



Année : 2006 - 2007

N° :

Thèse

Connaissances, attitudes et pratiques comportementales liées au VIH - Sida chez les aidants sociaux dans le district de Bamako : le capital expérientiel de l'exode rural dans la prévention des IST et VIH - Sida.

Présentée et soutenue publiquement le/..../2007
devant la Faculté de Médecine de Pharmacie et
d'Odonto Stomatologie

Par : Mr MOHAMED ADAMA HAÏDARA

**Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine
(Diplôme d'Etat)**

Jury:

- Président : Pr. Djibril Sangaré
- Membres : Dr. Souleymane Haidara
Pr. Dapa Ali Diallo
- Co-directeur : Dr. Samba Diop
- Directeur : Pr. Amadou Diallo

Dédicaces

Je dédie ce travail au bon Dieu, créateur et maître de l'univers.

A mon père feu Lassana Haïdara, vos conseils, votre sens élevé des valeurs religieuses et morales, votre sens du respect, du partage et d'équité que vous avez su nous inculquer ont été la clé de notre réussite.

A ma mère Adam Bah, grâce à votre esprit de tolérance, de persévérance, votre amour maternel et votre sens de la générosité vous avez su nous apporter une maturité d'esprit.

A mon oncle Dr Souleymane Haidara, permettez moi de vous appeler papa car vous avez su prendre la place de père après la disparition de votre frère grâce à vos brillants conseils, à vos actions de générosité envers la famille.

Au professeur Dapa Aly Diallo et famille, Professeur, votre personnalité m'a toujours fasciné. J'ai tant voulu vous ressembler. Vous m'avez donné l'amour de l'hématologie par la qualité de vos enseignements et le goût de la recherche. Cher maître, je ne saurais vous dire la profondeur de mes considérations.

Au professeur Mohamed Hachim Sow, agrégé de théologie (islamologue), chercheur de son état, votre amitié m'a été d'un grand secours. Vous avez été un père et un maître pour moi.

A mes frères, sœurs et amis grâce à votre amour et vos soutiens, j'ai pu contourner maints obstacles.

Remerciements

Mes remerciements à :

_L'équipe de la médecine interne et d'hémo-oncologie, notamment, le professeur Hamar Alassane Traore, Professeur Dapa Aly Diallo, Docteur Cissé Idrissa, le Professeur Sidibé Astan, Professeur Dembele Mamadou, les Majors, Coumba, Touré et Coulibaly et tout le personnel particulièrement à l'infirmier Boubacar.

_Docteur Abdoulaye Kallé Gastro-entérologue praticien hospitalier à Hôpital Gabriel Touré, spécialisé dans la prise en charge des patients vivant avec le VIH/Sida.

_Laboratoire promopharma, particulièrement à Dédé et au Docteur Mantala Sangaré, Directeur Général zone Afrique francophone pour leur appui matériel.

_L'équipe de l'entreprise sécurité générale/Bosch security system, Monsieur Lassana Coulibaly (Directeur Général), By, Drissa, Iba, Papou, Sadio, Tidjo, et Paul pour leur soutien.

Mes Remerciements aux Membres de jury

_A notre maître et président du jury, professeur Djibril Sangaré, maître agrégé en chirurgie, chargé de cours de sémiologie chirurgicale à la faculté de médecine de pharmacie et d'odonto - stomatologie.

Cher maître vous nous faites un grand honneur en acceptant de présider ce jury malgré vos multiples occupations.

Votre disponibilité, votre rigueur et la qualité de votre enseignement font de vous un homme remarquable.

Cher maître, c'est l'occasion ici de vous dire infiniment merci.

_A notre maître et juge, professeur Dapa Aly Diallo, professeur agrégé d'hématologie, chef du service d'hémo - oncologie médicale de l'hôpital du point - G, chef de service du laboratoire de biologie clinique de la faculté de médecine de pharmacie et d'odontostomatologie et chercheur de son Etat.

Cher maître

C'est un honneur que vous nous faites en acceptant de figurer dans ce jury de thèse malgré vos multiples occupations.

_A notre maître et directeur de thèse le professeur Diallo Amadou, agrégé de biologie, vice recteur de l'université de Bamako.

Votre générosité sans limite, votre gentillesse gratuite envers tous les étudiants de la faculté, nous montré en plus de vos qualités de professeur exceptionnel l'image d'un éducateur, de père soucieux de ces enfants.

Cher maître le mérite de travail vous revient. C'est un plaisir que vous nous faites en dirigeant cette thèse.

_A notre maître et co-directeur, le Docteur Samba Diop, spécialiste en anthropologie médicale, assistant en santé publique, enseignant-chercheur en Ecologie Humaine, Anthropologie et Ethique Publique/sociale à la faculté de médecine de pharmacie et d'odontostomatologie de Bamako.

Votre souci du travail bien fait, votre exigence du respect de l'éthique médical en matière de recherche, votre rigueur scientifique mettent en évidence vos qualités de chercheur professionnel doué de talents infinis.

Cher maître, c'est l'occasion ici de vous dire infiniment merci pour tout ce que vous m'avez fait et appris.

__A notre maître et juge, Docteur Souleymane Haidara, spécialiste en santé publique, Directeur Général adjoint de l'INFSS (Institut National de Formation en Science de la Santé).

C'est un réel plaisir que vous nous faites en acceptant de figurer dans ce jury de thèse malgré vos multiples occupations.

SOMMAIRE

I. Introduction :	5
II. Cadre théorique:	8
1/Hypothèse de recherche	8
2/Objectifs de recherche	8
3/Généralités	9
-Définition de l'infection VIH/Sida :	9
-Epidémiologie :	9
-Modes de transmission :	12
-Impact démographique et socio-économique du Sida dans les pays en développement :	14
-Les aspects cliniques :	16
-Thérapie anti-rétrovirale contre l'infection par le VIH :	22
III. Démarche Méthodologique :	29
1/Cadre d'étude :	29
2/Population d'étude :	29
3/Critères d'étude :	30
4/Type d'étude :	30
5/Période d'étude :	30
6/Echantillonnage	30
7/Considération éthiques et déontologiques :	31
IV. Résultats :	32
V. Commentaires et discussion :	81
VI. Conclusions et recommandations :	88
VII. Références bibliographiques :	94
Annexes:	99

Abréviations :

I.E.C : information éducation et communication

IMMARV: initiative malienne d'accès aux médicaments antiretroviraux

PNLS: programme national de lutte contre le Sida

IST: infection sexuellement transmissible

VIH: virus de l'immunodéficience acquise

CDC: center for disease control

CSCOM: centre de santé communautaire

CIA: central intelligence agency

ONG: organisation non gouvernementale

PVVIH: personne vivant avec le virus de l'immunodéficience acquise

OMS: organisation mondiale de la santé

PIB: produit intérieur brut

TAHA: traitement antirétroviral hautement actif

ITI: inhibiteur de la transcriptase inverse

IP: inhibiteur des protéases

SIDA: syndrome immunodéficientaire acquis

FAO: organisation des nations unies pour l'alimentation et l'agriculture

COM : commune

NSP : ne sait pas

EFF : effectif

%: pourcentage

Définition de quelques concepts :

Connaissance : ensemble des représentations, des idées, des informations conçues sur le VIH/Sida et les IST.

