

## **A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DU JURY**

### ***PROFESSEUR Sounkalo DAO***

- ❖ **Professeur Titulaire en Maladies Infectieuses et Tropicales à la FMOS**
- ❖ **Chef de Service des Maladies Infectieuses au CHU du Point G**
- ❖ **President de la Société Malienne de pathologie infectieuse et Tropicale (SOMAPIT)**
- ❖ **Directeur adjoint au SEREFO sur le VIH Sida et la Tuberculose**
- ❖ **Membre de la Société Africaine de pathologie infectieuse (SAPI)**
- ❖ **Membre de la Société de pathologie infectieuse de langue Française (SPILF)**

**Cher Maitre,**

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de présider ce jury de thèse malgré vos nombreuses sollicitations.

Homme de science réputé et admiré de tous, nous avons été très impressionnés par votre grande disponibilité, votre modestie, votre savoir-faire et être, votre humilité et votre qualité d'homme de foi qui font de vous un maître envié de tous.

Veillez trouver ici cher maitre, l'expression de notre profonde gratitude, que le Tout Puissant vous garde longtemps auprès de nous, Amen !

**A NOTRE MAITRE ET JUGE:**  
***Docteur Lassina Danseni TRAORE***

- ❖ **Diplômé de médecine générale**
- ❖ **Membre de l'ARCAD/ SIDA**
- ❖ **Médecin, Coordinateur de l'USAC du centre de santé de référence de la commune VI du district de Bamako.**

**Cher Maître,**

Nous avons bénéficié avec un grand intérêt votre savoir-faire, vos qualités scientifiques, professionnelles et humaines très exemplaires.

Vous nous avez honorés en acceptant de juger ce travail. Cette thèse est l'occasion pour moi de vous remercier pour votre courtoisie.

Trouvez ici cher maître l'expression de nos sentiments les plus respectueux.

Puisse Allah le tout puissant, vous accorde une longue vie et une très bonne santé, Amen !



**A NOTRE MAITRE ET JUGE :**  
*Docteur Amadou BAH*

**Cher Maitre,**

Vous nous avez marqué dès votre abord par votre simplicité, votre gentillesse. Vous dégagez la joie de vivre. Vous nous faites un grand honneur, en acceptant de juger ce travail malgré vos multiples sollicitations. Nous avons bénéficié de vos conseils éclairés et de votre expertise.

Veillez accepter, cher maitre nos sincères remerciements, que le Tout Puissant vous garde longtemps auprès de nous, Amen !

**A NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR DE THÈSE:**

***PROFESSEUR Samba DIOP***

- **MAITRE DE CONFERENCE EN ANTHROPOLOGIE MEDICALE,**
- **ENSEIGNANT-CHERCHEUR EN ECOLOGIE HUMAINE, ANTHROPOLOGIE, ET BIOETHIQUE AU DER DE SANTE PUBLIQUE,**
- **RESPONSABLE DES COURS D'ETHIQUE ET D'ANTHROPOLOGIE MEDICALE A LA FMOS**
- **RESPONSABLE DE L'UNITE DE RECHERCHE FORMATIVE EN SCIENCES HUMAINES, SOCIALES ET ETHIQUE DE SEREFO /VIH/SIDA**
- **RESPONSABLE DU COURS <<ANTHROPOLOGIE DE LA LUTTE CONTRE LA CECITE : ASPECTS SOCIAUX ET ETHIQUES >> CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE L'INSTITUT D'OPHTALMOLOGIE TROPICALE D'AFRIQUE**
- **RESPONSABLE DU COURS <<SCIENCES ET ETHIQUE>> DU DEA D'ANTHROPOLOGIE, INSTITUT SUPERIEUR POUR LA FORMATION A LA RECHERCHE APPLIQUEE (ISFRA), UNIVERSITE DE BAMAKO**
- **RESPONSABLE DU COURS << CULTURE ET ETHIQUE>> DU CENTRE D'ENSEIGNEMENT VIRTUEL EN AFRIQUE, ECOLE NATIONALE DES INGENIEURS (ENI), UNIVERSITE DE BAMAKO.**

**Cher maitre,**

L'occasion nous est offerte de vous remercier de votre spontanéité, votre générosité, votre modestie, et votre rigueur dans un désir permanent de perfectionnement en tout travail scientifique que nous devons accomplir, car vous êtes vous-même un exemple qui fait de vous un Professeur émérite.

Trouvez ici cher maitre l'expression de notre profonde gratitude et de notre profond respect.

Puisse Allah le tout puissant, vous accorde une longue vie et une très bonne santé. Amen

## **SIGLES ET ABREVIATIONS**

**ACTG-ANRS** : AIDS Clinical Trials Group-Agence Nationale de la Recherche sur le SIDA

**ADN** : Acide désoxyribonucléique

**ARV** : Anti Retro Viral

**AZT** : Azidothymidine

**CD4** : Cluster of différenciation 4

**CO2** : Dioxyde de Carbone

**EDSM** : Enquête Démographique et de Santé au Mali

**ELISA** : Enzyme-Linked Immuno-Sorbent Assay

**HTLV-III** : Human T Cell Leukemia/Lymphoma Virus

**IMAARV** : Initiative Malienne d'Accès aux Antirétroviraux

**IST** : Infections Sexuellement Transmissibles

**LAV** : Lymphadenopathy Associated Virus

**LGV** : Lympho-Granulomatose Vénérienne

**MST** : Maladies Sexuellement Transmissibles

**OMS** : Organisation Mondiale de la Santé

**ONG** : Organisation Non Gouvernementale

**ONU/SIDA** : Organisation des nations unies pour la lutte contre le

Sida

**PCR** : Polymérase Chain Réaction

**PNLS** : Programme National de Lutte Contre le Sida

**PVVIH** : Personnes vivant avec le VIH

**SIDA** : Syndrome d'Immunodéficience Acquise

**UNICEF** : Organisations des Nations Unies pour l'Enfance

**VIH** : Virus Immunodéficience Humain

**%** : Pourcentage

## LISTE DES FIGURES ET TABLEAUX

### LISTE DES FIGURES

FIGURE 1.....	36
FIGURE 2.....	39
FIGURE 3.....	45
FIGURE 4.....	46
FIGURE 5.....	47
FIGURE 6.....	53
FIGURE 7.....	54
FIGURE 8.....	56
FIGURE 9.....	60

### LISTE DES TABLEAUX

TABLEAU I.....	34
TABLEAU II.....	36
TABLEAU III.....	37
TABLEAU IV.....	37
TABLEAU V.....	38
TABLEAU VI.....	39
TABLEAU VII.....	40
TABLEAU VIII.....	40
TABLEAU IX.....	41
TABLEAU X.....	41
TABLEAU XI.....	42

TABLEAU XII.....	42
TABLEAU XIII.....	43
TABLEAU XIV.....	43
TABLEAU XV.....	44
TABLEAU XVI.....	44
TABLEAU XVII.....	45
TABLEAU XVIII.....	48
TABLEAU XIX.....	48
TABLEAU XX.....	49
TABLEAU XXI.....	50
TABLEAU XXII.....	50
TABLEAU XXIII.....	51
TABLEAU XXIV.....	51
TABLEAU XXV.....	52
TABLEAU XXVI.....	54
TABLEAU XXVII.....	55
TABLEAU XXVIII.....	55
TABLEAU XXIX.....	56
TABLEAU XXX.....	57
TABLEAU XXXI.....	57
TABLEAU XXXII.....	58
TABLEAU XXXIII.....	58
TABLEAU XXXIV.....	59
TABLEAU XXXV.....	59
TABLEAU XXXVI.....	60

TABLEAU XXXVII.....61

TABLEAU XXXVIII.....61

## **TABLES DES MATIERES**

### **SOMMAIRE**

<b>I. INTRODUCTION.....</b>	<b>1</b>
<b>II. CADRE THEORIQUE.....</b>	<b>4</b>
<b>A. SYNTHESE DE LA REVUE CRITIQUE.....</b>	<b>5</b>
<b>B. JUSTIFICATION DE LA RECHERCHE.....</b>	<b>26</b>
<b>C. HYPOTHESE DE LA RECHERCHE .....</b>	<b>27</b>
<b>D. OBJECTIFS .....</b>	<b>27</b>
<b>III. DEMARCHE METHODOLOGIQUE.....</b>	<b>28</b>
<b>IV. RESULTATS.....</b>	<b>35</b>
<b>V. COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS.....</b>	<b>65</b>
<b>VI. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS.....</b>	<b>72</b>
<b>VII. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....</b>	<b>76</b>
<b>ANNEXES.....</b>	<b>82</b>



# I. INTRODUCTION

## I. INTRODUCTION

L'infection à VIH (Virus Immunodéficience Humaine) est un véritable fléau des temps modernes, le SIDA n'épargne aujourd'hui aucun continent, aucune race, ni aucune classe sociale [1]. Le SIDA devient de plus en plus préoccupant non seulement du fait de l'augmentation du nombre de séropositifs, de l'accroissement important des cas de SIDA, du taux d'hospitalisation et du nombre de décès enregistré dans les hôpitaux. Le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) infecte les cellules du système immunitaire, les détruit ou les rend inefficaces. L'infection par le virus se traduit par une détérioration progressive du système immunitaire, entraînant une «immunodéficience». Le syndrome d'immunodéficience acquise, plus connu sous son acronyme SIDA est un ensemble de symptômes consécutifs à la destruction de cellules du système immunitaire par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) [2]. Le SIDA est le dernier stade de l'infection à VIH, lorsque l'immunodépression est sévère. Il conduit à la mort des suites de maladies opportunistes. Une personne malade du SIDA est désignée par le terme « sidéen » [3].

Depuis sa découverte en 1981, le VIH/SIDA continue sa progression pandémique à travers les continents, n'épargnant personne, hommes, femmes, enfants et personnes âgées. Le SIDA est une pandémie et constitue ainsi un problème majeur de santé publique [4]. Avec plus de 36 millions de morts à ce jour, le VIH continue d'être un problème majeur de santé publique. En 2016, 1 million [830 000 - 1,2 million] de personnes sont décédées d'une cause liée au VIH dans le monde [11].

En 2016, On comptait environ 36,7 millions [30,8 millions - 42,9 millions] de personnes dans le monde vivant avec le VIH, dont 1,8 million [1,6 million - 2,1 millions] de nouvelles infections dans le monde. Les jeunes de 15 à 25 ans représentent déjà aujourd'hui un tiers des séropositifs de la planète, soit dix millions de personnes, avec évidemment une grande proportion en Afrique (entre 75 et 83%) [3, 11].

L'Afrique subsaharienne, où 25,6 [23-28,8] millions de personnes vivaient avec le VIH en 2015, est la région la plus touchée. Elle concentre également près des deux-tiers des nouvelles infections dans le monde [3].

Au Mali, la prévalence du VIH dans la population générale est estimée à 1,1% (EDSM-V.2013-2013) [5]. La prévalence du VIH est légèrement plus élevée chez les femmes (1,3 %)

que chez les hommes (0,8%). La prévalence est plus de deux fois plus élevée en milieu urbain (1,9 %) qu'en milieu rural (0,9 %). L'incidence est estimée à 3000 cas par an [3].

Venus, la déesse de l'amour a donné son nom aux maladies transmises lors des contacts ou rapports sexuels. L'ancienne dénomination des maladies vénériennes a été abandonnée au profit de l'appellation Maladies Sexuellement Transmissibles (M.S.T), actuellement dénommées Infections Sexuellement Transmissibles (I.S.T) [30].

On distingue plus d'une vingtaine d'IST dues à des germes divers [31]. Si beaucoup sont curables (le chlamydiae, la gonorrhée, la syphilis, l'herpès génital, le condylome, le chancre mou, l'hépatite B, l'hépatite C, la gale, la cystite...), les IST incurables, comme l'Herpès virus 2 et le SIDA, ajoutent à la lourde charge de morbidité et de mortalité pour les femmes, les hommes et les enfants. En outre, la présence d'une infection sexuellement transmissible non traitée qui causant une inflammation ou une ulcération augmente le risque de transmission du VIH [32].

Selon l'OMS il y aurait 250 millions de cas d'IST par an. Le taux de prévalence des IST dans les pays en développement est 100 fois plus élevé que dans les pays développés pour la syphilis ; 10 à 15 fois pour la gonococcie ; et 3 fois pour les infections à chlamydiae. [30].

Dans la plupart des pays en développement seul un faible pourcentage des infectés par le VIH connaissent leur statut sérologique. Près de 40 % des personnes vivant avec le VIH ne connaissent pas leur statut sérologique. Le seul moyen pour déterminer le statut sérologique au VIH d'une personne est d'effectuer un test de dépistage du VIH [10]. En l'absence d'un traitement curatif du sida, ou d'un vaccin contre l'infection par le VIH, la lutte contre la progression de l'infection par le VIH et les IST repose essentiellement sur l'information, l'éducation et la communication pour le changement de comportement (CCC) dans le but de prévenir l'infection et le traitement des IST.

Ainsi notre étude permettra d'évaluer le niveau d'engagement et d'étudier les comportements psycho-sociaux de la population vis-à-vis de la prévention et du dépistage du VIH/SIDA et des IST et de sensibiliser les personnes à risque sur les avantages du dépistage précoce en matière du VIH.

Quel serait l'impact de notre étude sur la population en matière de lutte contre le VIH/SIDA et IST ?

La population de la commune VI est-elle suffisamment engagée à lutter contre ce fléau qui est le VIH/Sida et les IST ?

# II. CADRE THEORIQUE

## II. CADRE THEORIQUE

### A. Synthèse de la revue critique :

#### 1. Définition opératoire des concepts :

**Engagement :** Selon le Larousse, c'est l'acte par lequel on s'engage (se lie moralement par une promesse) à accomplir quelque chose. L'engagement naît d'une émotion, d'une expérience. Et par la suite, l'engagement se nourrit et grandit avec la concrétisation de ses actions. [6]

**Communauté :** « un système social structuré de personnes vivant à l'intérieur d'un espace géographique précis (ville, village, quartier, arrondissement) » [7] (INSPQ, avril 2002, p. 17). Dans le même sens, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) définit ainsi la communauté : Groupe de personnes qui vivent souvent dans une zone géographique bien définie, partagent une culture, des valeurs et des normes et ont une place dans une structure sociale qui est conforme à des relations que la communauté a créées au cours d'une certaine période. Les membres d'une communauté acquièrent leur identité personnelle et sociale en partageant des convictions, des valeurs et des normes qui ont été conçues par la communauté dans le passé et pourront évoluer à l'avenir. Ils sont dans une certaine mesure conscients de leur identité de groupe, ont des besoins communs et souhaitent les satisfaire » (OMS, 1999) [8].

En résumé, l'engagement communautaire consiste à encourager les individus à interagir entre eux, partager des informations, du contenu utile et profitable à l'ensemble de la communauté [12].

**Prévention :** [9] La prévention est une attitude ou l'ensemble des mesures à prendre pour éviter qu'une situation (sanitaire, sociale, environnementale ou économique...) ne se dégrade, ou qu'un accident, une épidémie ou une maladie ne survienne.

Elle peut être :

- Collective, et passive. Par exemple, la distribution d'une eau saine et contrôlée a permis de faire disparaître les épidémies de choléra ou de typhoïde en France, sans l'implication directe des individus.
- Individuel et active, c'est-à-dire reposant sur la responsabilité de chaque individu, comme c'est le cas pour une campagne de dépistage.

Par rapport à la date de survenue de la maladie on distingue :

- La prévention primaire : c'est l'ensemble des actes destinés à diminuer l'incidence d'une maladie, donc à réduire l'apparition de nouveau cas. Par exemple l'hygiène, la réglementation, la vaccination, la prévention individuelle.
- La prévention secondaire : ce sont tous les actes destinés à diminuer la prévalence d'une maladie, donc à réduire sa durée d'évolution. Par exemple le dépistage.
- La prévention tertiaire : ce sont tous les actes destinés à diminuer la prévalence des incapacités chroniques ou des récidives dans la population, donc réduire les invalidités fonctionnelles dues à des maladies. Elle est aux frontières du sanitaire et du social. Exemple : la kinésithérapie, la réinsertion sociale et professionnelle, la lutte contre la récidive...

La prévention est un enjeu majeur pour le système de santé. Son action doit avant tout être développée afin de réduire la mortalité prématurée- les décès de personnes jeunes moins de 65 ans- qui sont autant de drames humains et sociaux.

**Dépistage :** Le dépistage, en médecine, consiste à la recherche d'une ou de plusieurs maladies ou d'anomalies dites « à risques » chez les individus d'une population donnée [13]. Ces investigations sont suivies ou non de consultations médicales, d'examens cliniques et de traitements. Selon l'OMS (Wilson et Jungner, 1970), le dépistage consiste à identifier de manière présomptive, à l'aide de tests appliqués de façon systématique et standardisée, les sujets atteints d'une maladie ou d'une anomalie passée jusque-là inaperçue [14].

Il peut être :

- Global (pour l'ensemble de la population), ou sélectif (pour certains groupes plus exposés à un risque).
- Obligatoire (par exemple dans le cadre de la médecine du travail), ou facultatif et reposant sur l'incitation et la responsabilisation des individus.
- Simple (isolé), continu (répété), comme lors des suivis de médecine du travail.

Le dépistage repose sur la réalisation d'un test, que celui-ci soit un examen clinique (une prise de pression artérielle), biologique (un test de dépistage au VIH) ou radiologique (une mammographie pour dépister un cancer du sein).

## 2. Sur le VIH/SIDA :

- a) **Définition** : [16] Plusieurs définitions ont été proposées pour l'infection à VIH dont la plupart concerne le stade Clinique de la maladie (sida). Nous disons simplement ici que le sida est l'ensemble des manifestations cliniques et biologiques liées au VIH ou à l'immunodépression qu'il entraîne.

**Syndrome**= un ensemble de signes. **Immun** (immunité)=défenses de l'organisme contre les maladies. **Déficience** (défaut)=impossibilité de fonctionner normalement. **Acquise**=non héréditaire, attraper.

### b) **Agent causal** : VIH [16]

**Virus**= plus petit des microbes qui pour vivre doit parasiter les cellules.

**Immunodéficience**= la perte de la défense de l'organisme.

**Humaine**= chez les hommes.

### c) **Historique** : [15]

**1952** : premiers cas probables américains d'infection à VIH.

**1959** : premier cas rétrospectif européen, un marin anglais mort en 1959 à Manchester (Grande Bretagne) a présenté un tableau clinique évocateur du SIDA.

**1982** : En Août la maladie est désignée sous le nom SIDA.

**1983** : En Mai, le rétrovirus dénommé LAV est découvert par une équipe française dirigée par le Professeur Luc Montagnier.

**1984** : Le 24 Avril, découverte du virus HTLV-III par l'équipe dirigée par Robert aux Etats –unis.

**1985** : En Avril à Atlanta, on assiste à la première conférence internationale sur le SIDA.

**1986** : Identification du VIH2.

**1987** : En Mars, la zidovudine (AZT) devient le premier antirétroviral anti-VIH à obtenir une autorisation de mise sur le marché français en même temps qu'aux Etats-Unis.

**1994** : Février, les résultats de l'essai franco-américain ACTG-ANRS 024 démontre l'intérêt d'un traitement par AZT pendant la grossesse, l'accouchement et les premières semaines de vie de l'enfant.

**1996** : Juillet, 10ème conférence internationale sur le SIDA à Vancouver

(Canada). L'efficacité des trithérapies est confirmée.

**2000** : Juillet, 13ème conférence internationale sur le SIDA à Durban (Afrique du Sud), les laboratoires pharmaceutiques ont annoncé des mesures concrètes afin d'aider les pays pauvres.

**d) Epidémiologie :**

➤ **Situation mondiale du VIH : [11]**

- Estimation de la prévalence du VIH dans le monde en 2016 :

Le nombre total de personnes vivant avec le VIH (PVVIH) en 2016 est de **36,7 millions [30,8 millions - 42,9 millions]** soit **34,5 millions [28,8 millions - 40,2 millions]** d'adultes ; **17,8 millions [15,4 millions - 20,3 millions]** de femmes (15 ans et plus) ; **2,1 millions [1,7 million - 2,6 millions]** d'enfants (< 15 ans).

- Estimation de l'incidence du VIH dans le monde en 2016 :

Dans le monde entier, **1,8 million [1,6 million - 2,1 millions]** de personnes ont été infectées par le VIH en 2016,

Depuis 2010, les nouvelles infections par le VIH chez les adultes ont diminué d'environ **11 %**, passant de **1,9 million [1,6 million - 2,1 millions]** à **1,7 million [1,4 million de 1,9 million]** en 2016,

Les nouvelles infections par le VIH chez les enfants ont diminué de **47 %** depuis 2010, de **300 000 [230 000 - 370 000]** en 2010 à **160 000 [100 000 - 220 000]** en 2016.

- Décès liés au SIDA :

Les décès liés au SIDA ont diminué de **48 %** depuis le niveau le plus élevé de 2005,

En 2016, **1 million de personnes [830 000 - 1,2 million]** sont mortes de suite des maladies liées au sida dans le monde, contre **1,9 million [1,7 million 2,2 millions]** en 2005 et **1,5 million [1,3 million - 1,7 million]** en 2010,



➤ **Situation du VIH/sida en Afrique : [17]**

En 2013, **24,7 millions [23,5 millions – 26,1 millions]** de personnes vivaient avec le VIH en Afrique subsaharienne.

Les femmes représentent **58%** du nombre total des personnes vivant avec le VIH en Afrique subsaharienne.

En 2013, on estimait à **1,5 million [1,3 million – 1,6 million]** le nombre des nouvelles infections à VIH en Afrique subsaharienne.

Les nouvelles infections ont diminué de **33%** entre 2005 et 2013.

L'Afrique subsaharienne représente presque **70%** du total des nouvelles infections à VIH dans le monde.

En Afrique subsaharienne, **1,1 million [1,0 million – 1,3 million]** de personnes sont décédées de causes liées au sida en 2013.

Entre 2005 et 2013, le nombre des décès liés au sida en Afrique subsaharienne a chuté de **39%**.

La couverture du traitement est de **37%** de l'ensemble des personnes vivant avec le VIH en Afrique subsaharienne.

**67%** des hommes et **57%** des femmes ne bénéficiaient pas du traitement antirétroviral en Afrique subsaharienne en 2013.

**Trois personnes sur quatre** sous traitement antirétroviral vivent en Afrique subsaharienne.

En 2013, il y a eu **210 000 [180 000 – 250 000]** nouvelles infections à VIH parmi les enfants en Afrique subsaharienne.

Depuis 2009, il y a eu une diminution de **43%** des nouvelles infections à VIH parmi les enfants dans les **21 pays prioritaires** du Plan mondial en Afrique

➤ **Situation du VIH/SIDA au Mali :**

Le taux de prévalence du VIH/SIDA au Mali est passé de **1,7** à **1,1%** en 2013 [18]. On constatait aussi des écarts régionaux sur l'ensemble du territoire selon l'enquête (EDSM-V) réalisée au Mali en 2012-2013 [11] : La prévalence du VIH parmi les femmes est plus élevée à Bamako (**1,7 %**) et elle est plus faible dans la région de Mopti (**0,8 %**). C'est à Bamako que la prévalence du VIH parmi les hommes est la plus élevée (**1,6 %**) et c'est dans les régions de Mopti et de Sikasso qu'elle est la plus faible (**0,4 %** dans chaque cas).

Globalement, **1,1 %** des femmes et **0,3 %** des hommes de 15-24 ans sont infectés par le VIH. Les régions de Kidal, Tombouctou et Gao, ainsi que trois cercles de la région de Mopti n'ont pu être enquêtés suite aux événements survenus dans le pays en mars 2012.

Le Mali enregistre, selon l'ONUSIDA, **3000** nouvelles infections par an [18].

➤ **Les organisations de lutte contre le Sida :**

Les acteurs impliqués dans la lutte contre l'infection VIH/Sida sont entre autres les associations, les ONG, les Etats, les organismes internationaux... Les activités de ces organismes sont sponsorisées par les bailleurs de fonds sur le plan mondial dont, entre autres, ONU/SIDA et le fonds mondial de lutte contre le Sida, la tuberculose et le paludisme.

➤ **Les actions de lutte sur le plan national [19]**

Le Mali, dans sa politique nationale de lutte contre le Sida, s'est engagé dans une initiative d'accès aux antirétroviraux (ARV).

L'initiative Malienne d'accès aux antirétroviraux (IMAARV) est un outil de mise en œuvre de la politique nationale de prise en charge des personnes vivantes avec le VIH (PVVIH) exécutée dans le cadre du plan stratégique du programme national de lutte contre le Sida PNLS 2001-2006 adopté par le gouvernement. Elle renforce les activités de la commission de prise en charge médicale, psychosociale et transmission mère – enfant dont elle constitue une des composantes.

• **Les objectifs de l'IMAARV :**

- Améliorer la qualité de vie des personnes vivantes avec le VIH/Sida
- Améliorer la prise en charge thérapeutique des PVVIH et proposer des traitements prophylactiques (dans le cadre de la prévention, de la transmission du VIH de la mère à l'enfant et des accidents d'exposition au sang) en rendant accessibles les ARV.

- **Les stratégies :**

- Satisfaire les conditions préalables à l'utilisation des ARV,
- Améliorer les capacités thérapeutiques des ARV,
- Assurer la bonne gestion des ARV et des réactifs,
- Assurer une sélection rigoureuse des patients à traiter en fonction des critères biologiques cliniques et socio-économiques dans un souci d'équité,
- Assurer la pérennisation de l'accès aux ARV,
- Evaluer les résultats obtenus grâce aux projets de recherche accompagnateurs,
- Améliorer la capacité d'intervention du secteur social,
- Evaluer périodiquement L'IMAAVR

- e) **Mode de Transmission : [20, 27]**

En effet pour qu'il y ait transmission, il faut une porte d'entrée et une charge virale importante pour la contamination.

Cette transmission peut se faire par :

- **Voie sexuelle :**

C'est la voie de contamination la plus répandue et toutes les pratiques sexuelles sont contaminantes. A l'échelle mondiale, **75-85%** des infections par le VIH ont été contractées à l'occasion de rapports sexuels non protégés. La transmission se fait par la mise en contact des muqueuses (vagin ou du rectum) avec des sécrétions sexuelles (sperme, glaire cervical) ou avec du sang contenant le virus. La probabilité de transmission est estimée, en moyenne, à **0,3%** pour chaque acte sexuel. Ce risque est néanmoins variable selon la nature de l'acte : un rapport anal respectif avec un sujet séropositif présente ainsi un risque plus grand de contamination (**0,5-3%**). Le risque est en outre augmenté par divers autres facteurs, notamment l'existence d'une infection génitale chez l'un des partenaires. Le risque de transmission du virus par la femme est plus grand si le rapport a eu lieu pendant les règles.

- **Voie sanguine :**

La transmission du virus par cette voie peut se faire selon 3 modalités :

- Transfusion de sang ou de dérive de sang : (facteurs de coagulation administrés aux individus hémophiles par exemple). Depuis 1985, des mesures préventives (dépistage

systématique du VIH lors des dons de sang, technique d'inactivation virale) ont permis de rendre le risque de transmission du VIH par cette voie pratiquement nul en Europe.

- Piqûres accidentelles d'aiguilles souillées par du sang contaminé : Ce risque est globalement estimé à **0,32%** et varie en fonction de la profondeur de la piqûre, du type d'aiguilles et de la rapidité de la désinfection.
- Toxicomanie par voie veineuse avec partage de seringue : La probabilité de contamination par cette voie est estimée à **0,67%**.

➤ **Transmission de la mère à l'enfant : [27]**

La transmission du VIH de la mère à l'enfant peut survenir pendant toute la durée de la grossesse, mais surtout pendant l'accouchement et pendant la période de l'allaitement. L'utilisation de médicament antirétroviral pendant la grossesse et la modification des pratiques obstétricales ont permis de diminuer le taux de transmission materno-fœtale du VIH de type1 de **20%** à moins de **1%**.

Le risque de transmission du VIH par l'allaitement est estimé à **6%**. Aussi celui-ci est contre indiqué chez les femmes séropositives dans les pays industrialisés.

Dans les pays en développement, l'allaitement reste recommandé, les risques liés à son abandon étant jugés plus grands (infections néonatales, gastroentérite) que les risques liés à ce mode de propagation du virus.

**f) Les conditions de transmission du virus : [21]**

Le virus est présent dans les liquides biologiques de l'organisme de personnes atteintes.

➤ **Une quantité importante de virus :**

- chez toutes personnes : dans le sang
- chez l'homme : dans le sperme, le liquide séminal (qui s'écoule au début de l'érection).
- chez la femme : dans les sécrétions vaginales, le lait. Le virus peut se transmettre par ces liquides. Cependant, il faut qu'il y ait une quantité et concentration de virus importantes pour qu'il y ait contamination. Il n'y a donc aucun risque de transmission dans les activités de la vie quotidienne : embrasser, serrer la main, partager des objets (verres,

Vaisselle ...) et dans les lieux publics (piscine, toilettes...).

➤ **Une porte d'entrée :**

- Muqueuse (les muqueuses sont les membranes qui tapissent les parois internes des cavités naturelles de l'organisme : bouche, vagin, rectum ...)
- Lors de rapports sexuels non protégés.
- Voie sanguine : Transmission en cas d'utilisation d'une seringue usagée pour une injection par voie intraveineuse.
- Transmission la mère à l'enfant pendant la grossesse et l'accouchement, l'allaitement au sein.
- Voie cutanée : En cas de blessure avec un objet souillé de sang contaminé.

**g) Notions d'Histoire naturelle, Classification :**

➤ **Histoire naturelle :**

Le terme histoire naturelle désigne l'ordre habituel prévisible dans lequel se déroulent les manifestations cliniques et biologiques de l'infection VIH. Grâce aux nombreuses études de cohortes mises en place dès le début de l'épidémie, cette histoire naturelle est aujourd'hui bien connue.

L'évolution de la maladie a connu de nombreuses modifications du fait de l'introduction de plus en plus précoce des traitements ARV efficaces capables d'influencer le cours de l'infection.

L'évolution spontanée de l'infection VIH peut être divisée en trois phases :

- La primo-infection ou phase aigüe (dure quelques semaines).
- la phase chronique (plusieurs années).
- la phase finale symptomatique (durée indéterminée).

En l'absence de traitement, la quasi-totalité des patients infectés par le VIH évolue vers le sida, phase ultime de la maladie. La durée d'évolution vers le Sida a semblé être de deux ou trois ans au début de la pandémie, mais est plutôt de l'ordre de dix ans, ainsi que l'ont montré des études faites en Ouganda [22]. Les raisons de la latence de l'apparition de la maladie demeurent inexplicables de façon satisfaisante.

Un certain nombre de patients ne développent pas le SIDA, même sans traitement : ce sont les asymptomatiques à long terme dont un sous-groupe est composé de contrôleurs du VIH (estimés à 1 % des séropositifs) ; leur dénombrement rendu plus difficile depuis le développement des antirétroviraux a pu faire l'objet de contestation.

Il existe deux classifications pour décrire la progression de l'infection VIH, fondées sur les manifestations cliniques et les anomalies biologiques.

➤ **Classification en stades cliniques proposée par l'OMS [23,24] :**

• Stade clinique 1 :

- ✓ Patient asymptomatique.
- ✓ Adénopathies persistantes généralisées accompagnées de fièvre.

• Stade clinique 2 :

- ✓ Perte de poids inférieure à 10 % du poids corporel.
- ✓ Manifestations cutanéomuqueuses mineures (dermite séborrhéique, ulcérations buccales récurrentes).
- ✓ Zona au cours des cinq dernières années.
- ✓ Infections récidivantes des voies respiratoires supérieures.

• Stade clinique 3 :

- ✓ Perte de poids supérieure à 10 % du poids corporel.
- ✓ Diarrhée chronique inexplicée pendant plus d'un mois.
- ✓ Fièvre prolongée inexplicée pendant plus d'un mois.
- ✓ Candidose buccale (muguet).
- ✓ Leucoplasie chevelue buccale.
- ✓ Tuberculose pulmonaire dans l'année précédente.
- ✓ Infections bactériennes sévères (pneumopathies par exemple).

• Stade clinique 4 :

- ✓ Pneumocystose.
- ✓ Toxoplasmose cérébrale.
- ✓ Maladie de Kaposi.
- ✓ Lymphome.
- ✓ Mycobactériose atypique généralisée, et plus généralement toute affection grave apparaissant chez un patient infecté par le VIH, ayant une baisse importante de son immunité (taux de CD4 inférieur à 200/mm<sup>3</sup>).

### **3. Sur le dépistage du VIH/SIDA : [25, 27]**

Il est fondé sur la détection des anticorps sérique anti-VIH. La présence de ces anticorps dans le sang prélevé indique que la personne concernée a été infectée, et est porteuse du virus du

SIDA. Dans certaines conditions comme la primo-infection ou chez le nouveau-né de mère séropositive pour le VIH, il est nécessaire de recourir à d'autres méthodes diagnostiques telles que la détection d'antigènes viraux circulants, la détection du matériel génétique à partir de plasma ou de cellules infectées ou encore la détection de virus par Co-culture lymphocytaire (diagnostic direct).

**a) Justifications du test de dépistage du VIH/SIDA :**

- Sécurité des transfusions sanguines.
- Surveillance de l'épidémie : détermination de la prévalence du VIH/SIDA au sein de la population et de ses tendances (concentration qui peut être plus forte au sein de certains groupes à risque, qui peuvent alors être identifiés).
- Connaissance par l'individu de son propre statut sérologique (dépistage volontaire et anonyme).

**b) Raisons devant pousser tout individu à faire un test de dépistage du VIH/SIDA :**

- Exposition à des situations à risque : rapports sexuels non protégés, multi-partenariat sexuel, viol, partage d'un objet coupant souillé, coupure par du matériel non stérilisé.
- Bilan pré-nuptial.
- Grossesse.
- Connaissance de son statut sérologique.

**c) Diagnostic biologique : [28, 29]**

➤ **Diagnostic indirect :**

• **Tests de dépistage :**

La détection des anticorps anti-VIH repose sur la réalisation et la visualisation d'une réaction antigène –anticorps entre les anticorps sériques du sujet infecté et les antigènes viraux produits en laboratoire.

Les méthodes de référence pour la visualisation de cette réaction sont actuellement les méthodes immunes enzymatiques de type ELISA.

On distingue des ELISA de première, deuxième et troisième génération.

- **Tests de confirmation**

- ✓ **Le Western Blot :**

C'est la technique de référence. Les protéines virales sont séparées par électrophorèse avant d'être transférées sur une membrane de nitrocellulose. Les anticorps dirigés contre chacune des protéines sont détectés sur ce support par une réaction immuno-enzymatique qui matérialise la protéine sous forme de bande colorée.

- ✓ **La RIPA (Radio immuno précipitation assay)**

C'est une technique difficile à standardiser, réservée aux laboratoires spécialisés et agréés.

- ✓ **Les tests de confirmation de deuxième génération**

Encore appelés line immuno assay <LIA>, ces tests utilisent des protéines recombinantes et /ou des peptides synthétiques des VIH.

- **Diagnostic direct :**

- **Détection de l'antigène p24 :**

Les méthodes ELISA commercialisées détectent essentiellement la protéine p24 du VIH -1. La positivité de la réaction peut être confirmée par un test de neutralisation qui permet d'exclure un possible faux positif. La recherche d'antigène p24 dans le sérum est aujourd'hui essentiellement indiquée chez le nouveau-né de mère séropositive pour le VIH-1 et lors d'une suspicion de primo-infection.

- **Amplification génique :**

La PCR (polymérase Chain réaction) permet de détecter de faibles quantités plasmatiques d'ADN du VIH. L'intérêt de la PCR est de détecter de très faibles quantités de virus alors que les anticorps spécifiques ne sont pas encore dosables. Il permet également de rechercher le VIH dans les différents tissus ou cellules et de quantifier la charge virale.

#### **4. Sur la prévention du VIH/SIDA : [25, 26, 27]**

En absence d'un vaccin contre le VIH, la prévention demeure la seule arme efficace pour se protéger du VIH/SIDA. Bien que la maladie soit très grave, elle est facile à prévenir. Les moyens de prévention du VIH/SIDA sont en relation directe et logique avec les modes de transmission du virus.



**a) Prévention de la transmission sexuelle :**

Il y a trois moyens de prévention très importants pour éviter la transmission sexuelle du VIH/SIDA :

- S'abstenir de tout rapport sexuel avant le mariage.
- La fidélité réciproque à 100% avec un(e) partenaire non infectée.
- L'utilisation correcte du préservatif masculin ou féminin.

**b) Prévention de la transmission sanguine :**

Pour éviter la transmission sanguine du VIH, il faut:

- Tester le sang à transfuser.
- Stériliser tout objet souillé de sang en le faisant :
  - ✓ Bouillir dans l'eau pendant 15 à 20 minutes ou
  - ✓ Tremper dans l'eau javellisée (un volume d'eau de javel pour trois volumes d'eau) pendant 15 à 20 minutes ou
  - ✓ Tremper dans l'alcool à 70° (imbiber généreusement d'alcool du coton et en enrober l'objet souillé pendant 3 minutes)

**c) Prévention de la transmission mère-enfant :**

- Avant la grossesse : éviter la grossesse non assistée par le personnel soignant, suivant la femme PVVIH.
- Pendant la grossesse : informer son médecin pour assurer un suivi médical régulier, afin de diminuer les risques d'infection de l'enfant lors de l'accouchement.
- Pendant l'allaitement : l'OMS et l'UNICEF recommandent dans les pays en voie de développement de continuer l'allaitement pour tous ceux qui n'ont pas les moyens d'acheter des produits de substitution du lait maternel.

**5. Sur les IST :**

**a) Définition des I.S.T :**

Venus, la déesse de l'amour a donné son nom aux maladies transmises lors des contacts ou rapports sexuels [30]. L'ancienne dénomination des maladies vénériennes a été abandonnée au profit de l'appellation Maladies Sexuellement Transmissibles (M.S.T), actuellement

dénommées Infections Sexuellement Transmissibles (I.S.T). Ces maladies constituent un problème majeur de santé publique. On distingue plus d'une vingtaine d'IST dues à des germes divers [31].

Elles sont contagieuses et responsables de complications graves pour l'homme, la femme, le fœtus et le nouveau-né. A tout âge, quels que soient le sexe, la race, le milieu social on peut contracter une IST. Elles sont dues à des bactéries, des parasites, des champignons ou des virus. [33]

#### **b) Epidémiologie :**

Selon l'OMS il y aurait 250 millions de cas d'IST par an. Elle estime qu'un adolescent sur 20 contracte chaque année une IST (notamment le VIH/SIDA, la gonococcie, les infections à chlamydiae ou à herpès) [30-34].

En 1995, l'OMS estimait à plus de 330 millions le nombre de nouveaux cas de MST guérissables à travers le monde.

Sur les 330 millions d'IST contractées dans le monde chaque année, quelques 150 millions touchent des jeunes âgés de moins de 20 ans.

La prévalence des IST dans les pays en développement est 100 fois plus élevée que dans les pays développés : pour la syphilis ; 10 à 15 fois pour la gonococcie ; et 3 fois pour infection à chlamydiae.

Le taux de transmission est défini comme le nombre de nouveaux cas à partir d'un malade reconnu [35]. Il permet d'évaluer le bénéfice de la prévention.

Environ un million d'infections sexuellement transmissibles apparaissent chaque jour.

Parmi les régions en voie de développement, les IST semblent être plus répandues en Afrique qu'en Asie ou en Amérique Latine.

Les IST constituent aujourd'hui un réel problème de santé publique et sont toutes causées par un comportement sexuel à risque.

Les jeunes risquent d'avantage de ne pas faire soigner une MST, surtout lorsqu'elle est asymptomatique et le retard ou l'absence des soins risquent d'avoir des séquelles sur la santé qui peuvent aller jusqu'à la stérilité et au décès. [35]

#### **c) Caractères communs des IST :**

- L'incubation est souvent longue avec une possibilité de contamination alors qu'il n'y a pas de symptômes.
- Elles ne touchent que l'homme ou la femme : il n'y a pas de réservoir animal.

- Le réservoir est surtout constitué de femmes asymptomatiques et de groupes à risque : homosexuels, prostituées.
- Leur transmission est exclusivement sexuelle sauf pour les VIH, le virus de l'hépatite B, les gonocoques et les chlamydiae chez l'enfant.
- Elles touchent des adolescents et des adultes (surtout célibataires) des milieux pauvres, habitant les pays en voie de développement.
- La transmission dépend des comportements ;
- Les IST sont souvent associées et cette association est systématiquement recherchée.

**d) Facteurs responsables de la recrudescence des IST :**

Ces facteurs ont été définis par l'OMS et sont d'ordre démographique, médical, socioéconomique et culturel qui mérite une attention particulière.

En effet, divers changements d'attitudes culturellement déterminés, en rendant toute sorte d'activités possibles, ont contribué à accroître l'exposition aux stimuli sexuels pendant que la tolérance accrue à l'égard des comportements a entraîné une liberté des mœurs. Ainsi, le libertinage sexuel étendu à la pluralité des partenaires est devenu une norme dans certains groupes.

Ajouter à cela l'expansion de la scolarisation exposant de nombreux adolescents à l'influence d'un environnement urbain où ils ne sont pas soumis à celle de leurs parents ; et levant ainsi les inhibitions qui pesaient sur une expression plus libre de leur sexualité.

Encore plus importante est l'insuffisance d'éducation sexuelle ainsi que le stigmate attaché aux IST c'est-à-dire la honte et le caractère tabou.