Attitude : disposition interne qui sous entend les réponses favorables de l'individu face à la question de VIH/Sida et les IST, manière d'être, de réagir, de penser, face au VIH/Sida.

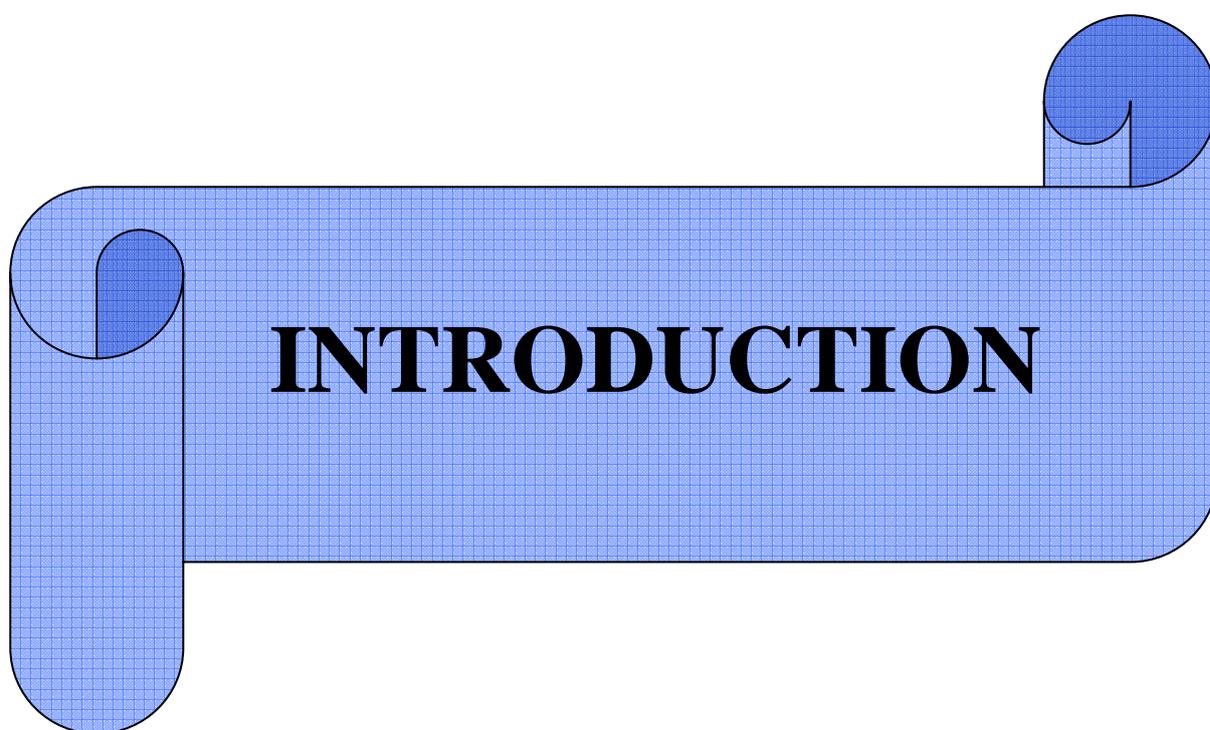
Pratiques comportementales : habitudes sexuelles comportementales adoptées face au VIH/Sida et les IST.

Exode Rurale : mouvement migratoire temporaire de durée inférieure ou égale à six mois du départ des zones rurales du Mali vers les grandes agglomérations.

Comportement à risque : comportement qui expose celui qui l'adopte ou autrui au risque de contracter VIH/Sida ou les IST.

Aide domestique : toute aide familiale, sexe confondu, engagé dans un foyer moyennant un salaire mensuel.

Vendeur ambulant : tout petit vendeur sans distinction de sexe, en ambulatoire au sein des quartiers des villes.



INTRODUCTION

I/Introduction :

Depuis toujours, les grandes épidémies comme la peste, la lèpre, la tuberculose n'ont cessé de terroriser les populations et ont eu de grandes répercussions sur les dynamiques et représentations sociales. Nos propres cultures ont toujours souffert de tous ces fléaux épidémiques parce que, dit-on, émanant essentiellement de la volonté céleste qui chercherait à punir les hommes. Nos sociétés ont appris qu'une meilleure connaissance des maladies permettait un changement favorable de nos comportements pour une lutte efficace contre ces fléaux sociaux.

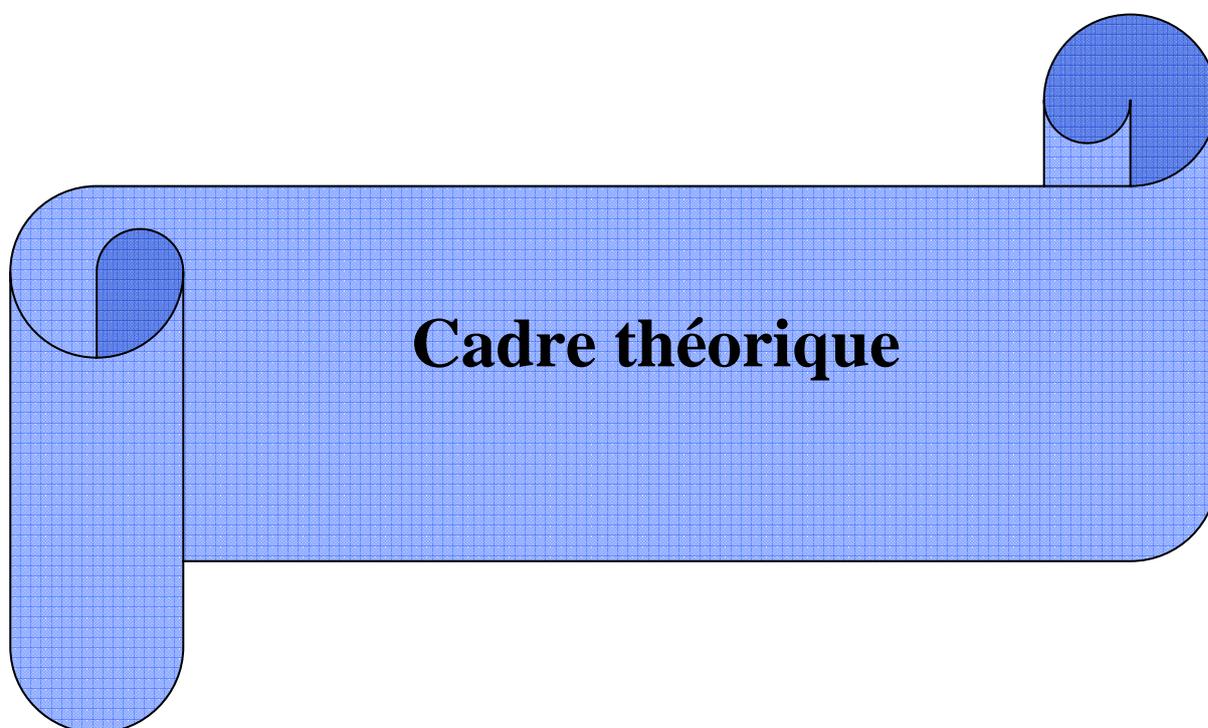
Cependant, une fois de plus, l'humanité fait face au nouveau fléau que représente une nouvelle maladie décrite pour la première fois en 1981, sévissant sous forme épidémique et défiant tous nos programmes de santé. Elle se nomme Sida (Syndrome Immunodéficient Acquis). Vingt ans après sa première description, plus de 20 millions de personnes en sont mortes et des dizaines de millions d'autres, de plus en plus souvent des femmes et des jeunes, vivent aujourd'hui avec le VIH. La majorité d'entre elles n'a pas d'autres perspectives que la maladie, la misère et une mort prématurée (2). Fin 2001, on estimait à 40 millions le nombre de personnes adultes porteuses du VIH dont la majorité (28 millions) vit en Afrique subsaharienne, soit plus de 70% du total. Le nombre de décès s'élève à 3 millions (3).