**6. Les différentes IST :**

**a) Infections génitales à Chlamydia :**

➤ **Epidémiologie [37] :**

La prévalence des infections génitales à *Chlamydia trachomatis* chez les femmes enceintes en milieu urbain africain varie de 5,3 à 13%. Les chlamydiae constituent la 2ème cause d'urétrite chez l'homme dans les pays en voie de développement ; 20 à 50% des salpingites en Afrique chez les femmes en milieu urbain, âgées de 15 à 45 ans sont dues aux chlamydiae.

➤ **Agent pathogène [38] :**

Les chlamydiae sont des bactéries immobiles à gram – négatif et des parasites intracellulaires obligatoires. Elles forment des inclusions intracellulaires caractéristiques. Elles se distinguent des virus par leur contenu en ADN, par leur paroi cellulaire semblable en structure à celle des

bactéries gram négatif et par leur sensibilité à certains antibactériens telles que les tétracyclines et l'érythromycine.

*Chlamydia trachomatis* comporte différents sous-groupes (A, B, C, D), agents du trachome G et K responsables d'infection génito-urinaires, L1, L2 L3 agent de la maladie de Nicolas-Favre.

➤ **Clinique :**

L'infection à *Chlamydia trachomatis* se manifeste par le trachome et les IST comme la lymphogranulomatose vénérienne (LGV) ou Maladie de Nicolas – Favre.

Chez l'homme l'infection à *chlamydia trachomatis* représente la cause principale des urétrites non gonococciques et Post gonococciques [38].

A partir de l'infection utéro-tubaire, *Chlamydia trachomatis* peut gagner la région périphérique et provoquer une péri-hépatite ou syndrome de **FITZ – HUGH – Curtis** [37].

**b) Affection à *Trichomonas vaginalis* :**

➤ **Historique [39] :**

La première description de *Trichomonas vaginalis* a été faite par **Alfred Donne**, lors de la séance du 9 septembre 1836 à l'Académie des sciences. « À propos d'animalcules observés dans les matières purulentes et le produit de sécrétion des organes génitaux de l'homme et de la femme ».

Une année plus tard, **Deyardin** donnera le nom de *Trichomonas vaginalis* à ces animalcules. Depuis, de nombreuses publications ont signalé l'existence de ce parasite chez l'homme, sans pour autant lui attribuer le moindre rôle pathogène.

En 1884 à Bordeaux, **Kunstler** a observé en très grande abondance le flagellé chez presque toutes les femmes examinées en clinique gynécologique en 1913 ; **Brumpt** et **Sabate** à Paris, l'ont découvert chez les femmes apparemment saines qu'ils consultaient en clinique d'accouchement. Ce n'est qu'en 1916 que les travaux de **Hoene** et de **Rodecur** ont confirmé le rôle pathogène de ce flagellé. Quant à la possibilité d'une éventuelle transmission sexuelle, elle a été soulevée depuis 1855, par **Kollikes** et **Scanzoni** devant l'extrême fréquence de la trichomonose urogénitale (50%) des femmes examinées.

En 1924, **Katsuma** le découvrit dans l'urine de l'homme, et en 1927, **Caper** décrivit pour la première fois une urétrite aiguë à *Trichomonas vaginalis* dans le sexe masculin.

En 1915, les premières cultures ont été obtenues par **Lynch**. En 1935, utilisant un milieu pauvre en albumine, **Westphall** réussit à conserver une culture vivante pendant sept mois et demi.

➤ **Epidémiologie : [40]**

*Trichomonas vaginalis* est une maladie urogénitale cosmopolite, fréquente, à transmission vénérienne, due à *Trichomonas vaginalis*. Ce germe est un protozoaire flagellé qui vit à la surface des muqueuses urogénitales de l'homme et de la femme. Il perd rapidement sa vitalité dans le milieu extérieur sans jamais produire de Kystes. La transmission de *Trichomonas vaginalis* ne peut donc être que directe et sexuelle. Une mère peut transmettre le parasite à ses enfants par un linge de toilette commun. Cependant la trichomonose est exceptionnelle chez la fillette avant la puberté. On estime à 2,5 à 3 millions de cas par an aux Etats Unis. La prévalence habituelle de la trichomonose chez la femme adulte est de 15 à 25%.

➤ **Agent pathogène :**

*Trichomonas vaginalis* appartient à la famille des Trichomonadidae. Il est de forme ovale et long de 10 à 18 µm.

Le Trophozoïte très mobile possède quatre flagelles antérieurs et une membrane ondulante terminée au niveau du tiers postérieur du parasite. Un axostyle dépasse en arrière le corps du parasite. [41]

**2.4. Clinique [40] :**

*Trichomonas vaginalis* provoque une inflammation aiguë des muqueuses et des glandes annexes du système génital. Il provoque des vaginites, des urétrites, prostatites, et épididymites. Chez la femme, cette inflammation provoque : hypersécrétion, prurit, brûlure et dyspareunie. Le passage à la chronicité est très fréquent entraînant de longues périodes asymptomatiques pendant lesquelles le sujet porteur peut éventuellement disséminer l'infection.

c) **Candidose vaginale :**

➤ **Historique : [39]**

En 1840, **Wukinson** établit une corrélation entre une vulvo-vaginite et la présence de *Candida albicans*. En 1875, **Mauss Mann** prouve la pathogénicité de *Candida albicans* pour les voies génitales féminines. Il inocula des pertes de malades porteuses de champignons à des témoins sains et provoque chez elles une vulvo-vaginite.

**3.2. Epidémiologie [39] :**

Répandus dans le monde, les *Candida* sont normalement des commensaux, parfaitement tolérés de l'homme sain qui dans 5% au moins des cas en abrite dans son oropharynx et dans son intestin. Levure Saprophyte, strict du tube digestif, le *Candida* dans toute autre localisation peut être considéré comme pathogène. La fréquence de la candidose urogénitale

ne cesse de croître. Dans 10 à 15% des infections non gonococciques et des vulvo-vaginites, on trouve des levures du genre *Candida*.

➤ **Agent pathogène [39] :**

*Candida Albicans* appartient à la famille des champignons se reproduisant par division binaire et par bourgeonnement de cellules isolées. Il réside naturellement dans le tube digestif humain, mais il peut être présent en faible quantité dans la flore vaginale normale (chez 25% des femmes) ; 30 à 40% des candidoses génitales peuvent être transmises ou entretenues par voie sexuelle.

Le genre *Candida* rassemble près de 100 espèces, mais seulement une douzaine est observable en pathologie humaine. *Candida albicans* est le plus fréquemment rencontré dans les infections urogénitales.

➤ **Clinique [39] :**

Chez la femme, la vulvo-vaginite est le tableau le plus fréquent caractérisé par des prurits, brûlures vaginales, dyspareunies, leucorrhées grumeleuses et blanchâtres, érythèmes et œdèmes vulvo-vaginaux. L'extension au haut appareil génital est exceptionnelle. Chez certaines femmes, les récurrences sont fréquentes, indiquant la recherche d'un facteur local favorisant, ou une infection à VIH.

Chez l'homme, l'infection est le plus souvent asymptomatique. La manifestation clinique la plus fréquente est une urétrite subaiguë associée dans 50% des cas d'une balanite érosive. À côté de ces principales IST, on peut retenir d'autres beaucoup moins fréquentes.

**d) Gonococcie :**

➤ **Historique : [33]**

Le mot gonorrhée est d'origine grecque. Il est de Galien et signifie écoulement de semence. Rabelais lui donna le nom de « chaude pisse ». **Swediowr** lui donna le nom de blennorragie en 1784. Longtemps, gonorrhée et syphilis ont été considérées comme deux manifestations d'une même maladie. **Benjamin Bell**, en 1773, montra la différence entre les deux maladies ; **Hernandez**, en 1812, apporta la preuve définitive de cette différence, qui sera confirmée en 1838 par **Philippe Ricord**. Ce n'est qu'en 1879 qu'**Albert Neisser** a découvert le gonocoque dans les pus urétraux et oculaires à 30 – 34° C, et lui donna le nom de *Neisseria gonorrhoeae*.

➤ **Epidémiologie :**

La gonococcie est une des maladies humaines les plus anciennement connues. *Neisseria gonorrhoeae* est un des germes sexuellement transmis dont la prévalence est la plus élevée.

Les taux de gonococcie maternelle sont inférieurs à 5% aux Etats-Unis, tandis qu'ils peuvent dépasser 10% dans certaines régions de l'Afrique. Des rapports originaires des Etats Unis ont retrouvé une infection à gonocoque chez 3 à 12% des adolescents sexuellement actifs dans les deux sexes. [42]

Des études, menées dans une communauté rurale d'Afrique du Sud sur 259 sujets, ont montré que la prévalence de *Neisseria gonorrhoeae* était de 4,5%. Au Kwazulu Natal sur 145 prostituées, 14,3% avaient une infection à *Neisseria gonorrhée* [43]. La gonococcie reste fréquente particulièrement en milieu urbain et notamment dans le milieu de la prostitution [44].

➤ **Agent pathogène [33] :**

Il s'agit d'un diplocoque Gram-négatif en grain de café ; chaque diplocoque ayant 0,7 µm de longueur 1,3 µm de largeur. Par rapport aux polynucléaires, les diplocoques sont intra ou extracellulaires. *Neisseria gonorrhoeae* est une bactérie que l'on trouve sur les muqueuses. Il est très fragile et sensible aux variations de température et de PH. Le gonocoque est très souvent associé aux infections à *Chlamydia Trachomatis*, *Candida albicans*, *Trichomonas vaginalis*, Mycoplasmes.

➤ **Clinique [33] :**

La période d'incubation est muette et dure environ 10 jours.

Chez l'homme, les manifestations génitales se présentent dans 93,6% de cas. Il s'agit d'une uréthrite aiguë. Elle se manifeste par un prurit plus ou moins intense du méat dont les lèvres deviennent plus ou moins rouges tandis qu'apparaissent un suintement et une brûlure à la miction.

Très rapidement l'écoulement devient important, purulent, tantôt blanchâtre, tantôt jaunâtre.

L'infection peut s'étendre : aux canaux déférents, à l'épididyme, aux canaux spermatiques, à la prostate, aux canaux éjaculateurs, aux vésicules séminales, à la sous muqueuse urétrale, et au prépuce créant une balanite.

Chez la femme, en général, l'infection est muette à son début, capricieuse dans son évolution ; c'est presque toujours la gonococcie du partenaire masculin qui va inciter la malade à se faire consulter. Les complications locales sont possibles ; mais c'est surtout l'extension au haut appareil génital qui fait la gravité et le pronostic de l'infection : endométrite, salpingite annexite pelvienne, Syndrome de **FITZ-HUGH-Curtis**.

**e) La syphilis vénérienne :**

➤ **Historique :**

Dans l'histoire de syphilis, il a été noté que cette maladie aurait été introduite en France par l'équipe de **Christophe Colomb** à son retour des Antilles. Au début du 16<sup>ème</sup> siècle, l'équipe fut frappée par l'épidémie de syphilis appelée à l'époque « Vérole ». Dès 1505, la vérole s'est répandue jusque dans la province de canton en Chine. Selon « la théorie Colombienne » la syphilis aurait envahi « le vieux monde » moins de 12 ans après son introduction en Espagne. En revanche, pour les adversaires de cette théorie, il apparaît que la syphilis s'est manifestée dans le vieux continent avant Colomb.

La description d'une maladie ressemblant étrangement à la syphilis a été retrouvée dans des textes Chinois, Indiens, Hébraïques et Grecs, datant d'époques très anciennes. Des squelettes humains préhistoriques et des moines Egyptiens portent des cicatrices semblables à celles occasionnées par la syphilis.

La théorie de l'évolution prêche que la syphilis n'est pas une maladie en elle-même, mais plutôt une forme de maladie appelée « Tréponématose ». Les autres formes de cette maladie sont appelées « pian » (syphilis endémique ou Bejel [45]. L'agent causal (*Treponema pallidum*) fut découvert par Schaudinn et Hoffman en 1905. [46]

➤ **Epidémiologie [47] :**

L'épidémiologie est plus ou moins connue selon les pays. Aux Etats Unis, moins de 50 % des cas sont en fait rapportés. De 1950 à 1960 le nombre de cas a augmenté. Au début des années 1980, du fait de la modification des habitudes sexuelles engendrée par l'apparition du SIDA, on observe une légère décline jusqu'en 1985. Dès cette période, on constate une augmentation rapide de l'incidence de la syphilis chez les hétérosexuels masculins et les femmes. Les personnes préférentiellement atteintes sont les prostituées et les toxicomanes.

Dans les pays en voie de développement, notamment en Afrique, l'incidence de la syphilis est inconnue, car les études disponibles sont des enquêtes de séroprévalence conduite sur des populations particulières : femmes enceintes, donneurs de sang, malades hospitalisés ou groupe à risque, à savoir les prostituées.

L'évolution de la syphilis comme celle des autres IST est appréciée à partir de systèmes de surveillance non représentatifs : médecins de ville et laboratoires regroupés en réseau, dispensaire de lutte contre les IST.

L'extrapolation de ces données ne permet pas de calculer l'incidence, mais indique seulement une tendance évolutive à la stabilisation de 1986 à 1990.



➤ **Agent pathogène [46] :**

L'agent causal de la syphilis est un microbe exclusif de l'homme. Il s'agit de *Treponema pallidum* avec 6 à 12 tours de Spires. C'est une bactérie spiralée, mobile à divisions transversales de forme hélicoïdale de 8 à 14 u de longueur, de 0,15 à 0,20 u de largeur appartenant à l'ordre des Spirachaetales.

➤ **Clinique :**

Les études récentes ne sont pas nombreuses. Elles ne remettent pas en cause les descriptions classiques. La classification clinique distingue différents stades.

• **La syphilis primaire [46] :**

Elle se caractérise par l'apparition du chancre au point d'inoculation, accompagnée de son adénopathie satellite. Cette adénopathie n'est pas spécifique, car observée dans le chancre mou et l'herpès.

Elle peut s'associer à d'autres IST : gonococcie, urétrite à *Chlamydia trachomatis*.

• **La syphilis secondaire [48] :**

C'est la phase de dissémination septicémique de *Treponema pallidum*. Elle apparaît six semaines après le chancre. Elle est marquée par une éruption cutanée polymorphe. A ce stade la maladie est curable.

• **La syphilis tertiaire [48] :**

Elle est marquée par des atteintes viscérales graves, cardiovasculaires, neurologiques, osseuses ou cutanées. La syphilis tertiaire persiste jusqu'à la mort. La neurosyphilis est classiquement rattachée à la syphilis tertiaire ; cependant la contamination du système nerveux central peut se présenter à tous les stades de la maladie.

• **La syphilis Latente [48] :**

C'est la phase latente asymptomatique de longue durée et 25% des cas non traités évoluent vers une syphilis tertiaire, selon l'OMS ; cette syphilis latente est précoce lorsqu'elle évolue depuis moins de deux ans. Elle est tardive quand elle évolue depuis plus de deux ans.

f) **Chancre mou [39] :**

➤ **Epidémiologie :**

Le chancre mou est surtout répandu en Afrique et en Asie (20 à 60% des ulcérations génitales), particulièrement dans les milieux défavorisés et chez les prostituées.

➤ **Agent pathogène :**

*Haemophilus ducreyi* est l'agent pathogène du chancre mou. Il est classé dans le genre *Haemophilus* (Benyey's Manual 1984). C'est un coccobacille de 1,25 à 2 µm de longueur et

0,5 à 0,6  $\mu\text{m}$  de largeur. Il est mobile, acapsulé, asporulé à gram (-) négatif exigeant en hémine, de culture difficile. On utilise un milieu enrichi par du sérum de cheval et de l'isovitalex sous  $\text{CO}_2$  à 10%. Il est aérobie ou anaérobie facultatif et sa transmission n'a jamais été observée en dehors du chancre mou qui est 10 à 15 fois plus fréquent chez l'homme que chez la femme.

**g) Affection à *Gardenella vaginalis* ou vaginose bactérienne [49] :**

L'agent causal de Vaginose est *Gardenella vaginalis*. Il fut d'abord appelé *Haemophilus vaginalis* dans certaines Vaginites appelées alors « non spécifiques ». C'étaient des vaginites non provoquées par le gonocoque, le Trichomonas ou les Candida. **Garder** et **Dukes** attribuèrent une responsabilité à *Gardenella vaginalis* dans ces vaginites. C'est un germe de position intermédiaire entre les Gram positifs et les Gram négatifs dont l'habitat exact semble être le vagin. Pour des raisons mal connues, il peut proliférer abondamment, et être à l'origine de vaginites d'allure subaiguë non purulente et se traduisant par un écoulement fluide et grisâtre. On connaît de rares cas d'atteintes néonatales et de septicémies puerpérales.

**h) Donovanose due à *Calymmato bacterum granulomatis* [39] :**

L'ulcération est unique ou multiple, indurée, granulomateuse, rouge vive, indolore et saignante facilement au contact.

**i) Condylome (crête de coq) [50] :**

Dû à un virus du groupe de Papillomavirus

On distingue trois aspects cliniques principaux : les condylomes acuminés ou crêtes de coq facilement reconnus, les condylomes plans, infection infra clinique, le diagnostic clinique suffit dans les condylomes acuminés.

**j) Les Hépatites virales B et C [50] :**

Les hépatites virales sont des infections systémiques atteignant préférentiellement le foie.

Elles provoquent des lésions inflammatoires de ce dernier, des altérations hépatocytaires dégénératives et une élévation des transaminases sériques.

Les virus des hépatites B (famille des Hépadnaviridae etc. groupe des Flaviviridae) ont des modalités de contamination voisines. Le virus de l'hépatite B est ubiquitaire, le diagnostic est sérologique, le virus n'étant pas cultivable. La prévention repose sur la vaccination, le screening de sang de donneurs, les rapports protégés qui assurent une protection efficace.

## **B. Justificatif de la recherche**

Des progrès notoires réalisés en matière de prévention et de soins dans certains pays comme le nôtre n'ont pas empêché de nouvelles infections au VIH en Afrique Subsaharienne. En Afrique, le Sida tue maintenant chaque année dix fois plus d'individus que la guerre. Ainsi, l'épidémie nous montre sans ambiguïté que les stratégies appliquées rapidement avec courage et détermination peuvent abaisser les taux d'infection au VIH et atténuer les souffrances des personnes touchées par l'épidémie. La croissance continue de l'épidémie du VIH n'est pas une fatalité ; mais si l'action de lutte ne s'intensifie de manière radicale, les ravages déjà observés sembleront dérisoires par rapport à ce qui nous attend. Sans vouloir paraître mélodramatique, il est difficile de minimiser les effets d'une maladie qui risque de tuer plus de la moitié des jeunes adultes dans les pays en voie de développement.

L'analyse de la situation a confirmé la large prédominance de la transmission hétérosexuelle du VIH. Elle a fait ressortir les déterminants majeurs de la propagation de l'épidémie qui sont des déterminants comportementaux (multi -partenariat sexuel, rapports sexuels occasionnels non protégés et rapports sexuels précoces). Quant aux populations à vulnérabilité particulière, ont été identifiés : les migrants, les chauffeurs routiers et leurs apprentis, les militaires, les prostituées, les jeunes en milieu scolaire, les femmes en âge de procréer, la population carcérale, les personnes vivant avec le VIH. Notre étude permettra d'évaluer les comportements risqués de la population par rapport à la propagation du VIH/SIDA. Elle tentera de cerner le niveau d'engagement et la participation de la communauté quant à la stratégie et l'action de lutte contre le VIH/SIDA et les IST.

## **C. Hypothèse de recherche :**

Les habitudes de la population de la commune VI contribuent aux efforts de lutte contre le VIH/SIDA et les IST.

## **D. Objectifs :**

### **1. Objectif général :**

Evaluer le niveau d'engagement de la population de la commune VI du district de Bamako face aux IST et VIH/SIDA en matière de prévention et de dépistage.

### **2. Objectifs spécifiques :**

- Identifier les déterminants majeurs de la propagation des IST et VIH/SIDA au sein de la commune VI.
- Décrire les comportements individuels liés à la prévention et au dépistage du VIH/SIDA dans la commune VI.
- Connaitre les déterminants psychosociaux du dépistage du VIH/SIDA dans la population de la commune VI.
- Déterminer le degré d'engagement de la population en matière de prévention des IST et VIH/SIDA.

# III. METHODOLOGIE

### III. DEMARCHE METHODOLOGIQUE

#### 3.1. Type d'étude :

Etude transversale, prospective.

#### 3.2. Choix du site d'étude :

Notre étude s'est déroulée en commune VI du district de Bamako.

Le District de Bamako s'étend sur 22 Km d'Ouest en Est et sur 12 Kms du Nord au Sud, de part et d'autre du Fleuve Niger.

Sa superficie est d'environ 267 Km<sup>2</sup> et sa population, après le recensement administratif de 2009 est estimée à 1.810.366 habitants.

BAMAKO, son chef-lieu, qui est en même temps la capitale administrative, politique et économique du Mali, à l'origine, était installée sur la rive gauche du fleuve Niger, dans une plaine large d'environ 4 Km et s'inclinant vers le fleuve. Cet ancien site de la ville de Bamako est dominé au Nord par le plateau Manding dont l'altitude atteint 485 mètres à Koulouba.

La construction du pont de Badalabougou, achevée en 1960 et devenu PONT DES MARTYRS après les événements du 26 mars 1991 a favorisé l'extension et le développement de la ville de Bamako sur la rive droite du fleuve Niger. Ainsi, le District de Bamako est aujourd'hui constitué de deux parties nettement distinctes :

Au Nord, la ville s'étend entre le fleuve Niger et le mont MANDING dans une plaine alluviale longue de 15 Kms et vaste de 7 000 hectares, qui se rétrécit aux deux extrémités Est et Ouest ; Au Sud la rive droite occupe un site de 12 000 hectares allant de l'aéroport de SENOU, et les reliefs de TIENKOULOU au fleuve Niger.

Le site et la situation géographique de Bamako, au carrefour des routes du Nord, celles du Sud-ouest et de l'Ouest, ont favorisé son essor rapide et la prospérité qui l'avaient déjà caractérisé depuis le Moyen Age.

##### 3.2.1. Situation géographique Localisation :

La Commune VI est la plus grande de Bamako située sur la rive droite du fleuve Niger, elle couvre la partie Sud-est du District. Elle est limitée à l'Est par la limite Est du District, au Nord par le fleuve ; à l'Ouest par la Commune V et au Sud par la limite Sud du District.

##### 3.2.2. Nombre de quartiers :

La commune VI comprend 10 quartiers dont 3 à caractère urbain (Faladjè, Banakabougou, Sogoniko) et 7 semi-rural (Dianéguéla, Missabougou, Niamakoro, Sokorodji, Sénou,

Yirimadio et Magnambougou). Cette diversité entre les quartiers expliquerait en grande partie l'importance du problème d'assainissement en Commune VI.

### **3.2.3. Démographie Population de la Commune VI :**

La Commune VI, avec ses 522 909 habitants répartis dans 36 130 ménages, est la commune la plus peuplée du District de Bamako. Les femmes représentent environ 48,89% de la population totale [7].

La commune VI est cosmopolite car on y retrouve presque toutes les ethnies du Mali : Bambara, Peulh, Sonhaï, Sarakolé, Dogon, Bozo, Senoufo, Minianka, Kassonkés, Somono, Malinké, etc.

### **3.2.4. Organisation administrative :**

Comme toutes les autres communes du District de Bamako, la commune VI a été créée par l'ordonnance numéro 78-32/CMLN du 18 août 1978.

Elle est une collectivité décentralisée disposant de la personnalité morale et dotée de l'autonomie financière conformément aux dispositions de la loi N°93-008 du 11 février 1993 déterminant les conditions de libre administration des collectivités territoriales.

Elle est dirigée par un Conseil Communal de 45 membres élus et dirigé par un Maire. Le conseil est l'instance délibérative des projets de développement de la Commune.

Le bureau communal composé du Maire et ses 5 adjoints est l'organe exécutif de la commune.

Le bureau communal est appuyé par le Secrétaire Général qui est le représentant de l'Etat directement rattaché au Maire et qui joue le rôle de chef de personnel. Le conseil est constitué de commissions de travail qui sont au nombre de sept (7) :

- Commission Finance-Economie ;
- Commission Domaniale et Foncière ;
- Commission Développement - Assainissement - Voirie et Sécurité ;
- Commission Etat Civil - Recensement - Archives - Elections ;
- Commission Manifestation-Organisation Associative ;
- Commission Santé - Action Sociale - Promotion de la Famille et de l'Enfant ;
- Commission Jeunesse- Sport - Art - Culture - Education et Jumelage.

Ces commissions travaillent sous la houlette du Maire dans l'intersession.

La Commune compte un centre principal et cinq centres secondaires d'Etat civil (Banakabougou-Faladiè, Sénou, Magnambougou qui couvre Magnambougou, Dianéguéla et

Sokorodji, Niamakoro, Yirimadio couvrant Missabougou et Yirimadio), dirigé par des Chefs de Centre et leurs adjoints.

La situation politique est caractérisée par la présence de cinq partis politiques au conseil communal : ADEMA (14 conseillers), MPR (9), RPM(9), UDD(7) et URD(6).

Les activités économiques de la Commune VI reposent sur les trois secteurs classiques : Le primaire, le secondaire et le tertiaire.

Au niveau du primaire l'agriculture notamment le maraîchage constitue la principale activité.

Les exploitations maraîchères se localisent le long du fleuve comme à Magnambougou Dianéguéla, Missabougou et le long des marigots qui traversent certains quartiers tels que Faladiè, Sokorodji, Sogoniko, Yirimadio et Dianéguéla.

Les légumes cultivées sont les salades, les carottes, les choux, les aubergines, les oignons, etc. Une partie de la production est consommée et l'autre est vendue par les femmes dans les différents marchés et hôtels. L'élevage de petits ruminants et de bétail constitue aussi une activité non négligeable. La pêche est pratiquée le long du fleuve Niger notamment pendant les périodes de crue par des Bozo et des Somono.

Au niveau du secondaire, les activités industrielles sont en pleine expansion dans la commune du fait de l'existence d'espaces encore aménageables.

On y dénombre une dizaine d'unité industrielle :

- Bramali (fabrique de boissons) ;
- SOMIP (fabrique de chaussures) ;
- Fofy Industrie (fabrique de matelas);
- SYATELS (fabrique de peinture);
- SOMAPEC (fabrique de peinture);
- SIRCOB (fabrique de carreaux) ;
- Daya Lait.
- ONAP (Dépôt de produits pétroliers) ; etc.

Les activités du tertiaire sont les plus importantes au égard à la diversité des activités, au nombre de personnes qui s'y adonnent et les revenus qui y sont générés malgré l'absence de statistiques fiables.

Le tertiaire est le secteur le plus dynamique à l'égard à la position de carrefour et de porte d'entrée que constitue la C VI pour la ville de Bamako par la RN 6 et la RN 7.

La Commune abrite dans son périmètre la plus grande gare routière (à Sogoniko) de Bamako et l'aéroport international de Bamako-Sénou.



La Commune dispose du marché le plus moderne du Mali : les Halles de Bamako. Cette situation fait que les activités de services et de commerces sont très florissantes. En effet on dénombre beaucoup d'hôtels et restaurants qui accueillent une clientèle fidèle surtout les weekends et jours fériés. Les supermarchés et les boutiques se multiplient. A côté de ces activités commerciales relativement structurées, on note un dynamisme certain du secteur informel : commerçants détaillants, ambulants, blanchisseurs, mécaniciens, photographes, teinturiers, etc...

### **3.3. Population d'étude :**

L'étude a porté sur les habitants résidants dans la commune VI du district de Bamako.

#### **3.3.1. Critère d'inclusion :**

Ont été inclus dans notre étude : les habitants résidants dans la zone d'étude pendant la période d'étude (enquête) et ayant accepté de participer à notre étude.

#### **3.3.2. Critère de non inclusion :**

Ont été exclus de notre étude les habitants non résidants dans la zone ainsi que tous ceux qui ont refusé de participer à l'étude.

#### **3.3.3. Echantillonnage :**

La taille d'échantillon se calcule avec la formule suivante :

$$N = t^2 \times p \times (1 - p) / m^2$$

n = taille d'échantillon minimale pour l'obtention de résultats significatifs pour un événement et un niveau de risque fixé.

t = niveau de confiance (la valeur type du niveau de confiance de 95 % sera 1,96).

p = (en pourcentage) proportion estimée de la population qui représente la caractéristique.

m = marge d'erreur (généralement fixée à 5%).

Selon EDSM-V 2012-2013, la prévalence(P) générale dans la population est de 1,1%. Enfin en appliquant la formule, **N= 170. Donc la taille de l'échantillon est de 170 sujets.** Pour plus d'impact et minimiser la marge d'erreur nous avons arrondis ce nombre à **200.**

### **3.4. Calendrier d'étude :**

L'enquête s'est déroulée de Juillet à Octobre 2017 soit 4 mois environ.

### **3.5. Techniques et outils d'enquête :**

a) **Quantitative** : questionnaire semi-directif

b) **Qualitative** :

- Guide d'interview individuelle approfondie
- Guide d'entretien de Focus group.

### **3.6. Saisie, traitement et analyse des données**

La saisie et le traitement des données ont été à la fois manuel et informatique.

L'analyse a été réalisée selon les étapes suivantes :

- Dépouillement manuel des données recueillies ;
- Vérification des données et correction d'erreurs d'enregistrements éventuelles sur les fiches de collecte des données ;
- Création d'un masque de saisie à l'aide du logiciel Epi info ;
- Saisie, contrôle, nettoyage des données ;
- Analyse des données à l'aide du logiciel Epi info.

### **3.7. Budget d'étude**

Cette étude n'a pas été financée.

### **3.8. Produits attendus**

- ✓ Document de thèse

### **3.9. Considérations éthiques**

Toute activité de recherche pose un problème d'éthique, surtout en matière de santé.

Un ordre de mission a été établi par le Professeur en collaboration avec le Décanat de la FMOS.

Il a été expliqué aux participants qu'ils feront partis d'une étude afin de trouver leur accord, en mettant l'accent sur l'objet et l'intérêt de l'étude. L'équipe de recherche a eu un consentement éclairé des différents responsables.

L'enquêteur a donné des informations claires et précises sur l'objet de l'enquête aux enquêtées. L'enquêteur a expliqué clairement que le refus d'une personne à participer à l'enquête n'entraînera aucune conséquence fâcheuse.

La confidentialité a été assurée en ce qui concerne les renseignements obtenus.

**Diagramme des activités :**

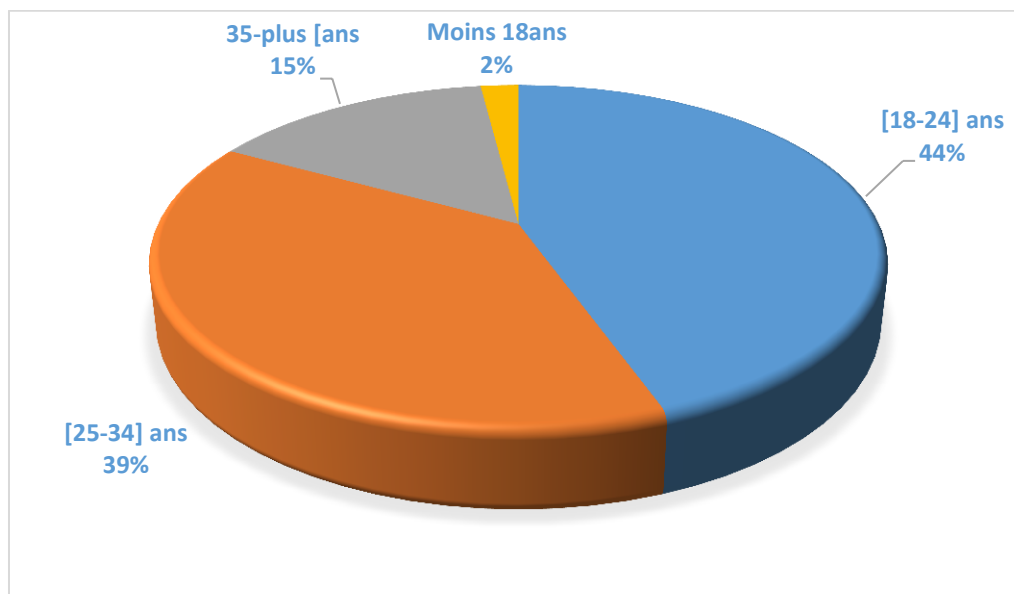
Activités	Période 2017										2018
	Mars	Avril	Mai	Juin	Juillet	Aout	Septem	Octobr	Novem	Décem	Janv
Recherche bibliographique du protocole	X	X	X	X	X						
Collecte des données					X	X	X	X			
Saisie et Analyse des données								X	X		
Rédaction de la thèse									X		
Correction										X	X

**Tableau I :** Diagramme de GANT

# IV. RESULTATS

## IV. RESULTATS ET PRODUITS ATTENDUS

### 1. Analyse quantitatif :



**Figure 1 :** Répartition des sujets selon la tranche d'âge.

La tranche d'âge de 18 – 24 ans était la plus représentée dans notre étude avec 44% des sujets, suivi de la tranche de 25 – 34 ans avec 39% des sujets. L'âge moyen était de 25 ans, avec des extrêmes allant de [16-49] ans.

**Tableau II :** Répartition des sujets selon le sexe.

SEXE	EFFECTIFS	%
Masculin	151	75,5
Féminin	49	24,5
<b>Total</b>	<b>200</b>	<b>100</b>

Le sexe masculin était le plus représenté dans notre étude avec 75,5 % des sujets.

**Tableau III** : Répartition des sujets selon la situation matrimoniale

<b>SITUATION MATRIMONIALE</b>	<b>EFFECTIFS</b>	<b>%</b>
<b>Célibataire</b>	<b>125</b>	<b>62,5</b>
Marié(e)	72	36
Divorcé(e)	3	1,5
<b>Total</b>	<b>200</b>	<b>100</b>

Les célibataires étaient majoritairement représentés dans notre étude avec 62,5%.

**Tableau IV** : Répartition des sujets selon le niveau d'instruction

<b>NIVEAU D'INSTRUCTION</b>	<b>EFFECTIFS</b>	<b>%</b>
Non-Scolarisé	18	9
Primaire	31	15,5
Secondaire	57	28,5
<b>Supérieur</b>	<b>94</b>	<b>47</b>
<b>Total</b>	<b>200</b>	<b>100</b>

Dans notre étude 47% des sujets avaient un niveau d'étude Supérieur.

**Tableau V** : Répartition des sujets selon la profession

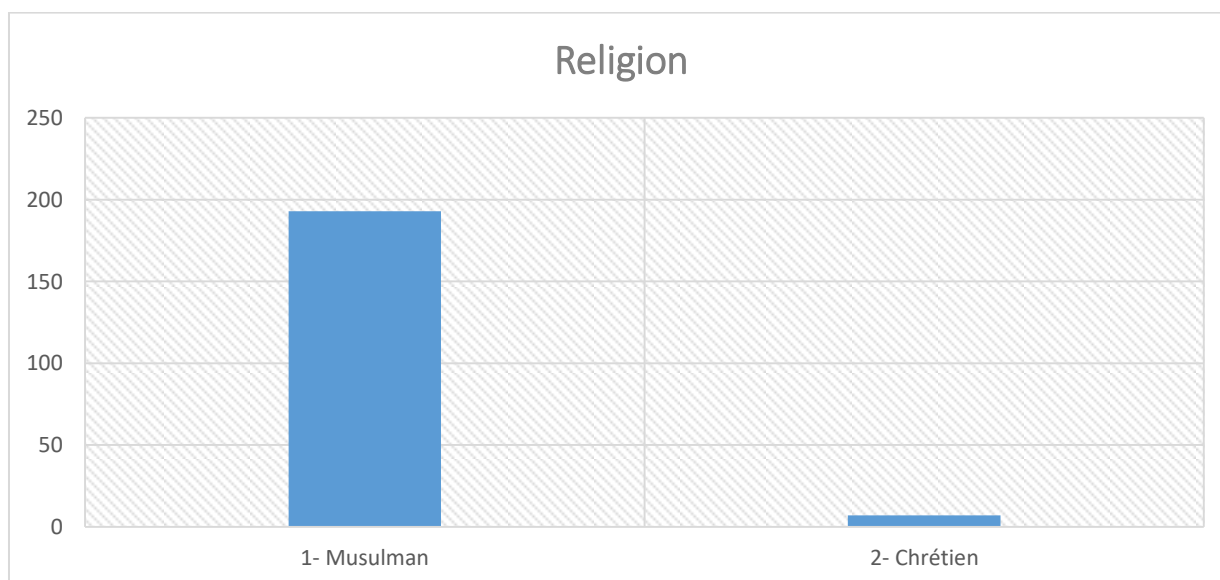
<b>PROFESSION</b>	<b>EFFECTIFS</b>	<b>%</b>
Commerçants	34	17
<b>Etudiants/Elèves</b>	<b>72</b>	<b>36</b>
Ménagères	9	4,5
Chauffeurs	17	8,5
Agents Santé	14	7
Entrepreneurs	18	9
Employés d'entreprise	26	13
Enseignants	10	5
<b>Total</b>	<b>200</b>	<b>100</b>

Les Etudiants/Elèves étaient majoritairement représentés dans notre étude avec 36% des sujets.

**Tableau VI : Répartition des sujets selon la résidence**

RESIDENCE	EFFECTIFS	%
<b>YIRIMADJO</b>	<b>72</b>	<b>36</b>
MAGNAMBOUGOU	23	11,5
FALADJE	22	11
SOGONIKO	26	13
MISSABOUGOU	21	10,5
BANANKABOUGOU	23	11,5
SOKORODJI	13	6,5
<b>TOTAL</b>	<b>200</b>	<b>100</b>

La majorité des enquêtées résidaient à Yirimadjo avec 36% des sujets.



**Figure 2 : Répartition des sujets selon la religion**

Les musulmans étaient les plus représentés dans notre étude avec 96% des sujets.



**Tableau VII : Répartition des sujets selon l'ethnie**

<b>ETHNIE</b>	<b>EFFECTIFS</b>	<b>%</b>
<b>Bambara</b>	<b>59</b>	<b>29,5</b>
Peulh	39	19,5
Malinké	19	9,5
Dogon	24	12
Soninké	25	12,5
Autres Ethnies	34	17
<b>Total</b>	<b>200</b>	<b>100</b>

L'ethnie Bambara était la plus représentée avec 29,5% des sujets, suivie des Peulhs avec 19,5%.

**Tableau VIII : Répartition des sujets selon la connaissance des IST et du VIH/Sida**

<b>Connaissance des IST et du VIH/Sida (<i>Avez-vous déjà entendu parler des IST et du VIH/Sida ?</i>)</b>	<b>EFFECTIFS</b>	<b>%</b>
<b>OUI</b>	<b>200</b>	<b>100</b>
<b>Total</b>	200	100

La totalité des sujets soit 100% connaissaient tous les IST et le VIH/Sida.

**Tableau IX :** Répartition des sujets selon la croyance à l'existence du VIH/Sida

<i>CROYANCE A L'EXISTENCE DU VIH/Sida ?</i>	<i>EFFECTIFS</i>	<i>%</i>
<i>Non</i>	17	8,5
<i>OUI</i>	183	91,5
<i>Total</i>	200	100

La majorité des sujets soit 91,5% croyaient à l'existence du VIH/Sida.

**Tableau X :** Répartition des sujets selon le niveau d'instruction et la croyance au VIH/Sida

<i>Croyez-vous à l'existence du VIH/Sida?</i>	<i>Niveau d'instruction</i>				<i>Total</i>
	<i>Non-Scolarisé</i>	<i>Primaire</i>	<i>Secondaire</i>	<i>Supérieur</i>	
<b>Non</b>	3(17,6%)	7(41,2%)	4(23,5%)	3(17,6%)	<b>17(8,5%)</b>
<b>Oui</b>	15(8,2%)	24(13,1%)	53(29%)	<b>91(49,7%)</b>	<b>183(91,5%)</b>
<b>TOTAL</b>	<b>18(9%)</b>	<b>31(15,5%)</b>	<b>57(28,5%)</b>	<b>94(47%)</b>	<b>200(100%)</b>

Dans notre étude 49,7% des sujets qui croyaient à l'existence du VIH/Sida avaient un niveau d'étude supérieur.

**Tableau XI :** Répartition des sujets selon leur source d'information sur le VIH/Sida

<b>SOURCE D'INFORMATION</b>	<b>EFFECTIFS</b>	<b>%</b>
Ecole/Conférence	129	64,5
<b>Télé/Radio/Journal</b>	<b>183</b>	<b>91,5</b>
Grins	43	21,5
Centre de santé	33	16,5
Théâtre	38	19

La source d'information la plus évoquée sur le VIH/Sida était les médias **Télé/Radio/Journal** dans 91,5% des cas, suivie de l'**Ecole/Conférence** soit 64,5% des sujets.

**Tableau XII :** Répartition des sujets selon leur connaissance sur la principale voie de transmission du VIH/Sida

<b>PRINCIPALE VOIE DE TRANSMISSION DU VIH/Sida</b>	<b>EFFECTIFS</b>	<b>%</b>
<i>Rapports sexuels</i>	<b>173</b>	<b>86,5</b>
<i>Transfusion du sang</i>	22	11
<i>De la mère à l'enfant</i>	5	2,5
<b>Total</b>	<b>200</b>	<b>100</b>

La voie sexuelle était la plus citée soit 86,5%, suivie de la voie sanguine avec 11%.

**Tableau XIII :** Répartition des sujets selon l'utilisation des objets tranchants et leur usage unique

<b>Utilisez-vous des objets tranchants ?</b>			
<b>Sont-ils à usage unique ?</b>	<b>Non</b>	<b>Oui</b>	<b>Total</b>
<b>Oui</b>	<b>106(70%)</b>	45(30%)	<b>151(75,5%)</b>
Non	00(00%)	49(100%)	<b>49(24,5%)</b>
<b>TOTAL</b>	<b>106(53%)</b>	<b>94(47%)</b>	<b>200(100%)</b>

Dans notre étude, 30% des sujets enquêtés utilisaient des objets tranchants à usage unique.