Dans de nombreux pays d'Afrique subsaharienne, les taux d'infection au VIH continuent à grimper. Il y a seulement une dizaine d'années, le niveau de prévalence du VIH/Sida en Afrique australe était semblable à ce qu'on observe aujourd'hui dans plusieurs pays de notre sous région ouest africaine. Il aura donc fallu moins de 10 ans pour enregistrer la situation catastrophique qu'on observe actuellement dans la plupart des pays d'Afrique australe et orientale (3). Au Mali, l'espérance de vie à la naissance qui en l'absence du VIH- Sida devrait passer de près de 54 ans en 1996 à 61 ans en 2010, pourrait se trouver à 55 ans à

cause de cette pathologie, soit un écart de 6 ans avec ce qu'on aurait observé en l'absence du Sida (2).

L'Afrique demeure le continent le plus touché par la pandémie à VIH/Sida. Parmi les déterminants influençant le cours de l'épidémie dans cette région africaine, se trouvent les mouvements intenses des populations. En effet, l'Afrique est historiquement un continent de migration amenant chaque année des millions d'hommes et de femmes à se déplacer, durant des périodes plus ou moins longues, à la recherche de meilleures conditions de vie économiques et sociales. Ces hommes et ces femmes vivent souvent dans des conditions précaires qui les mettent en situation de risque et de vulnérabilité aux IST et à l'infection au VIH/Sida.

L'épidémie de Sida est jusque-là la plus importante en Afrique Sub-saharienne que partout ailleurs. Cette très forte régionalisation de l'épidémie de Sida en Afrique Subsaharienne n'a pas manqué de susciter de nombreuses hypothèses explicatives. En effet, parmi ces analyses, la plus prédominante est sans doute celle qui associe la propagation du Sida aux flux migratoires et commerciaux. D'un point de vue méthodologique, cette liaison est généralement établie assez simplement à partir soit de corrélation entre la distribution géographique de la séroprévalence et le système routier, soit de la fréquence des personnes séropositives ayant une histoire de voyages. Plus rarement, elle est évaluée à partir d'analyses multi variées. Ainsi de nombreuses études considèrent que l'exode rural est un facteur socio-économique et culturel de propagation du VIH/Sida en milieu rural. Toutefois, nous connaissons peu de choses sur la façon dont le virus se répand dans les populations urbaines vers les populations rurales ; nous ignorons également dans une large mesure la prévalence du VIH au sein des personnes autres que les membres de groupes à risque élevé.



II/Cadre théorique :

A notre connaissance, aucun travail n'a fait référence à ce sujet. Notre recherche est une première.

1-Hypothèses de recherche :

Les aides domestiques et vendeurs ambulants font parti des groupes à risques.

L'exode rural, à l'instar des autres mouvements migratoires, est considéré comme un facteur social, économique et culturel de propagation du VIH/Sida en milieu rural.

L'exode rural peut également être un facteur social de prise de conscience des aides domestiques et vendeurs ambulants par rapport au risque de transmission des IST et du VIH/Sida.

2-Objectifs de recherche :

a-Objectif général :

Etudier l'influence de l'exode rural sur les connaissances, attitudes et pratiques comportementales liées au VIH/Sida chez les aides domestiques et vendeurs ambulants au sein du district de Bamako.

b-Objectifs spécifiques :

-Déterminer les niveaux de connaissance et perception acquis par les aides domestiques et vendeurs ambulants sur l'infection VIH/Sida en fonction de leurs séjours à Bamako.

-Déterminer les modifications d'attitudes et de comportements sexuels en matière de protection contre les IST et le VIH/Sida chez les aides domestiques et vendeurs ambulants au cours de leurs séjours à Bamako.

-Déterminer l'influence des campagnes d'I. E. C (information, éducation et communication) liées aux modifications des pratiques sexuelles en matière de protection contre les infection les IST et le VIH/Sida chez les aides domestiques et vendeurs ambulants.

3/Généralités :

A/Définition de l'infection VIH/Sida :

La définition du Sida est plus un outil épidémiologique qu'une référence clinique.

L'infection par le VIH est une infection rétro virale chronique persistante acquise par voie sexuelle, sanguine ou par transmission de la mère à l'enfant (grossesse, accouchement et allaitement) qui induit, de façon progressive et après un nombre variable d'années d'évolution, un profond déficit de l'immunité responsable de complications infectieuses et tumorales majeures qui constituent le Sida.

B/Histoire de la maladie : (8)

L'histoire du Sida est jalonnée de multiples annonces fracassantes ou terrifiantes, de controverse scientifique, de débats passionnés. Nous notons ici quelques dates importantes.

1981: le <<Center for disease Control>> (C.D.C), organisme siégeant à Atlanta, publie dans << Morbidity and Mortality Weekly Report >> un article mettant l'accent sur l'apparition de pneumocystose et de Kaposi chez les jeunes homosexuels. La conjonction de ces deux maladies habituellement rarissimes, sauf sur certains terrains, inquiète et une enquête est ouverte. Une nouvelle maladie est soupçonnée, elle s'appelle Sida (syndrome immunodéficientaire acquis). Le nombre élevé de partenaires sexuels et certaines habitudes sexuelles se révèlent plus fréquentes chez les malades atteints.

A posteriori, le plus ancien malade européen avec des symptômes cliniques du Sida est un marin anglais mort en 1959.

Les premiers cas vrais semblables ont été vus en 1977

1982 : la définition des groupes à risque est donnée ; la transmission par voie sexuelle et sanguine démontrée. La définition et les critères diagnostiques de la maladie sont publiés par le C.D.C.