**Tableau XIV :** Répartition des sujets selon leur connaissance sur les groupes de population les plus exposés aux IST et VIH/Sida

<b>GROUPE DE POPULATION LE PLUS EXPOSE AUX IST ET VIH/Sida</b>	<b>EFFECTIFS</b>	<b>%</b>
<b>Professionnels de Sexe</b>	<b>129</b>	<b>64,5</b>
<i>Hétérosexuels</i>	31	15,5
<i>Migrants</i>	19	9,5
<i>Routiers</i>	21	10,5
<b>Total</b>	<b>200</b>	<b>100</b>

Les prostituées ont été évoquées comme étant les plus exposées aux IST et au VIH/Sida soit 64,5% dans notre étude.

**Tableau XV :** Répartition des sujets selon leur avis sur la prévention des IST et VIH/Sida par Abstinence sexuelle

<b>ABSTINENCE</b>	<b>EFFECTIFS</b>	<b>%</b>
<b>Oui</b>	<b>142</b>	<b>71</b>
Non	52	26
Ne sait pas	6	3
<b>Total</b>	<b>200</b>	<b>100</b>

Plus de la moitié des sujets soit 71% pensaient que l'abstinence sexuelle est un moyen de prévention des IST et VIH/Sida.

**Tableau XVI :** Répartition des sujets selon leur avis sur la prévention des IST et VIH/Sida par le port de condom.

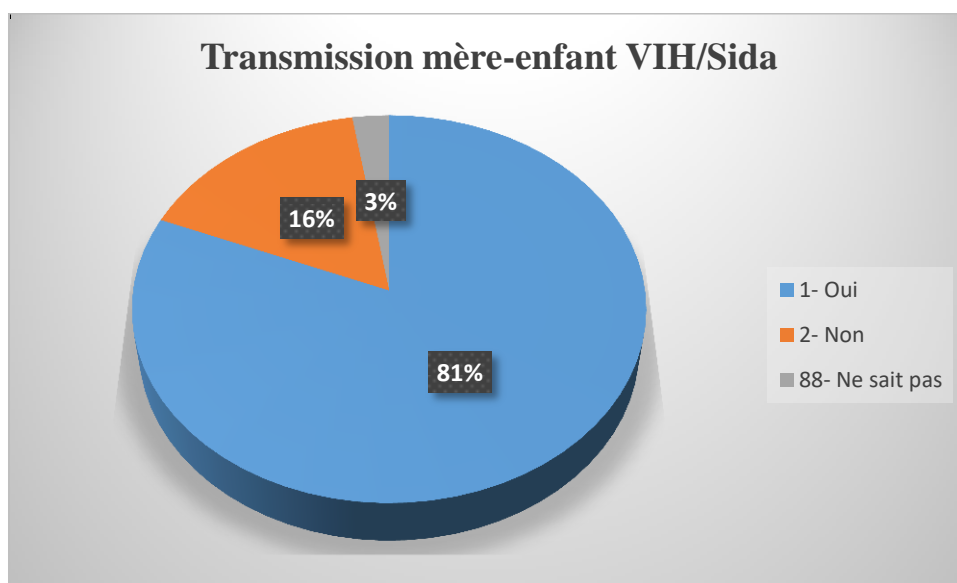
<b>PORT DE CONDOM</b>	<b>EFFECTIFS</b>	<b>%</b>
<b>Oui</b>	<b>179</b>	<b>89,5</b>
Non	14	7
Ne sait pas	7	3,5
<b>Total</b>	<b>200</b>	<b>100</b>

Le port de condom est un moyen de prévention contre les IST et VIH/Sida selon 89,5% des sujets enquêtés.

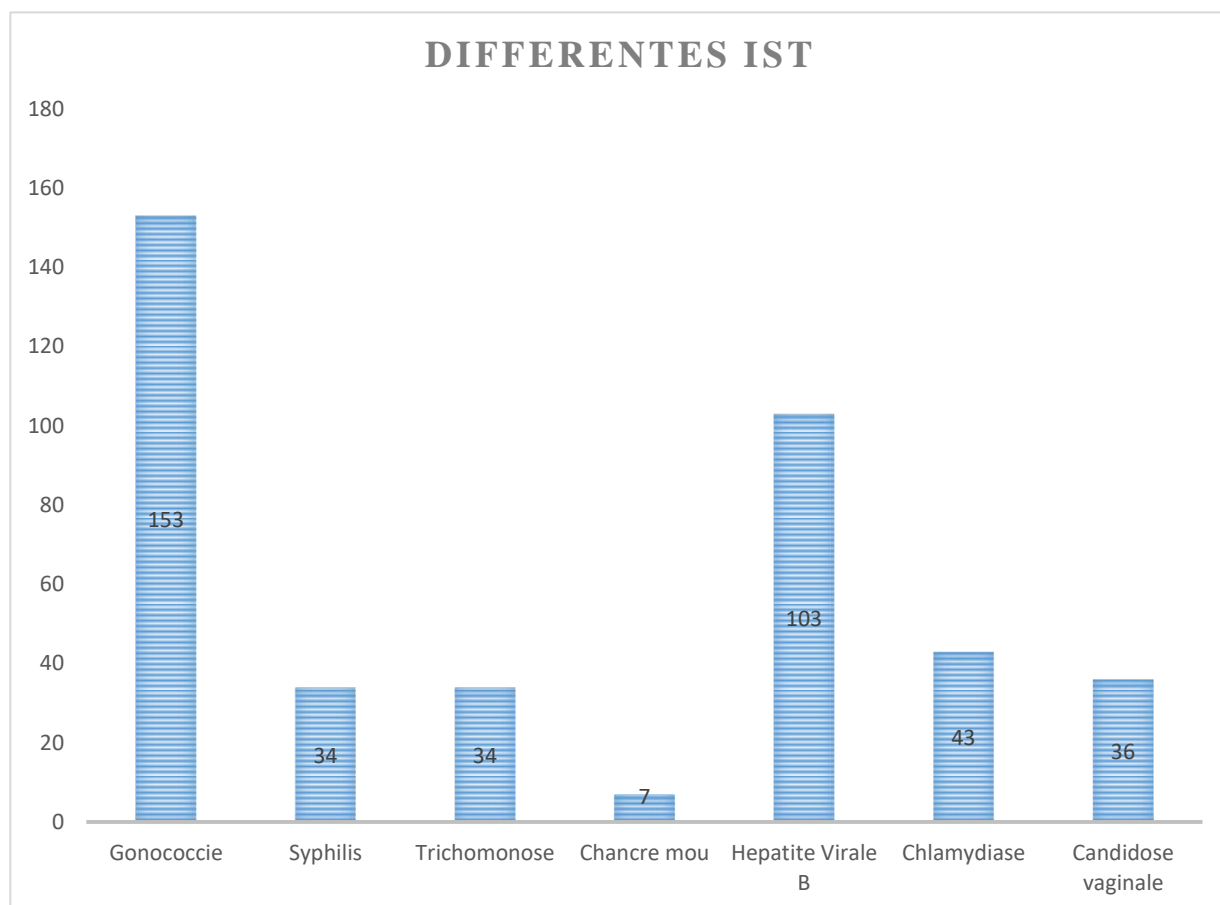
**Tableau XVII :** Répartition des sujets selon leur avis sur la prévention des IST et VIH/Sida par la fidélité entre partenaires

<i>FIDELITE ENTRE PARTENAIRES</i>	<i>EFFECTIFS</i>	<i>%</i>
<i>Oui</i>	<b>177</b>	<b>88,5</b>
<i>Non</i>	18	9
<i>Ne sait pas</i>	5	2,5
<b>Total</b>	<b>200</b>	<b>100</b>

La prévention des IST et VIH/Sida à travers la fidélité entre les partenaires a été évoquée dans 88,5% par les sujets dans notre étude.

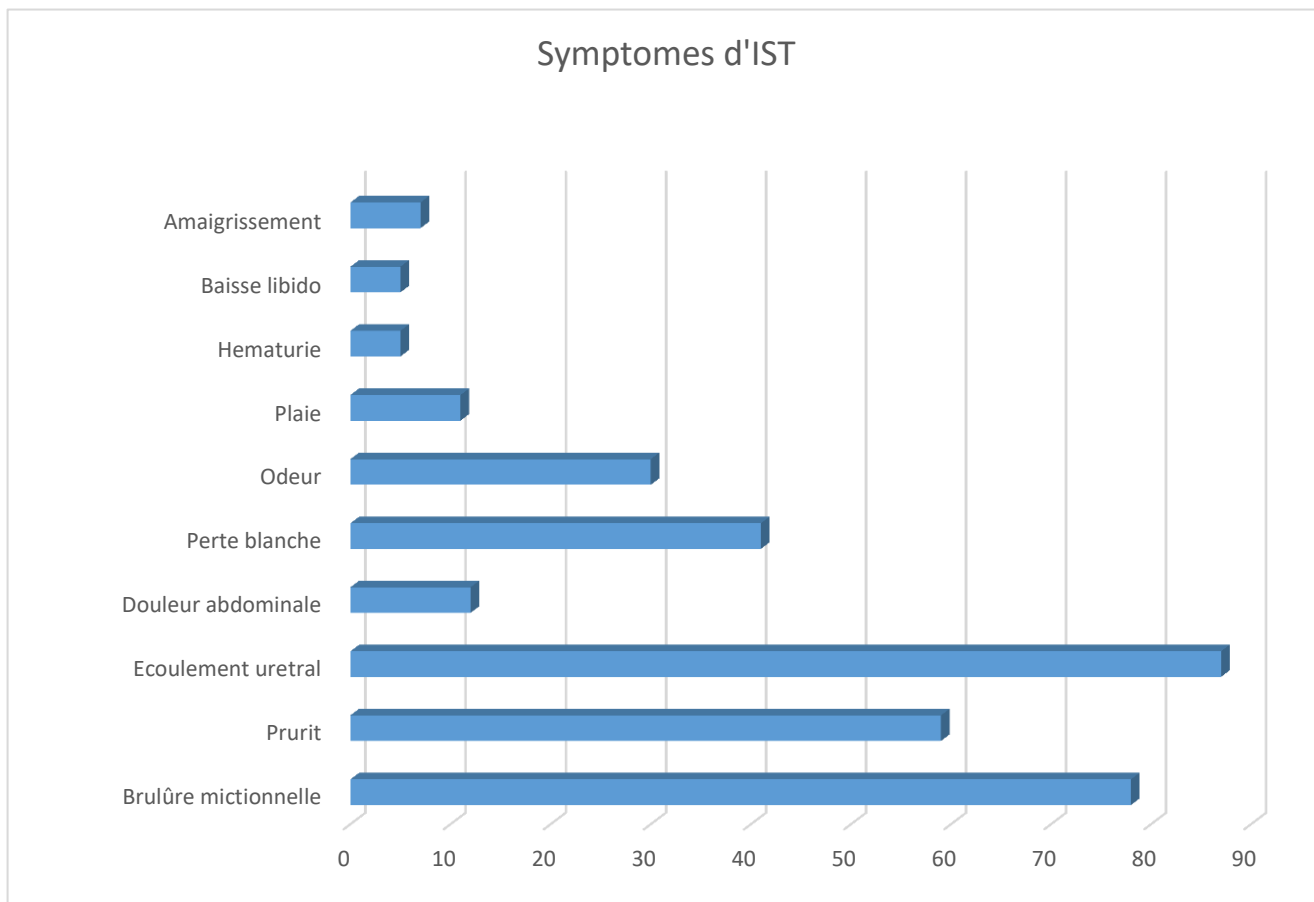


**Figure 3 :** Répartition des sujets selon leur avis sur la transmission Mère-Enfant du VIH/Sida  
 Dans notre étude 81% des sujets connaissent la transmission mère-enfant du VIH/Sida.



**Figure 4 :** Répartition des sujets selon leur connaissance sur les différents types d'IST

La gonococcie était l'IST la plus citée soit 76,5% des sujets, suivie de l'hépatite virale B avec 51,5%.



**Figure 5 :** Répartition des sujets selon leur connaissance sur la symptomatologie des IST

Dans notre étude, l'écoulement urétral a été la plus citée soit 43,5%, suivi de la Brûlure mictionnelle avec 39% et le Prurit avec 29,5%.



**Tableau XVIII :** Répartition des sujets selon leur avis sur le multi partenariat sexuel

<b>MULTI PARTENARIAT SEXUEL (Plus on a de partenaires sexuels, plus le risque d'attraper les IST et VIH/Sida est grand ?)</b>	<b>EFFECTIFS</b>	<b>%</b>
<i>Oui</i>	<b>193</b>	<b>96,5</b>
<i>Non</i>	4	2
<i>Ne sait pas</i>	3	1,5
<b>Total</b>	<b>200</b>	<b>100</b>

96,5% des sujets estimaient que le multi partenariat sexuel augmente le risque d'attraper les IST et VIH/Sida.

**Tableau XIX :** Répartition des sujets selon leur avis sur l'utilisation du condom dans la prévention des IST et VIH/Sida

<b>UTILISATION DU CONDOM (utilisation du condom diminue-t-elle les risques de transmission des IST ?)</b>	<b>EFFECTIFS</b>	<b>%</b>
<i>Oui</i>	190	95
<i>Non</i>	7	3,5
<i>Ne sait pas</i>	3	1,5
<b>Total</b>	<b>200</b>	<b>100</b>

La quasi-totalité des sujets soit 95% pensaient que l'utilisation du condom diminue le risque de transmission des IST.

**Tableau XX :** Répartition des sujets selon le mode de prévention utilisé en fonction du niveau d'étude

MODE DE PREVENTION UTILISÉ (comment avez-vous changé vos habitudes)	NIVEAU D'INSTRUCTION				
	Non-Scolarisé	Primaire	Secondaire	Supérieur	Total
<b>Fidélité entre partenaires</b>	9(13%)	10(14,5%)	25(36,2%)	25(36,2%)	<b>69(39,4%)</b>
Abstinence	3(12%)	3(12%)	7(28%)	12(48%)	25(14,3%)
<b>Utilisation des préservatifs</b>	1(1,5%)	8(12,1%)	14(21,2%)	<b>43(65,2%)</b>	<b>66(37,7%)</b>
Limiter le nombre de partenaires	0(00%)	3(20%)	4(26,7%)	8(53,3%)	15(8,6%)
<b>TOTAL</b>	13(7,4%)	24(13,7%)	50(28,6%)	88(50,3%)	175(100%)

Dans notre étude, 65,2% des sujets qui utilisaient le préservatif comme moyen de prévention contre les IST et VIH/SIDA avaient un niveau d'étude supérieur.

**Tableau XXI :** Répartition des sujets selon l'âge du premier rapport sexuel

<b>AGE DU PREMIER RAPPORT SEXUEL</b>	<b>EFFECTIFS</b>	<b>%</b>
< 18	69	34,5
> 18	<b>119</b>	<b>59,5</b>
N'A PAS FAIT	12	6
<b>Total</b>	<b>200</b>	<b>100</b>

Dans notre étude 59,5% des sujets ont eu leur premier rapport sexuel après 18 ans et 6% des sujets affirment ne jamais avoir eu de rapport sexuel.

**Tableau XXII :** Répartition des sujets selon l'utilisation du condom lors du premier rapport sexuel

<b>UTILISATION DU CONDOM AU PREMIER RAPPORT SEXUEL</b>	<b>EFFECTIFS</b>	<b>%</b>
<b>Oui</b>	56	29,8
<b>Non</b>	120	63,8
<b>Ne sait pas</b>	12	6,4
<b>Total</b>	<b>188</b>	<b>100</b>

Dans notre étude 63,8% des sujets n'avaient pas utilisé un condom lors du premier rapport sexuel.

**Tableau XXIII :** Répartition des sujets selon l'utilisation du condom en fonction du statut matrimonial

<i>Utilisez-vous des préservatifs ?</i>	<i>Régime matrimonial</i>			
	<b>Célibataire</b>	<b>Marié(e)</b>	<b>Divorcé(e)</b>	<b>Total</b>
<i>Oui</i>	<b>86(76,8%)</b>	24(21,4%)	2(1,8%)	<b>112(59,5%)</b>
<i>Non</i>	25(37,3%)	41(61,2%)	1(1,5%)	<b>67(35,6%)</b>
<i>Ne sait pas</i>	7(7,8%)	2(2,2%)	0(0,0%)	<b>9(4,8%)</b>
<b>TOTAL</b>	<b>118(62,7%)</b>	<b>67(35,6%)</b>	<b>3(1,6%)</b>	<b>188(100%)</b>

Dans notre étude, 76,8% des sujets qui utilisaient le préservatif étaient des célibataires contre 21,4% des mariés.

**Tableau XXIV :** Répartition des sujets selon le fait d'avoir des rapports sexuels non protégés avec des partenaires occasionnels(les)

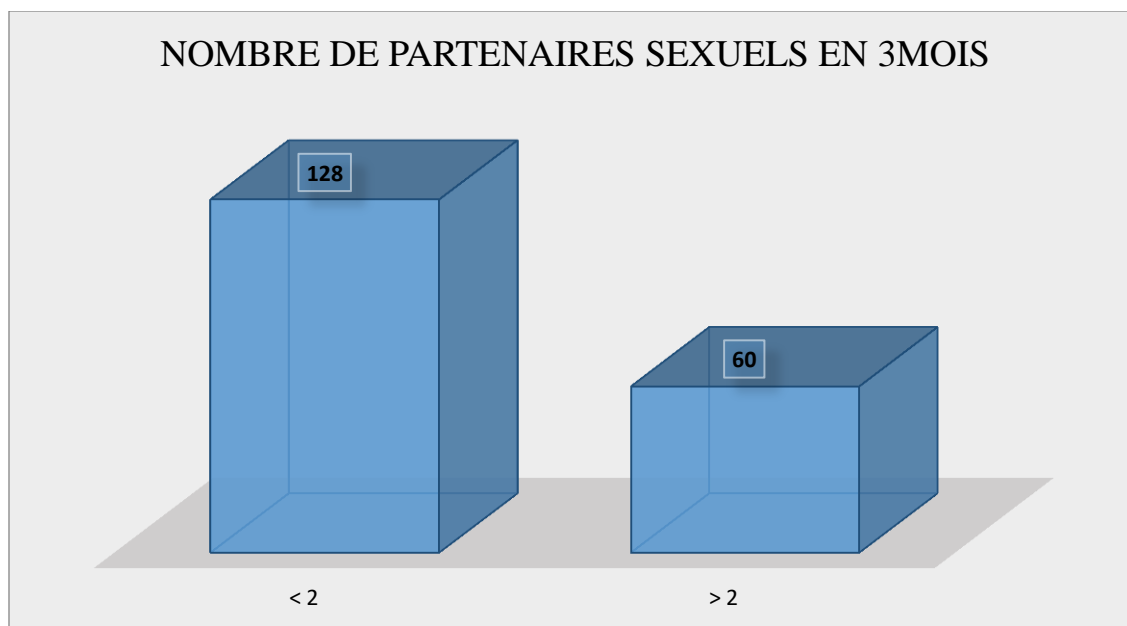
<b>RAPPORT SEXUEL NON PROTEGE AVEC PARTENAIRES OCCASSIONNELS</b>	<b>EFFECTIFS</b>	<b>%</b>
Oui	72	38,3
<b>Non</b>	<b>108</b>	<b>57,4</b>
Ne sait pas	8	4,3
<b>Total</b>	<b>188</b>	<b>100</b>

Dans notre étude plus de la moitié des sujets soit 57,4% n'avaient pas eu de rapports sexuels non protégés avec des partenaires occasionnels(les) contre 38,3% des sujets qui ont des rapports sexuels non protégés avec des partenaires occasionnels(les).

**Tableau XXV:** Répartition des sujets selon le nombre de rapports sexuels non protégés dans les 3mois précédents l'enquête

NOMBRE DE RAPPORTS SEXUELS EN 3 MOIS	ETAIT-CE DES RAPPORTS PROTEGES		
	OUI	NON	Total
< 4	17(10,4%)	22(13,4%)	<b>39(23,8%)</b>
<b>4 et Plus</b>	41(25%)	<b>84(51,2%)</b>	<b>125(76,2)</b>
<b>Total</b>	<b>58(35,4%)</b>	<b>106(64,6%)</b>	<b>164(100%)</b>

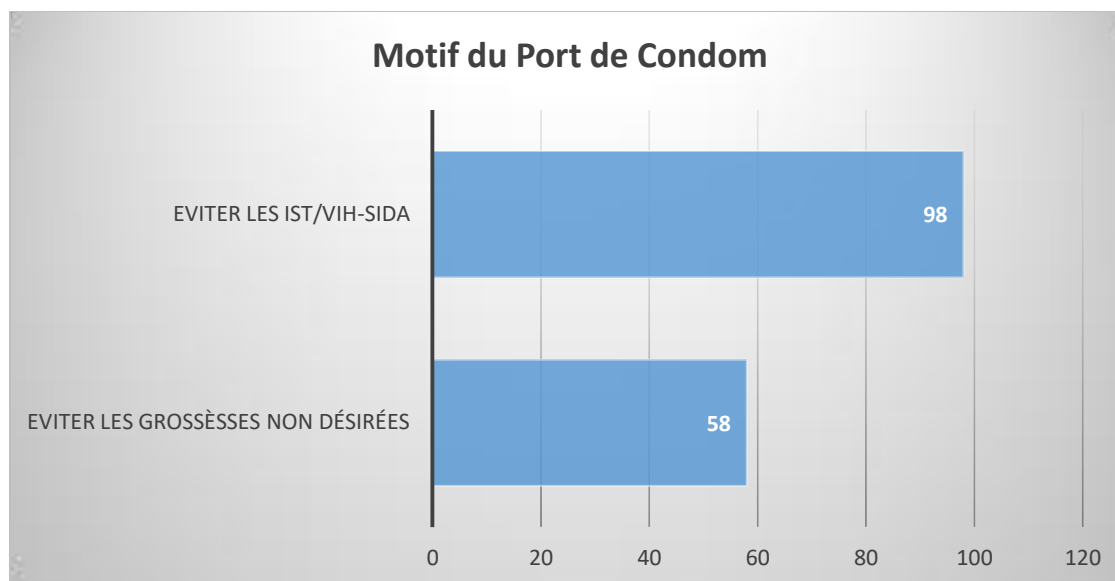
Dans notre étude 51,2% des sujets ont eu au moins quatre (4) rapports sexuels non protégés dans les 3mois précédents l'enquête.



**Figure 6 :** Répartition des sujets selon le nombre de partenaires sexuels dans les 3mois précédents l'enquête.

Dans notre étude, 128(68%) des sujets ont eu moins de deux (2) partenaires sexuels(es) dans les 3mois précédents l'enquête.

Moins de la moitié soit 32% des sujets ont eu au moins deux (2) partenaires sexuels(es) dans les 3mois précédents l'enquête.



**Figure 7 :** Répartition des sujets selon le motif du port de condom

Vouloir Eviter les IST et VIH/Sida était le motif le plus évoqué de port de condom dans notre étude avec 87,5%.

**Tableau XXVI:** Répartition des sujets selon leur source d’approvisionnement en condom

<i>SOURCE D’APPROVISIONNEMENT EN CONDOM</i>	<i>EFFECTIFS</i>	<i>%</i>
<i>Un tiers</i>	9	8
<i>Pharmacie</i>	<b>88</b>	<b>78,6</b>
<i>Centre de santé</i>	2	1,8
<i>Boutique</i>	13	11,6
<b><i>Total</i></b>	<b>112</b>	<b>100</b>

Dans notre étude 78,6% des sujets s’approvisionnaient en préservatif dans les officines/pharmacies.

**Tableau XXVII : Répartition des sujets selon le moment de port de condom**

<b><i>MOMENT DE PORT DE CONDOM PENDANT L'ACTE SEXUEL</i></b>	<b><i>EFFECTIFS</i></b>	<b><i>%</i></b>
<i>Avant la pénétration</i>	175	87,5
<i>Ne sait pas</i>	25	12,5
<b><i>Total</i></b>	<b>200</b>	<b>100</b>

175(87,5%) des sujets de notre étude savaient utiliser un préservatif.

**Tableau XXVIII : Répartition des sujets selon le suivi de la grossesse dans un centre de santé**

<b><i>SUIVI DE LA GROSSESSE DANS UN CENTRE DE SANTE</i></b>	<b><i>EFFECTIFS</i></b>	<b><i>%</i></b>
<i>Non</i>	4	14,3
<i>Oui</i>	<b>24</b>	<b>85,7</b>
<b><i>Total</i></b>	<b>28</b>	<b>100</b>

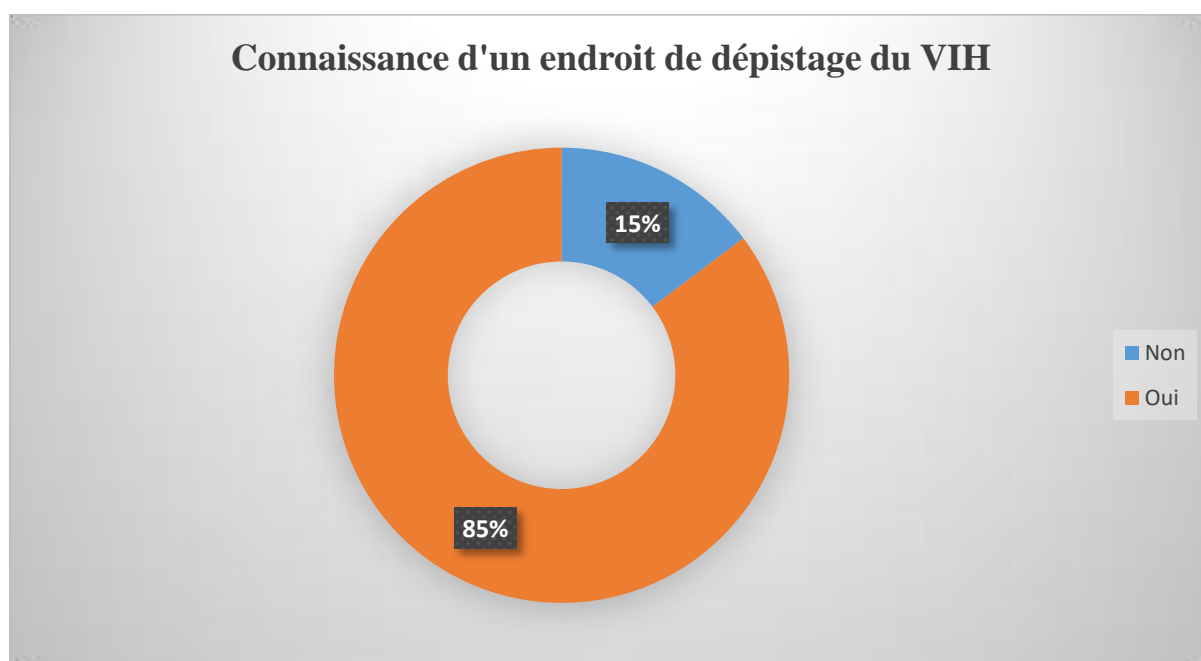
À 85,7%, les femmes enquêtées (28) ayant été enceintes avaient été suivies dans un centre de santé pendant la grossesse.



**Tableau XXIX :** Répartition des sujets femmes selon le fait d’avoir effectué le dépistage au cours des bilans prénataux

<i>DEPISTAGE DU VIH DANS LE BILAN PRENATAL</i>	<i>EFFECTIFS</i>	<i>%</i>
<i>Oui</i>	10	41,7
<i>Non</i>	11	45,8
<i>Ne sait pas</i>	3	12,5
<b><i>Total</i></b>	<b>24</b>	<b>100</b>

Le dépistage du VIH/Sida ne figurait pas dans le bilan prénatal de 45,8%(soit 11) des femmes enquêtées ayant été enceintes (soit 24 sujets) ; 41,7% avaient fait le dépistage du VIH/Sida pendant leur grossesse.



**Figure 8 :** Répartition des sujets selon leur connaissance d’un endroit de dépistage du VIH/Sida

À 85%, les sujets de notre étude affirment avoir connaissance d’un endroit où faire un test de dépistage du VIH/Sida.

**Tableau XXX :** Répartition des sujets selon le fait d'avoir les moyens de faire un test du VIH/Sida

<b>AVOIR LES MOYENS DE FAIRE LE TEST DU VIH/Sida</b>	<b>EFFECTIFS</b>	<b>%</b>
<b>Oui</b>	<b>133</b>	<b>66,5</b>
Non	61	30,5
Ne sait pas	6	3
<b>Total</b>	<b>200</b>	<b>100</b>

Plus de la moitié des sujets soit 66,5% affirmaient avoir les moyens de faire le test de dépistage du VIH/Sida.

**Tableau XXXI :** Répartition des sujets selon la réalisation du test du dépistage du VIH/Sida

<b>REALISATION DU TEST (avez-vous effectué un test de dépistage du VIH/Sida)</b>	<b>EFFECTIFS</b>	<b>%</b>
<i>Oui</i>	73	36,5
<i>Non</i>	<b>127</b>	<b>63,5</b>
<b>Total</b>	<b>200</b>	<b>100</b>

Plus de la moitié des sujets soit 63,5% n'ont jamais fait un test de dépistage du VIH/Sida.

**Tableau XXXII :** Répartition des sujets ayant effectué le test de dépistage du VIH selon leur conseiller

<i>CONSEILLER</i>	<i>EFFECTIFS</i>	<i>%</i>
<i>Parent/Fiancé(e)</i>	10	13,7
<i>Ami(e)/Volontaire</i>	24	33
<i>Agent de santé/Ecole</i>	<b>39</b>	<b>52,5</b>
<b><i>Total</i></b>	<b>73</b>	<b>100</b>

Dans notre étude 52,5% des sujets étaient conseillés par un agent de santé/Ecole pour effectuer un test de dépistage du VIH/Sida.

**Tableau XXXIII :** Répartition des sujets non dépistés selon leur disponibilité à effectuer un test de dépistage du VIH/Sida

<i>ETRE DISPOSE A FAIRE LE TEST DE DEPISTAGE DU VIH/Sida</i>	<i>EFFECTIFS</i>	<i>%</i>
<i>Oui</i>	<b>82</b>	<b>64,6</b>
<i>Non</i>	42	33
<i>Ne sait pas</i>	3	2,4
<b><i>Total</i></b>	<b>127</b>	<b>100</b>

La plupart des sujets soit 64,6% étaient disposés à faire le test du VIH/Sida, contre 33% ne sont pas prêts à faire le test du VIH.

**Tableau XXXIV** : Répartition des sujets selon le motif de dépistage du VIH/Sida

MOTIF DE DEPISTAGE	EFFECTIFS	%
<b>Veut connaitre son statut sérologique</b>	<b>84</b>	<b>54,2</b>
précocement et éviter de transmettre à autrui	9	5,8
Don de sang	7	4,5
Pour se rassurer	55	35,5
<b>Total</b>	<b>155</b>	<b>100</b>

La majorité des sujets dépistés ou voulant effectués un dépistage avaient comme motif de vouloir connaitre leur statut sérologique avec 54,2%.

**Tableau XXXV** : Répartition des sujets selon le motif de refus de dépistage du VIH/Sida

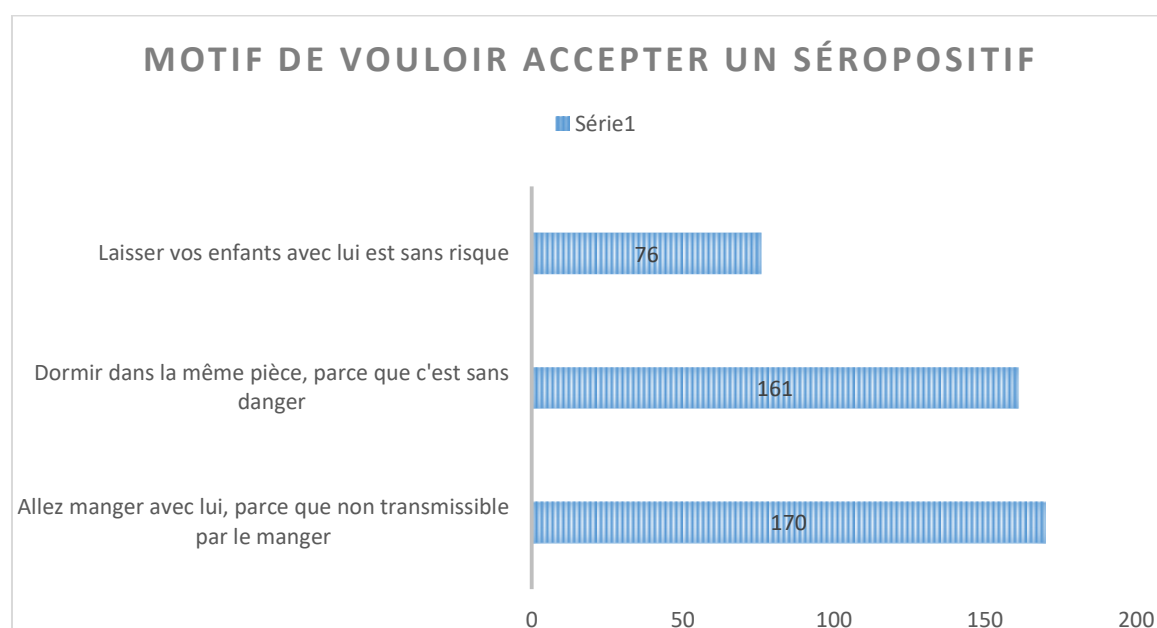
MOTIF DE REFUS DE DEPISTAGE DU VIH	EFFECTIFS	%
Par crainte de connaitre son statut sérologique	6	14,3
Par crainte d'être infecté par le test (acte)	2	4,7
<b>N'a pas envie</b>	<b>27</b>	<b>64,3</b>
Est en bonne santé	7	16,7
<b>Total</b>	<b>42</b>	<b>100</b>

Plus de la moitié des sujets soit 64,3% avaient refusé de faire le test de dépistage parce qu'ils n'ont pas envie et 14,3% ont refusé par crainte de connaitre son statut sérologique.

**Tableau XXXVI :** Répartition des sujets selon leur avis d’héberger un proche ou un parent séropositif dans leur foyer

<b>ACCEPTER D’HEBERGER UN SEROPOSITIF DANS SON FOYER</b>	<b>EFFECTIFS</b>	<b>%</b>
<i>Oui</i>	<b>181</b>	<b>90,5</b>
<i>Non</i>	15	7,5
<i>Ne sait pas</i>	4	2
<b>Total</b>	200	100

Dans notre étude, 90,5% des sujets étaient d’accord pour héberger une personne séropositive dans son foyer.



**Figure 9:** Répartition des sujets selon le motif de vouloir accepter un séropositif dans son foyer

Plus de la moitié des sujets de notre étude soit 85% pensaient que le VIH ne se transmet pas par le manger. 80,5% des sujets affirmaient vouloir accepter de dormir dans la même pièce qu’une personne séropositive parce que c’est sans danger.

**Tableau XXXVII :** Répartition des sujets selon le motif de refus d'héberger un séropositif

<i>MOTIF DE REFUS D'HEBERGEMENT</i>	<i>EFFECTIFS</i>	<i>%</i>
<i>On peut l'attraper en mangeant avec lui</i>	1	6,7
<i>On peut contracter en dormant dans la même pièce</i>	3	20
<i>Sa présence est dangereuse pour les enfants</i>	5	33,3
<b><i>Simplement n'a pas envie</i></b>	<b>6</b>	<b>40</b>
<b><i>Total</i></b>	<b>15</b>	<b>100</b>

L'étude montre que 40% des sujets ayant refusé d'héberger un séropositif n'avaient pas simplement envie d'héberger un parent séropositif.

**Tableau XXXVIII :** Répartition des sujets selon le fait qu'une personne séropositive doit garder son statut secret

<b>GARDER STATUT VIH SECRET</b>	<b>EFFECTIFS</b>	<b>%</b>
Oui	28	14
<b>Non</b>	<b>165</b>	<b>82,5</b>
Ne sait pas	7	3,5
<b>Total</b>	<b>200</b>	<b>100</b>

Dans notre étude, 82,5% des sujets pensaient qu'une personne séropositive ne doit pas garder son statut secret.

## **B. Analyse qualitative :**

L'analyse qualitative a porté sur dix (10) entretiens individuels approfondis (EIA) et cinq (5) groupes de discussions de six (6) participants par groupe.

Tous les EIA et les groupes de discussions se sont déroulés dans la commune VI du district de Bamako.

La population cible était les résidents de la commune VI.

### **1. Entretien individuel approfondi**

#### **1.1. Pratiques de prévention des IST et VIH/Sida**

Par rapport aux pratiques de prévention des IST et VIH, beaucoup de nos interlocuteurs utilisent le préservatif, la fidélité et l'éviction des objets souillés comme moyens de prévention. C'est ce qui ressort des propos de **M.D.** âgé de 26 ans : « je suis en relation avec une fille depuis 2 ans, mais il m'arrive d'avoir des rapports sexuels protégés avec d'autres filles quelques fois et j'évite de me blesser avec des objets souillés ». Par contre **F.C.** 21 ans s'emploie en ces termes, je cite : « je sors avec plus de 2 hommes et je n'aime pas les rapports sexuels protégés car le préservatif diminue le plaisir et témoigne du manque d'amour envers la personne »

#### **1.2. Dépistage du VIH/Sida**

En ce qui concerne les questions liées au dépistage du VIH, un grand nombre de nos personnes enquêtées connaissent les avantages du dépistage du VIH mais ne l'ont jamais fait, comme en témoigne cette affirmation de **B.T.** âgé de 28 ans : « je n'ai pas fait le dépistage du VIH mais je sais que ça a beaucoup d'avantages comme le fait de pouvoir se traiter précocement si le test est positif et cela diminue le risque de le transmettre à une autre personne ».

### **2. Groupe de discussions (focus group)**

#### **2.1. Connaissance du VIH**

Tous nos sujets enquêtés étaient d'accord avec l'existence du VIH/SIDA.

Comme indique cette citation d'un de nos participants du focus group : « Je crois à l'existence du VIH à travers les tests, les signes cliniques, le traitement et aussi j'ai eu la chance de toucher à une personne vivant avec le VIH »

Par rapport à la question liée à la connaissance du VIH/SIDA, la majorité des participants de nos groupes de discussions connaissent les modes de transmission et de prévention de la maladie, comme en témoigne cette pensée d'un participant du groupe de discussion : « Les moyens de prévention que je connais sont : le port du condom, la fidélité et l'abstinence car si le couple est fidèle c'est difficile qu'il attrape le Sida et comme moyens de transmission : les objets souillés et les rapports sexuels non protégés »

## **2.2. Prévention des IST et VIH/Sida**

Une proportion non négligeable de nos sujets enquêtés dans le focus group a une faible perception sur le multi partenariat sexuel et la précarité économique comme facteurs de risque.

L'opinion de cette participante la montre : « je suis pauvre et je ne travaille pas alors je suis obligée de sortir avec plus d'hommes pour subvenir à mes besoins et j'essaye de fixer un rendez-vous avec chacun d'eux pour que aucun d'entre eux ne soit au courant l'un de l'autre»

D'autres pensent le contraire comme l'illustre l'opinion de ce participant :

« Les personnes qui ont des partenaires sexuels multiples courent un grand risque de contamination au VIH et d'autres IST »

## **2.3. Dépistage du VIH**

La majorité de nos interlocuteurs ne connaissaient pas les services de prévention et de dépistage du VIH. C'est ce qu'exprime ce participant d'un groupe de discussion : « Je sais seulement que le dépistage et le traitement du Sida se fait dans les hôpitaux »

Un nombre considérable de nos sujets des groupes de discussion s'informent sur le VIH/SIDA à travers la télé et la radio. Comme affirme cette pensée d'un de nos participants du groupe de discussion : « Ma première source d'information a été la télé suivie de la radio et enfin l'école »



#### **2.4. Perception des personnes infectées par le VIH/Sida**

Un nombre non négligeable de participants des groupes de discussion ont des attitudes de stigmatisation vis-à-vis des personnes infectées par le VIH/SIDA.

C'est qui ressort de cette citation : « Moi je me mets à l'écart d'une personne infectée car c'est une maladie qui est grave donc je ne veux pas prendre de risque d'être contaminé »

Contrairement à certains qui adoptent une attitude solidaire, comme exprime cette pensée de cet intervenant du focus group : « Je vais maintenir notre relation comme avant et si c'est un parent proche je me chargerai de l'entretenir car un séropositif a besoin d'accompagnement et d'aide comme tous les autres malades »

# V. COMMENTAIRES & DISCUSSION

## V. COMMENTAIRES ET DISCUSSION

### 1. Difficultés rencontrées :

Des difficultés de communication ainsi que des déficits d'information ont été notés chez les sujets étudiés, réduisant ainsi la portée de l'étude.

La crainte de certains sujets à parler avec des inconnus, nous a amenée à un long dialogue avant d'accepter de coopérer, cela s'explique par le fait que le sexe est considéré dans notre société comme quelque chose de tabou qui relève du domaine privé et personnel.

Certains sujets nous ont réclamés de l'argent sous prétexte que tout ce qui concerne le SIDA est financé à des millions ou de payer le temps qu'ils ont eu à nous consacrer, ces types de sujets n'ont pas été recrutés car la thèse n'était pas financée, d'autres ont refusé tout simplement car ils pensaient n'avoir aucun intérêt.

### 2. Sur la méthodologie :

L'objectif de cette étude était d'évaluer le niveau d'engagement de la population de la commune VI du district de Bamako face aux IST et VIH/SIDA en matière de prévention et de dépistage.