1983 : la croissance de la maladie aux U.S.A est exponentielle (double tous les six mois). Le problème du Sida Africain apparaît avec les premiers cas décrits en Belgique chez des malades venant du Zaïre.

L'existence d'un déficit associé de l'immunité humorale est démontrée.

Le premier cas Français est diagnostiqué, après une transfusion pratiquée à haiti. L'équipe de Luc Montagnier isole le virus du Sida, baptisé L.A.V (lymphadenopathy Associated Virus). Il sera désigné par la suite Sida.

1984 : l'activité antirétrovirale de l'AZT est mise en évidence.

Actuellement le Sida réalise une pandémie à l'échelle planétaire en progression constante.

C/ Epidémiologie :

Le syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA) a tué plus de 25 millions de personnes (1) depuis qu'il a été identifié en 1981, ce qui en fait l'une des épidémies les plus dévastatrices de l'histoire. Malgré un accès récemment amélioré aux traitements antirétroviraux et à la prise en charge dans de nombreuses régions du monde, l'épidémie de SIDA a fait 3,1 millions [2,8–3,6 millions] de décès en 2005, dont plus d'un demi-million (570 000) d'enfants.

Le nombre total de personnes vivant avec le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) a atteint son plus haut niveau : on estime que 40,3 millions [36,7–45,3 millions] de personnes vivent aujourd'hui avec le VIH. Près de 5 millions de personnes ont contracté une infection par le virus en 2005.

Nombre de personnes vivant avec le VIH en 2005

Total	40,3 millions (36,7–45,3 millions)
Adultes	38,0 millions (34,5–42,6 millions)
Femmes	17,5 millions (16,2–19,3 millions)
Enfants, moins de 15 ans	2,3 millions (2,1–2,8 millions)

Nouvelles infections à VIH en 2005

Total	4,9 millions (4,3–6,6 millions)
Adultes	4,2 millions (3,6–5,8 millions)

Enfants, moins de 15 ans 700 000 (630 000–820 000)

Décès dus au SIDA en 2005

Total 3,1 millions (2,8–3,6 millions)

Adultes 2,6 millions (2,3–2,9 millions)

Enfants, moins de 15 ans 570 000 (510 000–670 000)

Dans ce tableau, les fourchettes autour des estimations définissent les limites dans lesquelles se situent les chiffres mêmes, sur la base des meilleures informations disponibles.

La situation de l’Afrique devient de plus en plus catastrophique. Les taux élevés d’infection au VIH persistent dans de nombreux pays. L’Afrique subsaharienne (1) compte un peu plus de 10% de la population mondiale, mais elle abrite plus de 60% de toutes les personnes vivant avec le VIH – 25,8 millions [23,8 millions–28,9 millions]. En 2005, on estime à 3,2 millions [2,8 millions 3,9 millions] le nombre de personnes ayant contracté une infection, alors que 2,4 millions [2,1 millions–2,7 millions] d’adultes et d’enfants sont morts du SIDA. Parmi les jeunes de 15 à 24 ans, on estime que 4,6% [4,2–5,5%] des femmes et 1,7% [1,3–2,2%] des hommes vivent avec le VIH en 2005. Une baisse de la prévalence du VIH chez l’adulte à l’échelle nationale semble se produire dans trois pays d’Afrique subsaharienne : le **Kenya**, l’**Ouganda** et le **Zimbabwe**.¹ A l’exception du Zimbabwe, les pays d’Afrique australe ne montrent guère de signes de déclin dans leurs épidémies. Les niveaux de prévalence du VIH restent exceptionnellement élevés (sauf pour l’Angola), et pourraient même n’avoir pas encore atteint leur pic dans plusieurs pays – comme le suggèrent les épidémies en expansion au **Mozambique** et au **Swaziland**. L’Afrique de l’Ouest et centrale (où la prévalence nationale estimée du VIH est considérablement moins élevée que dans le sud et l’est de la région) ne montre pas non plus de signes de changement dans les niveaux d’infection à VIH, sauf dans les zones urbaines du **Burkina Faso** (où la prévalence semble en baisse) (1).

Au Mali la situation épidémiologique se présente comme suit :

En 2003 : 6639 cas de Sida notifiés, 10500 cas estimés de Sida, 104300 cas cumulés d'infection par le VIH (2).

Actuellement le Mali se trouve en phase d'épidémie concentrée de Sida. En effet il ressort des projections établies en janvier 2002 par le bureau du PNLS que le taux de séroprévalence du VIH/Sida dans la population générale peut atteindre 6% des adultes en 2010 en cas de non maîtrise de l'épidémie, soit près de 500000 personnes porteuses du VIH (7).

Le taux de prévalence du VIH/Sida pour l'ensemble du Mali est de 1,7% avec des variations par région : 2,5% à Bamako, 2% à Ségou, 1,9% à Kayes et Koulikoro, moins de 1% à Gao et Tombouctou (2 et 4).

L'étude comportementale et de séroprévalence du VIH CDC/INRSP/PNLS conduit en août 2002 révèle les taux de prévalences chez certains groupes à risque suivants : 29,7% chez les professionnelles de sexe, 6,7 chez les vendeuses ambulantes ; 5,7% chez les apprentis chauffeurs ; 4,1% chez les camionneurs et 1,7% chez les aides domestiques.

La transmission se fait essentiellement par voie sexuelle dans 90% ensuite de la mère à l'enfant dans 6% enfin par voie sanguine dans 4% (3).

D/ Modes de transmission : (49,10,12,14) :

Depuis le début de l'épidémie, trois principaux modes de transmission ont été observés :

- la transmission par voie sexuelle ;
- la transmission par voie sanguine ;
- la transmission verticale (49).

1-Transmission sexuelle :

Si les premiers cas de VIH/Sida découverts en 1981 aux U.S.A étaient des homosexuels, la transmission hétérosexuelle représente le mode de transmission dominant en Afrique et dans de nombreux pays en voie de développement (10). Chez les personnes séropositives, le virus du Sida est présent dans toutes les sécrétions sexuelles : sperme, liquide séminal, sécrétions cervico-vaginales.

Toute relation sexuelle non protégée avec un partenaire de sérologie douteuse est donc potentiellement contaminant. Le risque de transmission est multiplié par trois lors d'une pénétration anale (11) et augmente fortement pendant la période de menstruation de la femme.

Les dons de sperme non contrôlés constituent également un mode de transmission potentiel du VIH.

2-Transmission sanguine :

a -Transmission par les objets instruments souillés (aiguilles, lames, seringues et couteaux) :

Le partage de seringue usagée chez les consommateurs de drogues injectables constitue un mode de transmission du VIH/Sida. Il représente la deuxième voie de contamination aux U.S.A, après celle des relations sexuelles entre homosexuels, et le facteur essentiel d'expansion du VIH dans certaines régions du monde comme la Russie, Europe orientale, la chine, le proche et le moyen orient, U.S.A (11).

L'utilisation de seringues, d'aiguilles ou de lames usagés lors des scarifications de circoncisions et d'excisions a été incriminée particulièrement en Afrique (14).

Les contaminations professionnelles par piqûre ou coupure accidentelle avec du matériel contaminé représentent un mode de transmission bien que rare.

b -Transmission par transfusion sanguine :

La transfusion de sang total non chauffé ou ses dérivés constitue un vecteur de transmission du virus. L'instauration du dépistage systématique des dons de sang a considérablement réduit le risque de transmission.

3-Transmission mère - l'enfant :

La transmission du VIH de la mère à l'enfant peut survenir à différentes étapes de la grossesse :

- In utero : dans les semaines qui précèdent l'accouchement dans 1/3 des cas.

- Intra partum au moment de l'accouchement dans 2/3 des cas
- La période de d'allaitement présente également un risque d'infection pour l'enfant estimé entre 5 et 7% (13).

Ce risque de transmission varie entre 15% et 30% si la mère ne suit aucun traitement ARV. Elle est considérablement diminuée si un traitement ARV a été suivi pendant la grossesse pouvant chuter en dessous de 5%.

4-Autres modes de Transmission : (49)

En dehors du sang, du sperme, des sécrétions vaginales et du lait, le VIH a été isolé dans de nombreux liquides biologiques et notamment dans le liquide céphalorachidien, le liquide pleural, et le liquide bronchoalvéolaire. Le virus a aussi été retrouvé dans la salive, les larmes, les urines, mais en raison de la faible concentration virale et de la présence éventuelle de composants inactivant le virus, le risque de transmissibilité est considéré comme nul.

E/ Impact démographique et socio-économique du Sida dans les pays en développement :

-Impact démographique :

Le Sida constitue la principale cause de décès des adultes en Afrique subsaharienne. Les conséquences démographiques sont très significatives sur ce continent (18) et dans l'ensemble des pays à fort niveau de prévalence.

Le Sida a effacé plusieurs décennies de progrès en matière d'espérance de vie à la naissance, ramenant les indicateurs au niveau des années 1940.

Selon l'ONU - Sida (17), l'espérance de vie moyenne en Afrique subsaharienne est de 47 ans alors qu'elle serait de 62 ans sans le Sida. L'Afrique australe est particulièrement touchée. Au Botswana, la diminution atteindrait près de de 35 ans (de 60 ans en 1990-1995 à 37 ans en 2000-2005).

Le VIH/Sida affecte particulièrement les populations actives. En Afrique de l'Est, les taux de mortalité des individus âgés de 15 à 49 ans seront, en 2010, compris entre 2,4 et 5% selon les pays. Sans le Sida, ils seraient compris entre 0,1 et 0,6% (21).

-Impact sur les systèmes de santé :

L'épidémie de Sida a un effet sur le secteur de la santé : elle accroît la demande de secteurs de services de santé et simultanément, elle affecte le personnel de santé.

La proportion de lits hospitaliers occupés par des personnes vivants avec le VIH dans les pays d'Afrique de l'Est varie de 30% à 80% (25) et la Banque Mondiale estime que le nombre de lits nécessaires pour les malades du Sida excède le nombre total de lits disponibles au Swaziland en 2004 et en Namibie en 2005.

Dans le même temps, les personnels des systèmes de santé sont également concernés par le VIH : au Malawi et en Zambie, les taux de morbidité et de mortalité chez ces professionnels ont été multipliés respectivement par 5 et 6 (30).

-Impact sur l'éducation :

Contrairement à d'autres pathologies, le Sida ne touche pas les seules couches les moins instruites et les plus défavorisées de la population. Le secteur de l'éducation, le plus important secteur public des pays en développement, est particulièrement concerné. Le Sida affecte la demande aussi bien que l'offre d'éducation (20). L'enjeu est ici essentiel : il a trait à la capacité des Etats à faire face à l'épidémie à long terme.

-Impact sur la sécurité alimentaire et la nutrition :

L'agriculture est, particulièrement dans les pays en voie de développement, un secteur à forte intensité de main-d'œuvre.

Les activités agricoles nécessitent une importante quantité de ressources humaines durant les périodes de semis ou de récolte. Le secteur agricole est donc particulièrement affecté par le Sida.

Ce sont non seulement les ménages affectés qui sont menacés dans leur survie, mais c'est également la sécurité alimentaire des pays qui est compromise (26). Selon la F.A.O (22), l'épidémie anéantit les progrès des 40 dernières années en matière de développement agricole et rural.

F/ Les aspects de lutte :

1-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 etc....Les activités de ces organismes sont sponsorisées par les bailleurs de fonds sur le plan mondial dont, entre autres, ONUSIDA et le fonds mondial de lutte contre le Sida, la tuberculose et le paludisme.

2-Les actions de lutte sur le plan national : (16)

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 vivants avec le VIH (PVVIH) exécutée dans le cadre du plan stratégique du programme national de lutte contre le Sida PNLIS 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.

a-Les objectifs de l' IMAAVR :

- 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

b-Les stratégies :

- 1-Satisfaire les conditions préalables à l'utilisation des ARV
- 2-Améliorer les capacités thérapeutiques des ARV
- 3-Assurer la bonne gestion des ARV et des réactifs

- 4- Assurer une sélection rigoureuse des patients à traiter en fonction des critères bio cliniques et socio-économiques dans un souci d'équité,
- 5- Assurer la pérennisation de l'accès aux ARV
- 6-Evaluer les résultats obtenus grâce aux projets de recherche accompagnateurs,
- 7- Améliorer la capacité d'intervention du secteur social,
- 8- Evaluer périodiquement L'IMAAR

I/ Les aspects cliniques : (8, 46,47) :

1/Définitions et classifications des manifestations cliniques : (46)

1-1/ Définitions du Sida :

Les critères de Sida varient selon les régions du monde, y compris dans des pays ou les niveaux sanitaires sont comparables. Ainsi, les Etats-Unis ont étendu en 1993 leur définition du Sida à tous les patients dont le taux de lymphocytes T CD4+ était inférieur à 200/mm³, alors que l'Europe a maintenu la nécessité d'une manifestation clinique mentionnée dans la liste indiquée dans le tableau suivant.

Tableau 1 : Catégories cliniques selon les nouvelles classifications et définitions du Sida, 1993.