Un échantillon représentatif des sujets a été tiré au hasard sur la base de stratification des ensembles. Les données ont été saisies sur le logiciel Microsoft Word 2013 et analysées par Epi Info 7.

L'échantillonnage a été fait de la façon suivante sur la base de stratification des ensembles.

On a tiré au hasard deux cent (200) sujets dans les différents quartiers que compose la commune VI du district de Bamako.

### 3. Caractéristiques sociodémographiques des enquêtés

#### 3.1. Age et sexe

Les deux cent (200) sujets enquêtés dans notre étude résidaient tous en commune VI du district de Bamako. La tranche d'âge la plus représentée se situait dans la fourchette des dix-huit et vingt-quatre ans (18-24) avec 44% des sujets (**Figure 1**). L'âge moyen était de 25 ans, avec des extrêmes allant de [16-49] ans. Ce résultat pouvait s'expliquer par la disponibilité de cette tranche de la population à participer à cette étude.

Le sexe masculin a été majoritairement représenté dans notre étude avec 75,5% contre 24,5% des femmes (**Tableau II**). Ce résultat est supérieur à celui trouvé par Coulibaly M. D [2] qui trouve respectivement 55,8% contre 44,2%. Cet écart pourrait s'expliquer par le fait que les enquêteurs étaient des hommes alors le contact avec le sexe masculin était plus facile que celui des femmes.

### **3.2. Profession, situation matrimoniale et niveau d'instruction**

Dans notre étude 62,5% des sujets étaient célibataires et 36% étaient mariés (**Tableau III**). Ce résultat est comparable à ceux trouvés par Haidara M.I. [51] avec 69% des cas. Ce taux pourrait s'expliquer par le fait que les gens ne se marient pas tôt dans notre société.

La profession étudiants/élèves était la plus représentée avec 36% des cas, 47% de ces étudiant/élève avaient un niveau étude supérieur ; suivie des commerçants et des employés avec respectivement 17% et 13% des cas (**Tableau V**).

Dans notre société, les étudiant/élève et les commerçants sont les couches socioprofessionnelles les plus nombreuses, cela pourrait expliquer la fréquence élevée du taux de scolarisation dans cette couche de la population.

Dans notre étude 47% des sujets avaient un niveau d'étude supérieur, suivis du niveau secondaire avec 28,5%. Les non-scolarisés représentent 9% des sujets (**Tableau IV**).

### **3.3. Religion et Ethnie**

Pratiquement tous les sujets étaient musulmans 96% des sujets (**Figure 2**). La structure de la religion telle qu'observée dans la société malienne confirme la prédominance des musulmans. Dans notre étude l'ethnie Bambara était la plus représentée avec 29,5% des sujets, suivie des Peulhs avec 19,5% des cas, les soninkés 12,5% des cas, les dogon 12% des cas (**Tableau VII**). Cet équilibre pourrait s'expliquer par le fait que Bamako est un lieu d'échange et de brassage ethnique donc cosmopolite.

## **4. Connaissance en matière des IST et du VIH/SIDA :**

La totalité des sujets enquêtés soit 100% connaissaient les IST et VIH/Sida, 91,5% d'entre eux croyaient à son existence avec comme principale source d'information les médias (Télé/Radio/Journal) dans 91,5% des cas suivi de l'Ecole/Conférence avec 64,5% des sujets (**Tableau VIII, IX, XI**).

Ces résultats sont comparables à ceux d'EDS IV [52] qui trouve que 88,5 des hommes ont entendu parler de Sida contre 85,9% des femmes.

Cela s'expliquerait, tout simplement par ce qu'il existe diverses méthodes permettant une large diffusion d'information y relative. Il s'agit de la télévision, la radio, la publicité par les affiches, les banderoles, les journaux, les magazines, ainsi que les campagnes de sensibilisation et d'éducation de la population.

Le pourcentage des enquêtés qui croient à l'existence du VIH augmente avec le niveau d'instruction : Non-scolarisé= 8,2% ; Primaire= 13,1% ; Secondaire=29% ; Supérieur= 49,7% (**Tableau X**)

Comme en témoigne ce propos d'un de nos interlocuteurs avec un niveau d'étude supérieur dans les groupes de discussion : « Je crois à l'existence du VIH à travers les tests, les signes cliniques, le traitement et aussi j'ai eu la chance de toucher à une personne vivant avec le VIH ».

A propos des Voies de transmission du VIH, la voie sexuelle était la plus citée comme la principale voie de contamination, suivie de la voie sanguine avec respectivement 87,8%, 11,2% (**Tableau XII**).

Dans notre étude 81% des sujets connaissent la transmission mère-enfant du VIH/Sida. Contrairement à TRAORE B. [53] 64,4% des sujets connaissent la transmission verticale.

Cet écart pourrait être dû à un déficit de sensibilisation des populations par l'agent de santé face à la transmission verticale (**Figure 3**).

A propos des moyens de prévention du VIH, le port de condom, la fidélité entre partenaires et l'abstinence étaient les moyens de protection les plus évoqués avec respectivement 89,5%, 88,5%, 71% (**Tableau XV, XVI, XVII**). La même observation a été faite par Coulibaly M. D. [2] qui trouve respectivement 76,6%, 73,6%, 87,8%.

La majorité des sujets ont cité au moins une infection sexuellement transmissible. Les principales Infections sexuellement transmissibles citées (le VIH exclus) étaient la gonococcie, l'hépatite virale B et les chlamydias avec respectivement 76,5%, 51,5%, 21,5% (**Figure 4**).

Les autres infections sexuellement transmissibles (Candidose vaginale= 18% ; Syphilis =17%, Trichomonas=17% ; Chancre mou= 3,5%) étaient moins citées. Les symptômes les plus cités étaient l'écoulement urétral, la brûlure mictionnelle, le prurit avec respectivement 43,5%, 39%, et 29,5% (**Figure 5**).

Ces résultats sont supérieurs à ceux de DABO A. [54] qui trouve : gonococcie=24,1% ; Trichomonas=22,7% ; hépatite virale=5,6% ; Syphilis=8,3% ; Chancre mou=1,6%.

Cette différence pourrait s'expliquer par le fait que la population enquêtée a un manque d'information sur les autres infections sexuellement transmissibles que le VIH/Sida.

Dans notre étude, 96,5% des sujets estiment que le multi partenariat sexuel augmente le risque d'attraper les IST et VIH/Sida ; 95% pensent que l'utilisation du condom diminue le risque de transmission des IST (**Tableau XVIII, XIX**).

## 5. Prévention des IST et VIH

Dans notre étude, 65,2% des sujets qui utilisaient le préservatif comme moyen de prévention contre les IST et VIH/SIDA avaient un niveau d'étude supérieur (**Tableau XX**). Ces résultats pourraient s'expliquer par un manque d'information et de sensibilisation autour des moyens de prévention des IST et VIH/Sida.

Sur l'ensemble des enquêtés, 59,5% des sujets ont eu leur premier rapport sexuel après 18 ans, 63,8% des sujets n'avaient pas utilisé un condom lors du premier rapport sexuel et 6% des sujets affirment ne jamais avoir eu de rapport sexuel (**Tableau XXI, XXII**).

Dans notre étude, 59,5% des sujets utilisent le préservatif, parmi eux les célibataires étaient les plus représentés avec 76,8% contre 21,4% des mariés et vouloir éviter les IST/VIH-Sida était le motif le plus évoqué par 87,5% des sujets (**Tableau XXIII, Figure 7**). Ce résultat est contraire à celui trouvé par DABO A. [54] qui trouve que 61,7% des sujets n'avaient jamais utilisé de préservatifs. Cela pourrait être dû au fait que son étude portait uniquement sur les femmes en âge de procréer. Ce taux élevé de port du condom pourrait s'expliquer par le fait qu'il y'a de plus en plus de communication entre les jeunes (hommes et femmes) autour de la sexualité d'une part et les efforts consentis par les programmes de sensibilisation et de communication pour le changement de comportement vis-à-vis de la sexualité d'autre part.

Dans notre étude, plus de la moitié des sujets soit 57,4% n'ont pas eu de rapports sexuels non protégés avec des partenaires occasionnels(les) contre 38,3% des sujets (**Tableau XXIV**), 32% des sujets ont eu au moins deux (2) partenaires sexuels(es) dans les 3mois précédents l'enquête avec au moins quatre (4) rapports sexuels non protégés chez 51,2% des sujets (**Tableau XXV, Figure 6**). C'est ce que confirme ce propos d'une participante d'un groupe de discussion : « je suis pauvre et je ne travaille pas alors je suis obligé de sortir avec plus

d'hommes pour subvenir à mes besoins et j'essaye de fixer un rendez-vous avec chacun d'eux pour qu'aucun d'entre eux ne soit au courant l'un de l'autre»

DABO A. [54] dans son étude a trouvé 170 femmes (24,3%) qui avaient eu des rapports sexuels avec des partenaires occasionnels, seulement 47 femmes (28,4%) avaient toujours exigé le préservatif. Ces résultats nous renseignent que les conditions socio-économiques défavorables sont un risque majeur de propagation des IST et VIH à travers le multi partenariat sexuel en particulier chez les femmes.

78,6% des sujets qui utilisent les préservatifs les achètent dans la pharmacie, et 87,5% des sujets savaient utiliser un préservatif (**Tableau XXVI, XXVII**). Cela prouve que les pharmacies ont un grand rôle dans la distribution des préservatifs et doivent renforcer davantage cette politique en collaboration avec les programmes pour la prévention du VIH.

## 6. Dépistage du VIH

85,7% des femmes enquêtées(28) ayant été enceintes avaient été suivies dans un centre de santé pendant la grossesse et le dépistage du VIH/Sida ne figurait pas dans le bilan prénatal de 45,8%(soit 11) de ces femmes (**Tableau XXVIII, XXIX**).

Ce taux est contraire à celui trouvé par COULIBALY F. [55] avec 76% des femmes enceintes qui étaient prêtes à faire le test du VIH. Cet écart pourrait être dû à un manque de sensibilisation de la population enquêtée de la part des agents de santé par rapport à la nécessité du dépistage du VIH dans le bilan prénatal.

85% des sujets de notre étude affirment avoir connaissance d'un endroit où faire un test de dépistage du VIH/Sida (**Figure 8**). C'est ce qu'exprime ce participant d'un groupe de discussion : « Je sais seulement que le dépistage et le traitement du Sida se fait dans les hôpitaux ».

Dans notre étude, 30,5% des sujets affirment n'avoir pas les moyens de faire le test de dépistage du VIH/Sida (**Tableau XXX**). Ce taux élevé témoigne la nécessité pour les décideurs de ne ménager aucun effort pour rendre gratuit le dépistage du VIH sur toute l'étendue du territoire et améliorer les efforts en matière de communication sur les IST et VIH/Sida.

Les 63,5% des sujets enquêtés dans notre étude n'avaient jamais effectué le test de dépistage du VIH/Sida contre 36,5% des sujets dont leur conseiller était un agent de santé/Ecole dans 52,5% des cas ; 64,6% des sujets étaient prêt à effectuer un test de dépistage du VIH/SIDA chez les non dépistés et vouloir connaître son statut sérologique a été le motif le plus évoqué

dans 54,2% des cas ; 2,4% des sujets affirment n'avoir aucune idée (**Tableau XXXI, XXXII, XXXIII, XXXIV**).

Ces résultats sont contraires à ceux trouvés par COULIBALY M. D. [2] qui trouve 92,6% des sujets qui n'avaient jamais fait de dépistage contre 7,4%.

Parmi les sujets qui n'étaient pas prêts à faire le dépistage du VIH (33%), plus de la moitié soit 64,3% ont refusé de faire le test de dépistage parce qu'ils n'ont pas envie (**Tableau XXXV**). Ce taux de refus est élevé en ce 21<sup>ème</sup> siècle et pourrait être dû en grande partie à la méconnaissance du processus de test et à la non sensibilisation de cette couche de population. La description du processus de test pourrait améliorer l'acceptabilité et la démystification de celui-ci.

Dans notre étude, une grande proportion de nos sujets enquêtés était consentant d'héberger un proche ou un parent séropositif dans leur foyer soit 90,5% (**Tableau XXXVI**) avec comme motif que le VIH ne se transmet pas par le manger ni en dormant dans la même pièce pour la plupart, soit respectivement 85%, 80,5% des cas (**Figure 9**).

Contrairement aux 7,5% des sujets qui avaient refusé d'héberger un séropositif, 40% affirmaient n'avoir simplement pas envie de le faire et 33,3% pensaient que sa présence était dangereuse pour les enfants (**Tableau XXXVII**). Ces résultats sont supérieurs à ceux trouvés par COULIBALY F. [55] qui trouve 59,3% des sujets consentants contre 4,9% et 35,8% qui n'avaient aucune idée.

En ce qui concerne le statut VIH, 82,5% des sujets pensaient qu'une personne séropositive ne doit pas garder son statut secret contre 14% et 3,5% n'avaient aucune idée (**Tableau XXXVIII**). Ce taux élevé témoigne le changement progressif de la mentalité des populations vis-à-vis de personnes vivantes avec le VIH/Sida (PVVIH).



# **VI. CONCLUSION & RECOMMANDATIONS**

## **VI. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS**

### **1. Conclusion**

Le but de notre étude était d'évaluer le niveau d'engagement de la population de la commune VI du district de Bamako face aux IST et VIH/SIDA en matière de prévention et de dépistage.

Au terme de cette l'étude, il apparait que la population de la commune VI est largement engagée dans la prévention et le dépistage du VIH/SIDA et les IST. La totalité des sujets soit 100% en avait déjà entendu. L'IST la plus connue après le VIH a été la gonococcie. La fidélité a été le moyen de prévention le plus cité avec 39,4% suivi du port de condom. Des comportements à risque perdurent au sein de la population tels que les rapports sexuels non protégés, des rapports sexuels occasionnels, le multi partenariat sexuels. Moins de la moitié soit 36,5% avaient effectué le dépistage du VIH et avec comme principal motif « Vouloir connaitre son statut sérologique ».

L'information, l'éducation, la communication sur les IST et VIH/SIDA doivent être une priorité de nos jours, car plus de trente ans après la découverte de premier cas, le SIDA a cessé d'être uniquement un problème de santé publique pour devenir un véritable problème de société et surtout de développement.

## **2. Recommandations**

Au terme de cette étude nous formulons les recommandations suivantes qui s'adressent respectivement :

### **A. Au Ministère de la santé**

- ✓ Accentuer les campagnes de sensibilisation sur les IST et VIH/Sida dans les quartiers, les lieux de rassemblement, si possible de porte-à-porte ;
- ✓ Multiplier les centres d'alphabétisation d'écoute et d'animation pédagogique en matière de prévention contre les IST/VIH - Sida dans les centres urbains et ruraux au Mali ;
- ✓ Renforcer les capacités des centres de santé en personnels qualifiés, en équipements techniques pour la réalisation des examens biologiques ;
- ✓ Former les agents socio-sanitaires dans les outils d'information et de communication en matière de prévention des IST/VIH - Sida à l'endroit de la population ;
- ✓ Assurer une disponibilité permanente de tests de dépistages dans les centres de consultations prénatales.

### **B. Aux personnels sanitaires**

- ✓ Adopter la méthode de l'approche participative et concertée en matière de prévention des IST/VIH-Sida en visant particulièrement les populations jeunes ;
- ✓ Diversifier les outils de communication (leur nature et leur contenu) en ciblant les jeunes populations ;
- ✓ Encourager la population à la fréquentation des centres de santé ;
- ✓ Encourager la population au dépistage volontaire des IST/VIH.

### **C. A la population générale**

- ✓ Améliorer la fréquentation des centres d'écoute et de communication en matière des IST/VIH ;

- ✓ Une attention particulière des pairs éducateurs pour avoir des connaissances adéquates sur les IST et du VIH/SIDA ;
- ✓ Accepter de faire le dépistage volontaire
- ✓ Respecter les mesures de prévention des IST et VIH/Sida.
- ✓ Lever le mystère (tabou) autour de la sexualité.

# VII. BIBLIOGRAPHIE

## VII. REFERENCES

**[1]- MAIGA O.L :**

Attitude, pratique et comportement sexuel en matière de MST /SIDA dans l'ENSEC de Bougouni. Thèse, Méd., Bamako, 2001, N 79, P 2.

**[2]- COULIBALY M. D**

Connaissances, Attitudes et Pratiques comportementales des jeunes de 15 à 24 ans face au VIH/Sida dans la commune rurale de Sangarébourgou. Thèse, Med, Bamako, 2012 ; N 264, P14.

**[3]- WHO/SIDA**

[www.who.int/mediacenter/factsheets/fs360/fr](http://www.who.int/mediacenter/factsheets/fs360/fr). Consulté le 03/02/2017

**[4]- ELKHOULY AE., YOUSEF RT.**

Antibacterial efficiency of mercurials. J Pharm sci 1974 ; **63** :681-685

**[5]- MINISTERE DE LA SANTE/DIRECTION NATIONALE DE LA SANTE.**

Enquête démographique de santé Mali V (EDSM V/MALI), 2012-2013.

**[6]- DICTIONNAIRE**

Larousse 2008, P 381

**[7]- INSTITUT NATIONAL EN SANTE PUBLIQUE QUEBEC**

Rapport, Avril 2002, P 17. Consulté le 12/02/2017

**[8]- OMS, 1999**

Glossaire de la promotion de la santé, Genève, P 25. Consulté le 12/02/2017

**[9]- OMS, 1948**

Santé/Prévention « Prévention en santé publique »

<http://fr.ap-hm.fr/sante-prevention/definition-concept>. Consulté le 22/02/2017

**[10]- OMS**

Services de dépistage du VIH.

<http://www.who.int/hiv/topics/vct/fr/>. Consulté le 12/03/2017

**[11]- ONUSIDA**

Dernières statistiques sur l'état de l'épidémie de sida.

<http://www.unaids.org/fr/resources/fact-sheet>. Consulté le 12/03/2017.

**[12]- « COMMUNAUTE ET SERVICE, ECOLE INTERNATIONALE DE MONTREAL**

Journal de bord. Consulté le 19/03/2017.

**[13]- WIKIPEDIA**

Dépistage.

<https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=D%C3%A9pistage&oldid=133808937>. Consulté le 19/03/2017.

**[14]- SATURNISME**

Quelles stratégies de dépistage chez l'enfant ?

<http://www.ipubli.inserm.fr/bitstream/handle/10608/106/?sequence=11>. Consulté le 19/03/2017.

**[15]- WILLY ROSENBAUN.**

Chronologie infection à VIH, médecine générale 2001 ; **16** : 201-205

**[16]- WIKIPEDIA**

<http://fr.wikipédia.org/wiki/fichier.vih>. Consulté le 04/06/2017.

**[17]- ONUSIDA**

Fiche d'information 2014

<http://www.unaids.org/fr/resources/campaigns/2014/2014gapreport/factsheet>. Consulté le 04/06/2017.

**[18]- HAUT CONSEIL NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE SIDA.**

Rapport 29 Novembre 2013.

<http://www.panapress.com/Le-taux-de-prevalence-du-ViH-SiDA-au-Mali-estime-a-1,1-pour-cent-en-2013---12-887988-13-lang1-index.html>. Consulté le 29/06/2017.

**[19]- P.N.L.S – Plan d'action IMAARV.** Bamako (Mali) : 5-7.

**[20]- LAROUSSE MEDICALE 2010.**

**[21]- [http://www.1santé.com/dossier/sida\\_vih2.htm](http://www.1santé.com/dossier/sida_vih2.htm).**

Informations fondées scientifiques SIDA ; Information suisse. Consulté le 02/07/2017.

**[22]- (fr) HIV-1 infection in rural Africa :** is there a difference in median time to AIDS and survival compared with that in industrialized countries ?

**[23]- IMAARV** (Initiative Malienne d'Accès auxantirétroviraux).

Plan d'action, Atelier, Bamako, Janvier 2001

**[24]- ONUSIDA**

Analyse situationnelle de la discrimination et stigmatisation envers les personnes vivant avec le VIH/SIDA en Afrique : de l'ouest et du centre : considérations éthiques et juridiques.

Rapport ; Français ; Abidjan ONUSIDA. Equipe inter pays pour l'Afrique de l'ouest et du centre ; 2002-05 ; **47p.**

**[25]- SOSPE-MAURITANIE 2015**

Document du projet de sensibilisation des populations riveraines et les usagers.pdf

[www.sospairs.org](http://www.sospairs.org)

**[26]- PREVENTION VIH : comment éviter d'attraper le VIH.**

<http://www.actionpositive.ca/guide-vih/prevention/>. Consulté le 12/07/2017.

**[27]- MODES DE TRANSMISSIONS ET MESURES PREVENTIVES CONTRE LE VIH**

<http://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/maladies/vih-sida/moyens-preventifs-et-traitements-contre-le-vih-sida/article/modes-de-transmission-et-mesures-preventives-contre-le-vih>. Consulté le 12/07/2017.