Catégorie A	Catégorie C
Un ou plusieurs des critères listés ci-dessous chez Un adulte ou un adolescent infecté par le VIH, s'il n'existe aucun des critères des catégories B et C :	Cette catégorie correspond à la définition du Sida chez l'adulte. Lorsqu'un sujet a présenté une des pathologies de cette liste, il est classé définitivement dans la catégorie C :
-infection VIH asymptomatique ;	-candidose bronchique, trachéale ou pulmonaire ;
-lymphadénopathie généralisée persistante ;	-
-primo-infection symptomatique.	-cancer invasif du col ** ;
Catégorie B*	-coccidioïdomycose, disséminée ou extra pulmonaire ;
Manifestations cliniques chez un adulte ou un adolescent infecté par le VIH ne faisant pas partie de la catégorie C et qui répondent au moins à l'une des conditions suivantes :	-cryptococcose extrapulmonaire ;
-elles sont liées au VIH ou indicatives d'un déficit immunitaire ;	-cryptococcose intestinale supérieure à 1 mois ;
-elles ont une évolution clinique ou une prise en charge thérapeutique compliquée par l'infection VIH.	-infection à CMV (autre que foie, rate, ou ganglions) ;
Les pathologies suivantes font partie de la catégorie B, la liste n'est pas limitative :	-rétinite à CMV (avec altération de la vision) ;
-angiomatose bacolaire ;	- encéphalopathie due au VIH ;
-candidose oro-pharyngée ;	- infection herpétique, ulcères chroniques supérieurs à 1 mois, ou bronchique, pulmonaire, ou oesophagienne ;
-candidose vaginale persistante, fréquente ou qui répond mal au traitement ;	- histoplasmosse disséminée ou extra pulmonaire ;
-dysplasie du col (modérée ou grave), carcinome in situ ;	- isosporidiose intestinale chronique (supérieure à 1 mois) ;
-syndrome constitutionnel : fièvre ($\geq 38,5^\circ$) ou Diarrhée supérieure à 1mois ;	- sarcome de Kaposi ;
-leucoplasie chevelue de la langue ;	lymphome de burkitt ;
-zona récurrent ou envahissant plus d'un dermatome ;	- lymphome immunoblastique ;
- purpura thrombocytopénique idiopathique ;	- lymphome cérébral primaire ;
-salpingite, en particulier lors de complications Par des abcès tubo-ovariens ;	- infection à Mycobacterium avium ou kansasii, disséminé ou extrapulmonaire ;
	- infection à Mycobacterium tuberculosis, quel que soit le site (pulmonaire** ou extrapulmonaire) ;
	- infection à Mycobacterie, identifiée ou non, disséminée ou extrapulmonaire ;

-neuropathie périphérique.	- pneumonie à <i>Pneumocystis carinii</i> ;
	-pneumopathie bactérienne récurrente** ;
	- leuco-encephalopathie multifocale progressive ;
	-septicémie à <i>Salmonella</i> non typhi récurrente ;
	-toxoplasmose cérébrale ;
	-syndrome cachectique dû au VIH.

*cette catégorie est hiérarchique, c'est-à-dire qu'un sujet classé dans la catégorie B ne peut passer dans la catégorie A lorsque les signes cliniques ont disparu

** Nouvelles pathologies ajoutées en 1993.

Depuis 1993, cette liste comporte la tuberculose pulmonaire (auparavant, seules les formes extrapulmonaires étaient incluses), les pneumopathies bactériennes récurrentes et le cancer du col utérin invasif. Cette liste mériterait une mise à jour régulière tenant compte de l'expérience acquise dans la clinique du Sida puisque d'autres complications certes moins fréquentes ont depuis été rapportées et sont clairement favorisées par le déficit immunitaire. C'est par exemple le cas des microsporidioses, des infections chroniques à *Cyclospora*, des pénicillioses en Asie, des bartonelloses, des leishmanioses viscérales, des carcinomes épithéliaux anaux, des maladies de Hodgkin liées au virus d'Epstein-Barr. Quant à la définition de Bangui, datant de 1985 et fondée sur des critères purement cliniques, elle concerne seulement les régions intertropicales qui ne disposent pas de critères pronostiques biologiques.

L'absence de critères pronostiques biologiques, voire parfois l'absence de tests sérologiques ont conduit l'OMS à proposer en 1985 une classification (47) dite << classification de Bangui >>. Cette classification a le mérite d'exister mais est loin d'être parfaite. Il y a notamment un risque de surclassement en Sida de patients séronégatifs atteints de tuberculose. Pour éviter ce type d'erreur, certains auteurs ont proposé que le critère de séropositivité y soit obligatoirement associé.

Tableau 2 : Définition clinique du Sida de l'adulte en Afrique (classification de Bangui, 1985)

Signes mineurs	Signes majeurs
Amaigrissement > 10%	.Toux persistante depuis Plus d'un mois
Diarrhée chronique depuis plus d'un mois	.Dermatite prurigineuse généralisée
Fièvre (continue ou Intermittente) depuis Plus d'un mois disséminée	.Zona récidivant .Candidose oropharyngée .Infection à herpès Chronique ou . Lymphadénopathie généralisée

1-3/Les formes cliniques : (8)

L'évolution spontanée (8) de l'infection VIH/Sida peut être divisée en trois phases, deux phases aiguës et chronique (avec chacun trois symptomatologies distinctes), qui n'ont pas le même pronostic à long et surtout à moyen terme, une personne infectée peut transmettre à tous les stades.

a/La primo-infection : la primo-infection suit le contact avec le virus

Elle est asymptomatique dans 60% des cas.

Dans 20% des cas un tableau de virose aiguë similaire à ceux de la grippe ou de la mononucléose infectieuse apparaît entre 15 jours et 2 mois après la transmission du virus associant fatigue, fièvre, céphalées, myalgies, arthralgies, polyadénopathies (cervicaux). Biologiquement, il existe une hyperlymphocytose et une élévation modérée des transaminases.

L'apparition des anticorps spécifiques contre le VIH (séroconversion) est concomitante de cette période (8).

Au cours de la primo-infection, il ya une multiplication du VIH avec augmentation importante de la virémie, mais le système immunitaire n'est pas encore altéré. Une tranche de la population générale (1%) semble résister à la contamination par le VIH (). Une mutation d'un récepteur présent sur les lymphocytes, le CCR5 serait à la base.

b/La forme chronique mineure :

Environ 40% des sujets infectés par le VIH restent asymptomatiques dans les six ans qui suivent la primo-infection.

Les autres vont développer une symptomatologie variable de la polyadenopathie généralisée persistante, aux manifestations cutanées et muqueuses à types d'infections fongiques, ou virales comme le zona, les candidoses génitales et cutanées.

Sur le plan immunitaire, le système immunitaire lutte contre le virus, ce qui fait chuter la virémie dans un premier temps et puis son maintien à un taux relatif faible. On note une stabilisation du taux des lymphocytes TCD4 par production de nouveaux lymphocytes. Au bout de quelques années d'évolution variable les capacités de défense de l'organisme sont dépassés, la charge virale devient trop importante et le nombre de lymphocytes est fortement diminué annonçant la phase de Sida déclaré.

c/La forme chronique :

L'effondrement des défenses immunitaires entraîne l'apparition d'infections opportunistes et d'affections tumorales.

Les principales infections sont :

- Parasitaires : la pneumocystis carinii essentiellement, la toxoplasmose cérébrale ou cryptosporidiose etc...
- Virales : à CMV, hoemophilus...
- Mycosiques : cryptocoque, candida...

1-4/Thérapie antirétrovirale contre l'infection par le VIH : (50, 48)

Les progrès rapides dans la mise au point de la thérapie antirétrovirale (ART) ont abouti, en 1996 à l'avènement du traitement antirétroviral hautement actif (TAHA) qui a révolutionné la thérapie de l'infection à VIH. Il consiste à associer au moins trois médicaments antirétroviraux (ARV). Comme pour le traitement antituberculeux, cette association d'ARV donne de l'efficacité en diminuant le risque d'apparition des pharmaco résistances. Le TAHA est devenu la norme mondiale pour le traitement de l'infection à VIH. Bien qu'il ne la guérisse pas, il permet d'obtenir une suppression presque complète de la réplication du virus. C'est un traitement à vie.

La thérapie antirétrovirale entraîne une diminution spectaculaire de la morbidité et de la mortalité liées à l'infection par le VIH mais le succès est à plusieurs conditions : il faut faire de gros efforts pour maintenir l'observance d'un traitement qui doit se poursuivre à vie et contrôler les effets, les toxicités des médicaments et les interactions.

Bien que la thérapie antirétrovirale présente des avantages considérables, son administration n'est pas facile. De nombreux sujets ne tolèrent pas les effets toxiques des médicaments. Le grand nombre de comprimés à ingérer et la complexité des schémas thérapeutiques ne facilitent pas l'observance. Or, si le traitement n'est pas bien respecté, des souches virales pharmaco résistantes très difficiles à traiter apparaissent. Il est donc nécessaire de suivre attentivement les patients pour évaluer la réaction thérapeutique. Le TAHA est devenu la norme mondiale. Pourtant, là où la charge du VIH est la plus lourde, seule une infime minorité de sujets contaminés y ont accès (en Afrique subsaharienne et en Asie). En 2002, l'OMS estimait que six millions de personnes dans les pays en développement avaient besoin de ce traitement mais seulement 230 000 en bénéficiaient (dont la moitié dans un seul pays, le Brésil). Des efforts croissants

sont faits au niveau international pour améliorer l'accès à ces traitements là où les ressources sont limitées. Les prix des médicaments (l'un des principaux obstacles dans les pays pauvres) baissent rapidement. Des modifications de la réglementation des brevets sont en cours d'étude pour permettre aux pays démunis d'importer des équivalents génériques peu onéreux.

a -MÉDICAMENTS ANTIRÉTROVIRAUX :

Ils entrent dans deux catégories principales:

- les inhibiteurs de la transcriptase inverse (ITI);
- les inhibiteurs de la protéase (IP).

Les ITI se divisent ensuite en trois groupes:

- i) les inhibiteurs nucléosidiques de la transcriptase inverse (INTI);
- ii) les inhibiteurs non nucléosidiques de la transcriptase inverse (INNTI);
- iii) les inhibiteurs nucléotidiques de la transcriptase inverse (ITI nucléotidiques).

Le tableau donne les ARV (avec les abréviations entre parenthèses) qui ont été approuvés en avril 2002 pour la liste modèle OMS des médicaments essentiels.

INTI	INNTI	IP
Zidovudine (AZT, ZDV) (SQV)	Névirapine (NVP)	Saquinavir
Didanosine (ddI) (RTV) (renforçateur)	Efavirenz (EFV)	Ritonavir
Stavudine (d4T) (IDV)		Indinavir
Lamivudine (3TC) (NFV)		Nelfinavir

Abacavir (ABC)

Lopinavir/ritonavir (LPV/r)

Exemples d'autres médicaments ne figurant pas dans la liste :

INTI zalcitabine (ddC)

ITI nucléotidique tenofovir (TDF)

INNTI delavirdine (DLV)

IP amprenavir (APV)

b -PRINCIPES DE LA THÉRAPIE ANTIRÉTROVIRALE :

Les ARV agissent en bloquant l'action des enzymes importants pour la réplication et le métabolisme du VIH. On peut les utiliser en associations standardisées (de trois médicaments en général, les trithérapies). On déconseille la monothérapie en raison du développement inévitable des pharmacorésistances. Elle reste néanmoins recommandée dans le cadre bien spécifique de la prévention de la transmission mère-enfant, pour une brève durée. On ne conseille pas non plus les bithérapies nucléosidiques car elles n'entraînent pas de diminution générale de la mortalité liée au VIH dans les populations.

.b-1/ Début de la thérapie :

Les avis divergent quelque peu sur le moment opportun pour commencer le traitement. Dans les pays industrialisés, les médecins font appel à la numération des copies d'ARN viral dans le plasma et des lymphocytes T CD4+ pour prendre une décision. Par exemple, une charge virale élevée (c'est-à-dire plus de 30 000 copies d'ARN/ml par RT-PCR) indique le moment d'entreprendre la thérapie antirétrovirale. Mais il s'agit là d'analyses de laboratoires onéreuses pour établir le stade de l'infection et suivre le traitement. Les principes de l'OMS s'appliquent aux établissements de soins ayant peu de ressources et n'ayant pas forcément la possibilité de recourir à ces tests. Le stade clinique est cependant un critère important pour entreprendre ces traitements.

b-2/ Adultes et adolescents présentant une infection avérée par le VIH ;

Recommandations pour entreprendre le traitement antirétroviral.

Numération des Stades OMS 4, quel que soit le résultat

CD4 possible de la numération

Stades OMS 1, 2 ou 3, avec une numération des
CD4 inférieure à 200/mm³

Numération des Stades OMS 3 ou 4, quel que soit le résultat de la

CD4 impossible numération des lymphocytes totaux

Stades OMS 2, avec une numération des
lymphocytes totaux inférieure à 1 200/mm³

Les contre-indications sont les suivantes: insuffisance rénale ou hépatique
sévère, maladie incurable concomitante.

b-3/ POSOLOGIES RECOMMANDÉES

Adultes et adolescents

Le traitement antirétroviral est un domaine qui évolue rapidement. Les médecins
doivent donc se tenir à jour et connaître les dernières recommandations sur les
posologies et les traitements.

Médicament	Posologie
ITI nucléosidique (INTI)	
Zidovudine (ZDV)	300 mg deux fois par jour
Stavudine (d4T)	40 mg deux fois par jour (30 mg deux fois par jour si < 60 kg)
Lamivudine (3TC)	150 mg deux fois par jour
Didanosine (ddI)	400 mg une fois par jour (250 mg une fois par jour si < 60 kg)
Abacavir (ABC)	300 mg deux fois par jour

ITI nucléotidique

Tenofovir (TDF) 300 mg une fois par jour

ITI non nucléosidiques (INNTI)

Efavirenz (EFZ) 600 mg une fois par jour

Névirapine (NVP) 200 mg une fois par jour pendant 14 jours
puis 200 mg deux fois par jour

Inhibiteurs de la protéase (IP)

Nelfinavir (NFV) 1 250 mg deux fois par jour

Indinavir/ritonavir (IDV/r) 800 mg/100 mg deux fois par jour 2, 4

Lopinavir/ritonavir (LPV/r) 400 mg/100 mg deux fois par jour
(533 mg/133 mg deux fois par jour en
association avec EFZ ou NVP)

Saquinavir/ritonavir (SQV/r) 1 000 mg/100 mg deux fois par jour 3, 4

1 Il s'agit de posologies couramment utilisées. Celles qui sont données ici ont été retenues sur la base des meilleures données cliniques connues et nous avons préféré l'administration une ou deux fois par jour

pour favoriser l'observance du traitement par le patient. Les posologies indiquées conviennent à des patients ayant des fonctions rénales et hépatiques normales. On consultera les informations sur les produits pour ajuster la posologie en cas de troubles rénaux ou hépatiques ou en cas d'interactions potentielles avec d'autres médicaments (entre autres contre le VIH).