**[28]- DIAGNOSTIC ET SUIVI BIOLOGIQUES DE L'INFECTION HIV**

<http://www.labovialle.com/index.php/archives/55-articles-parus-en-2004/217-diagnostic-et-suivi-biologiques-de-linfection-hiv>. Consulté le 12/07/2017.

**[29]- DEPISTAGE ET DIAGNOSTIC DE L'INFECTION A VIH**

<http://www.pathexo.fr/docfiles/guidemodule3.pdf> . Consulté le 15/07/2017

**[30]- OMS SANTE DE LA FEMME.**

**[31]- LIVRE D'IST**

[www.info-ist.fr](http://www.info-ist.fr)

**[32]- GUIDE DE PRATIQUES ESSENTIELLES. GENEVE, ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE, 2005.**

Infection sexuellement transmissibles et autres infections de l'appareil reproducteur

**[33]- SIBOULET A, COULAUD JP, CATALAN F, BASSET A, BOHBOT JM**

Blennorragie gonococcique. Maladies sexuellement transmissibles paris masson ; 1991.

**[34]- FNUAP – OMS**

Entre nous, le Magazine Européen de la Santé Reproductive. 1997 ; n°36-37, P2-11.

**[35]- ATHEA N**

L'entrée dans la sexualité et ses aléas. Arch. Pédiatre 2000 ; 8 : 433-40

**[36]- ELLEN WEISS et collaborateur**

Vulnérabilité et opportunité : les adolescents et le VIH/SIDA dans le monde en développement.



**[37]- DE BABEYRAC B, DUPON M, BEBAERAC**

Infection à chlamydia maladies infectieuses. Encycl. Med chir 8-037-A -10 -12-670 B -20, Paris 13 P

**[38]- DE BABEYRAC B, DUPON M, BEBAERAC.**

Infection à chlamydia maladies infectieuses. Encycl. Med chir 8-037-A -10 -12-670 B -20,

**[39]- TRAORE Y.**

Etude de la prévalence des MST / VIH et facteurs de risque de l'infection par le VIH dans les six communes du district de Bamako à propos de 551 cas ; thèse Med ; Bamako.2000.

**[40]- NOZAIS J P, DARTY A, DANIS M.**

Trichomonas vaginale ; traité de parasitologie Medicale Paris prodct 1996; 307-308

**[41]- KACHAPIA L.**

The HIV / Aids epidemic in Malawi International Nursing Kevew 1998; 45 (6):179 – 1781

**[42]- GENIAUX M, BACCINO E, SOUTOUL JH.**

Maladies sexuellement transmissibles « chez la femme, la mère, la mineur ». Grenoble, 3 nov. 1993 Méd. Mal Infect 1994, 24 (N°4 bis) pages 403 à 496

**[43]- RAMJEE G, KARIM SS, STURN AW.**

Sexually transmitted infections among sex workers in Kwazulu natal South Africa Sexually transmitted diseases.1998; 25:346 - 9

**[44]- SIBOULET.A**

La résistance du gonocoque aux antibiotiques peut-elle expliquer la recrudescence actuelle des MST ? Med AF Noire 1991; 38:77-80

**[45]- FOWKE KR, NAGEL KERKE NJ, KIMANI**

Resistance to VIH, infection among persistency séro-négative prostutes in Nairobi, Kaya Lancet. 1996 ; 348 ; 1347-1351

**[46]- PILLOT J, DAGUET G, PELOUX Y, DUPOUE YP et BERCHE P :**

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

**[47]- QUINN T.C, WAWER M.J, SEWANKAMBO N ET AL.**

Viral load and heterosexual transmission of human Immunodeficiency virus type 1; IN England J Med 2000; 353: 513 – 514

**[48]- CAUMES E.M. JAVIER**

Syphilis. Encycl. Méd. chir. maladies infectieuses 1994, P 245- 246

**[49]- PELOUX Y :**

Bactéries inhabituelles IN : le Minor L et Veron M Bactériologie médicale Paris : Flammarion  
1989 ; 545-552

**[50]- E.PILLY :**

Malades infectieuses ; mont morency 16ème Ed oct. 1997 605 P

**[51]- HAIDARA M. I.**

Connaissances et attitudes des clients masculins des coiffeurs de la ville de Bamako face au VIH/SIDA. Thèse Med, Bamako, 2008 ; p.66

**[52]- Ministère de la santé/Direction nationale de la santé.**

Enquête démographique de santé Mali IV (EDS IV/MALI), 2006.

**[53]- TRAORE B**

Connaissances et comportements face au VIH/SIDA en milieu scolaire Thèse médecine  
Bamako 2005.

**[54]- DABO A.**

Connaissances, attitudes et pratiques comportementales des femmes en âge de procréer de Faladjè, Banakabougou et Niamakoro en matière d'IST et VIH/SIDA. Thèse Méd, Bamako 2013.

**[55]- COULIBALY F.**

Evaluation des connaissances en matière des IST et du VIH/SIDA chez les femmes enceintes au centre de sante de référence de la commune I du district de Bamako 2015.

# ANNEXES

## ANNEXES

### Fiche d'enquête

Le présent questionnaire est un travail qui entre dans le cadre des recherches concernant l'élaboration d'une thèse doctorale en médecine à la faculté de médecine et d'odontostomatologie (FMOS). Il ne pourra en aucun cas vous porter préjudice. Nous vous remercions pour votre entière collaboration !

### Questionnaire d'entretien

Q1- Date : ...../...../2017

Q2- N° fiche : /.... /

Q3- Langue d'entretien : /...../ Bambara=1 ; Français=2

Q4- Consentement : /.... / Accepter=1 ; Refuser=2 ; Retrait de l'étude=3

#### A- Les caractéristiques socio – démographiques :

Q5- Age : /.... /

Q6- Sexe : /.... / Masculin=1 ; Féminin=2

Q7- Régime matrimonial : /.... / Célibataire=1 ; Marié(e)=2 ; Divorcé(e)=3 ; Veuf (e)=4

Q8- Niveau d'instruction : /...../ Non – Scolarisé=1 ; Primaire=2 ; Secondaire=3 ; Supérieur=4 ; Autre à préciser= 99.....

Q9- Profession : /...../ Commerçant=1 ; Etudiant=2 ; Elève=3 ; Ménagère=4 ; Manœuvre=5 ; Chauffeur=6 ; Fonctionnaire=7 ; Aide-ménagère=8 ; Militaire=9 ; Agent Santé=10 ; Coiffeur=11 ; Autre (à préciser)=99.....

Q10- Résidence : /\_\_\_\_\_/

Q11- Religion : /... / Musulman=1 ; Chrétien=2 ; Autres à préciser=99.....

Q12- Ethnie : /... / Bambara=1 ; Peuhl=2 ; Sonrhai=3 ; Senoufo=4 ; Dogon=5 ; Bobo=6 ; Mianka=7 ; Sarakolé=8 ; Autres à préciser=99.....

### **B- Connaissances sur les IST et VIH/SIDA :**

Q13- Avez-vous déjà entendu parler des IST et du VIH/SIDA ? /.../ Oui=1 ; Non=2

Q14- Si oui, croyez-vous à l'existence du VIH/SIDA ? /.../ Oui=1 ; Non=2

Q15- Quelles sont vos sources d'informations sur le VIH/SIDA? /.../ Ecole/ Conférence=1 ; Oral/Ecrit=2 ; Parents=3 ; Grins=4 ; Centre de santé=5 ; Théâtre=6 ; Autre à préciser=99.....

Q16- Selon vous quelle est la principale voie de transmission du VIH-sida ? /.../ Rapports sexuels=1 ; Transfusion du sang=2 ; De la mère à l'enfant=3 ; Usage des seringues=4 ; Autre à préciser=99.....

Q17- Quels sont les groupes de population les plus exposés aux IST/VIH- sida selon vous ? /.../ Prostituées=1 ; Hétérosexuels=2 ; Migrants=3 ; Routiers=4 ; Autre à préciser=99.....

Q18- Est-ce qu'on peut se protéger du virus du Sida en s'abstenant complètement de rapport sexuels ? /... / Oui=1 ; Non=2 ; Ne sait pas=88

Q19- Peut-on se protéger du virus du Sida en utilisant un condom à chaque rapport sexuel? /... / Oui=1 ; Non=2 ; Ne sait pas=88

Q20- Est-ce qu'on peut se protéger du virus du Sida en limitant les rapports sexuels avec un seul partenaire ou rester fidèle à un seul partenaire ? /... / Oui=1 ; Non=2 ; Ne sait pas=88

Q21- Pensez-vous que le virus qui cause le Sida peut être transmis de la mère à l'enfant ? /... / Oui=1 ; Non=2 ; Ne sait pas=88

Q22- Avez-vous personnellement connu quelqu'un qui a le virus du Sida ou qui serait décédé du Sida ? /... / Oui=1 ; Non=2

Q23- Est-ce qu'une personne apparemment en bonne santé peut être porteuse du virus du sida ? /... / Oui=1 ; Non=2 ; Ne sait pas=88

Q24- Quels sont les IST que vous connaissez ? Gonococcie /.../ Syphilis /.../ Trichomonose /.../ Chancre mou /.../ Hépatite virale B /.../ Autres à préciser.....

Q25- Peut-on avoir une IST sans manifester les signes ? /.../ Oui=1 ; Non=2 ; Ne sait pas=88

Q26- Si oui, Citez un à trois signes d'une IST que vous connaissez.

.....  
.....

Q27- Plus on a de partenaire sexuels(les), plus le risque d'attraper les IST/SIDA est grand ? /.../ Oui=1 ; Non=2 ; Ne sait pas=88

Q28- L'utilisation du condom diminue t- elle les risques de transmission des IST ? /.../ Oui=1 ; Non=2 ; Ne sait pas=88

### C- PREVENTION :

Q29- Avez-vous changé vos habitudes lorsque vous avez appris comment se transmettait principalement les IST/VIH-sida ? /... / Oui =1 ; Non =2 ; Ne sait pas =88

Q30- Si oui, comment ? /... / Fidélité entre les partenaires=1 ; Abstinence=2 ; Utilisation des préservatifs=3 ; Limiter le nombre de partenaires=4

Q31- À quel âge avez-vous eu pour la première fois des rapports sexuels ? /...../ ans

Q32- A cette occasion avez-vous utilisé un préservatif ? /.... / Oui =1 ; Non =2 ;  
Ne sait pas =88

Q33- Utilisez-vous des préservatifs ?/.... / Oui=1 ; Non=2 ; Ne sait pas=88

Q34- Avez-vous eu des rapports sexuels non protégés avec des partenaires occasionnels (les)  
? /.... / Oui = 1 ; Non = 2 ; Ne sait pas =88

Q35- Combien de rapports sexuels avez-vous eu depuis les trois derniers mois précédant  
l'enquête ? /...../

Q36- Combien de partenaires sexuels (les) avez-vous eu ces 3 derniers mois ? /...../

Q37- Etait-ce des rapports sexuels protégés ? /.... / Oui=1 ; Non=2

Q38- Selon vous Pourquoi doit-on utiliser un préservatif pendant les rapports sexuels ? /.... /  
Eviter les IST/VIH-SIDA=1 ; Eviter les grossesses non désirées=2 ; Autres à  
préciser=99.....

Q39- Quelles sont vos sources d'approvisionnement en condom ? /.... /

Un tiers=1 ; Pharmacie=2 ; Centre de santé=3 ; Boutique=4 ; Autre à  
préciser=99.....

Q40- A quel moment de l'acte sexuel doit –on porter le condom ?

.....

Q41- A quel moment de l'acte sexuel doit –on l'enlever ?

.....  
Q42- Dorénavant compterez-vous faire des rapports sexuels non protégés ? /... / Oui=1 ; Non= 2 ; Ne sait pas=88

Q43- Utilisez-vous des objets tranchants ? /... / Oui=1 ; Non=2 ; Ne sait pas=88

Q44- Lesquels ? /.../ Lame=1 ; Couteau=2 ; Seringue=3 ; Autres à Préciser=99.....

Q45- Sont-ils à usage unique ? /... / Oui=1 ; Non=2 ; Ne sait pas=88

**Réservés aux Femmes :**

Q46- Avez –vous été enceinte ? /... / Oui=1 ; Non=2 ; Ne sait pas=88

Q47- Si Oui, la grossesse avait-elle été suivi dans un centre de santé ? /.../ Oui=1 ; Non=2 ; Ne sait pas=88

Q48- Si Oui, le dépistage du VIH/SIDA figurait-il dans le bilan prénatal ? Oui=1 ; Non=2 ; Ne sait pas=88

**D- Dépistage :**

Q49- Pensez-vous être à risque pour les IST et VIH/SIDA ? /... / Oui=1 ; Non=2 ; Ne sait pas =88

Q50- Connaissez-vous un endroit (service) où vous pourriez faire un test de dépistage du VIH ? /... / Oui=1 ; Non=2

Q51- Avez-vous les moyens de faire un test du VIH ? /... / Oui=1 ; Non=2 ; Ne sait pas=88



Q52- Avez-vous effectué un test de dépistage du VIH ? /... / Oui=1 ; Non=2 ; Ne sait pas=88

Q53- Si oui, qui vous la conseille ? /... / Parent/Fiancé=1 ; Ami=2 ; Agent de santé=3 ; Autre à préciser=99.....

Q54- Si non, êtes-vous disposés à le faire ? /... / Oui=1 ; Non=2 ; Ne sait pas=88

Q55- Si oui, pourquoi ? /... / Veut connaître son statut sérologique=1 ; Pour pouvoir se traiter précocement=2 ; Pour éviter de transmettre la maladie à autrui si je suis séropositif=3 ; Pour se rassurer=4 ; Autre (à préciser)=99.....

Q56- Si non, pourquoi ? /... / Par crainte de connaître son statut séropositif=1 ; Par crainte d'être infecté par le test (acte)=2 ; N'a pas envie=3 ; Autre à préciser=99.....

Q57- Avez-vous confiance au dépistage du VIH ? /... / Oui=1 ; Non=2 ; Ne sait pas=88

Q58- En sachant qu'une personne ou un parent est séropositif, l'accepteriez dans votre foyer ? /... / Oui=1 ; Non=2 ; Ne sait pas=88

Q59- Si oui, pourquoi et comment ? /... / Aller manger avec lui, parce que non transmissible par le manger=1 ; Dormir dans la même pièce, parce que c'est sans danger=2 ; Laisser vos enfants avec lui est sans risque=3 ; Autre à préciser=99.....

Q60- Si non, pourquoi? /... / On peut l'attraper en mangeant avec lui=1 ; On peut la contracter en dormant dans la même pièce=2 ; Sa présence est dangereuse pour les enfants=3 ; Simplement n'a pas envie=4 ; Autre à préciser=99.....

Q61- Pensez-vous qu'une personne séropositive doit garder son statut secret ? /... / Oui=1 ; Non=2 ; Ne sait pas=88

**Je vous remercie, c'est la fin de l'entretien, avez-vous quelque chose d'autre à ajouter ?**

## **Guide d'Entretien Individuel Approfondi**

**Introduction :** Bonjour je m'appelle ..... Je fais cette recherche dans le cadre de ma thèse de doctorat. Nous faisons cette enquête pour mieux connaître l'engagement de la communauté en matière de prévention et de dépistage du VIH/SIDA et les IST dans la commune VI. Nous souhaiterions donc connaître vos habitudes, opinions et vécu personnel sur ses questions. Sachez qu'il n'y a pas de bonnes ni de mauvaises réponses, nous aimerons apprendre à travers vous. Vos propos resteront dans la confidentialité, ils ne seront pas étalés sur aucune place publique. Nous aimerons que vous nous donniez des discours francs. Vous êtes libres de participer ou de décider de ne pas participer à l'étude sans aucun préjudice. Vous avez également le droit de vous retirer à tout moment du débat.

Q62- Pouvez-vous nous parler de votre histoire personnelle qui a une relation avec votre vie sexuelle (nombres de partenaires sexuels, âge du premier rapport sexuel, durée de la relation etc. ...)?

Q63- Quelles sont les moyens de préventions des IST et VIH/SIDA que vous connaissez ?

Q64- Parlez-nous de vos préférences en matière de pratique sexuelle (rapport sexuel protégé, non protégé, multi partenariat sexuel, rapport hétérosexuel etc....) ?

Q65- En matière de prévention des IST et VIH/SIDA quels sont les moyens que vous utilisez ?

Q66- Selon vous, quels peuvent être les avantages liés au dépistage du VIH/Sida ?

**Je vous remercie, c'est la fin de l'entretien, avez-vous quelque chose d'autre à ajouter ?**

## **Guide d'entretien Focus Group**

Q67- Existence du Sida

Q68- Les modes de transmission et moyens de prévention des IST et VIH/Sida

Q69- Facteurs de risques (précocité du premier rapport sexuel, multi partenariat sexuel, pratiques socioculturelles néfastes, précarité économique, illettrisme, pratiques sexuelles à risques, violence)

Q70- Connaissance des centres de dépistage et de prise en charge du VIH /SIDA

Q71- Source d'information (radio, télé, bouche à oreille, amis)

Q72- Connaissance des projets et programmes pour la prévention du VIH (sensibilisation, distribution de préservatifs, formation)

Q73- Stigmatisation et auto –stigmatisation

Q74- Rejet social

**Je vous remercie, c'est la fin de l'entretien, avez-vous quelque chose d'autre à ajouter ?**

## **FICHE SIGNALETIQUE**

**Prénom :** Seydou

**Nom :** SANOGO

**Téléphone :** 00223 76162772 / 00223 65251985

**Email :** [seysanogo@yahoo.fr](mailto:seysanogo@yahoo.fr)

**Titre :** Engagement communautaire participatif relié aux pratiques de prévention et de dépistage du VIH/SIDA et aux IST dans la Commune VI du District de Bamako

**Année académique :** 2016 - 2017

**Nationalité :** Malienne

**Ville de Soutenance :** Bamako

**Lieu de dépôt :** Bibliothèque de la FMPOS

**Secteur d'intérêt :** Santé publique

### **Résumé :**

Le changement de comportement et l'adoption de bonne pratique face aux IST/ VIH/SIDA ne sauraient aller sans un système efficace d'information, de sensibilisation et d'éducation, d'où la motivation de notre étude dont l'objectif était d'évaluer le niveau d'engagement de la population de la commune VI du district de Bamako face aux IST et VIH/SIDA en matière de prévention et de dépistage.

Il s'agit d'une étude transversale, prospective de Juillet à Octobre 2017 soit 4 mois environ qui s'est déroulée dans la commune VI du district de Bamako.

L'étude s'est portée sur deux cent sujets résidants tous en commune VI. La tranche d'âge la plus représentée se situait dans la fourchette des 18- 24 ans. La connaissance des IST et de SIDA, des voies de transmission, des moyens de prévention et le dépistage du VIH ont été évoqués dans cette étude. Et c'est la voie sexuelle et la fidélité qui ont été les plus citées à cette occasion. 37,7% des sujets utilisaient le préservatif pour se protéger du IST et VIH/Sida. Des comportements à risque perdurent au sein de la commune, tels que les rapports sexuels non protégés, des rapports sexuels occasionnels, le multi partenariat sexuels.

Les médias étaient les sources d'information les plus cités à 91,5%. 63,5% des sujets n'avaient jamais effectué le dépistage du VIH/Sida.

La grande majorité des sujets soit 90,5% ont accepté d'héberger un séropositif et de les entretenir.

**Mots clés :** Engagement communautaire – prévention – dépistage – IST- VIH/Sida.

## **IDENTIFICATION SHEET**

**First Name:** Seydou

**Name:** SANOGO

**Telephone:** 00223 76162772 / 00223 65251985

**Email:** seysanogo@yahoo.fr

**Title:** Participatory Community Engagement Related to HIV / AIDS Prevention and Testing Practices and STIs in Commune VI of Bamako District

**Academic year:** 2016 - 2017

**Nationality:** Malian

**City of Defense:** Bamako

**Place of deposit:** FMPOS Library

**Focus Area:** Public Health

### **Summary:**

Behavioral change and the adoption of good practice against STIs / HIV / AIDS cannot be achieved without an effective system of information, awareness and education, hence the motivation of our study whose objective was to Evaluate the level of commitment of the population of commune VI of the district of Bamako against STIs and HIV / AIDS in terms of prevention and screening.

This is a cross-sectional, prospective study from July to October 2017, that is 4 months or so, which took place in commune VI of Bamako district.

The study was carried out on two hundred subjects residing in commune VI. The most represented age group was in the 18-24 age range. Knowledge of STIs and AIDS, routes of transmission, means of prevention and HIV testing were discussed in this study. And it is the sexual way and the fidelity which were the most quoted on this occasion. 37.7% of subjects used condoms to protect themselves from STIs and HIV / AIDS. Risk behaviors persist within the community, such as unprotected sex, casual sex, multiple sexual partnerships.

The media were the most cited sources of information at 91.5%. 63.5% of the subjects had never tested for HIV / AIDS.

The vast majority of subjects, 90.5%, agreed to host and maintain an HIV positive person.

**Key words:** Community involvement - prevention - screening - STI / HIV / AIDS.

## 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 !!/.....