2 Posologie courante en clinique. Les posologies habituellement recommandées pour IDV/r vont de 800 mg/200 mg à 400 mg/100 mg deux fois par jour.

3 On peut utiliser les capsules dures ou molles lorsque le SQV est associé au RTV.

4 Nous avons indiqué une posologie ajustée en cas d'association avec un INNTI, mais il n'est pas possible pour le moment de faire une recommandation définitive. Une possibilité à envisager consiste à augmenter l'élément RTV à 200 mg deux fois par jour en cas d'administration concomitante de l'EFZ ou de la NVP. Il faudra en savoir plus sur les interactions médicamenteuses.

b-4/ Choix du schéma Thérapeutique :

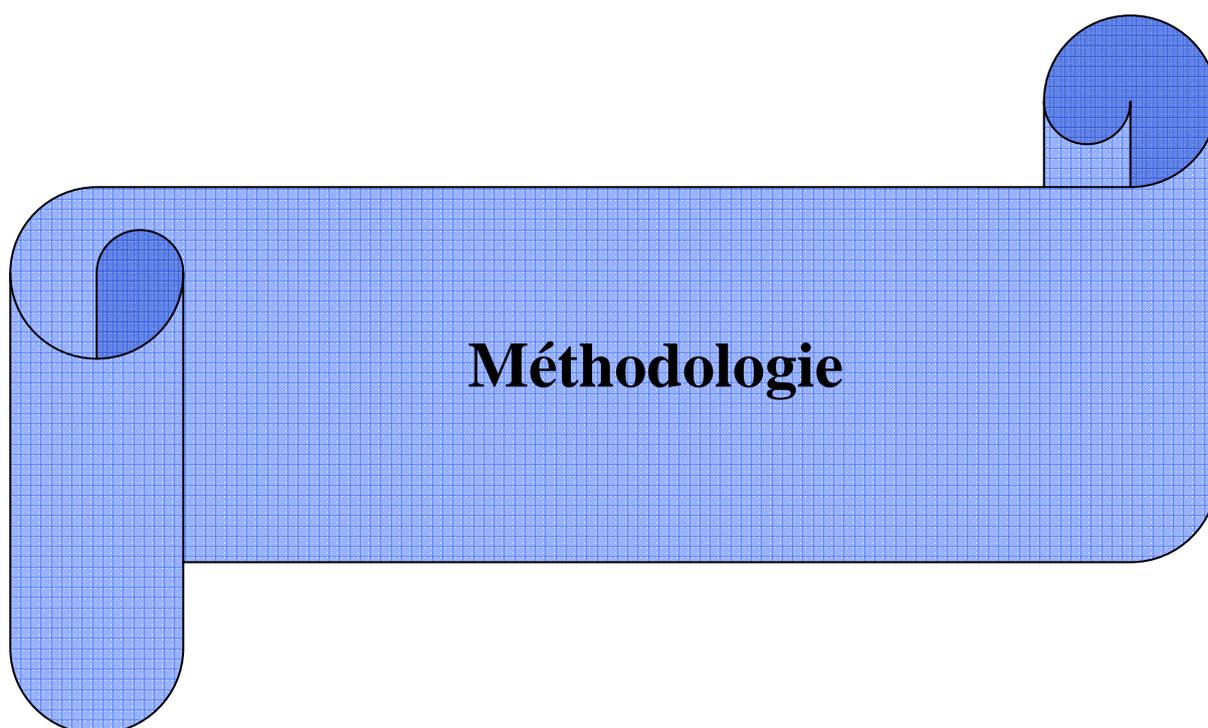
L'OMS recommande des schémas standardisés simplifiés facilitant la mise en place de programmes efficaces à grande échelle. Les pays doivent sélectionner

un seul schéma de première intention et un nombre limité de schéma de seconde intention.

Actuellement, trois types de stratégies thérapeutiques sont possibles :

- deux analogues nucléosidiques + un inhibiteur de protéase ;
- deux analogues nucléosidiques + un inhibiteur non nucléosidique ;
- trois analogues nucléosidiques dans certaines conditions.

Ces stratégies permettent d'obtenir une réduction maximale de la charge virale, ce qui doit être l'objectif clé d'une première ligne de traitement chez un patient naïf de tout traitement antérieur (48).



Méthodologie

III/ Démarche Méthodologique:

1/ Cadre d'étude :

Cette étude s'est déroulée à Bamako. C'est la capitale du Mali, située à califourchon sur le fleuve Niger en pleine zone soudanienne. Elle couvre une superficie de 24000 ha avec une population d'environ 1500000 habitants, une croissance de l'ordre de 4% par an sur 25 ans et une densité moyenne de 56 habitants/kilomètre carré (16).

Principal pôle économique, elle produit plus de la moitié du PIB (15).

Administrativement, Bamako est composée de six (6) communes dont les quatre premières sont situées sur la rive gauche (les communes I, II, III et IV). Les deux autres sont sur la rive droite (les communes V et VI) (16) avec un accès difficile au centre ville. Le premier responsable du district est le gouverneur du district et les autorités municipales sont représentées par une mairie centrale dont le premier responsable est le maire central :

La couverture sanitaire est assurée par :

Hôpitaux= (3)

Centres de santé= (9)

Centres de santé communautaire= (25)

Centres de santé des Armées= (3)

Centres INPS= (6)

Mutuelles= (2)

Centres privés= (38)

L'étude a concerné trois communes, les communes I , III et V, tirées au sort sur épi 06 au sein du district de Bamako sur les aides domestiques et vendeurs ambulants rencontrés qui ont accepté l'interview.

2/ Population d'étude :

L'étude a concerné les aides domestiques et vendeurs ambulants ayant effectué un exode rural dans la ville de Bamako.

3/ Critères d'étude :

3-1/ Les critères d'inclusion :

Ont été inclus dans l'étude tout aide domestique et vendeur ambulant âgés de dix huit ans ou plus issus d'exode rural et ayant effectué au moins un aller et retour sur Bamako.

3-2/ les critères de non inclusion :

N'ont pas été retenus dans cette étude :

- Tout aide domestique et vendeur ambulants âgés de moins de dix huit ans ou non issus d'exode rural.

Tout aide domestique et vendeur ambulants ne résidant pas à Bamako pendant la période d'étude ou n'ayant effectué au moins un aller et retour sur Bamako.

3-3 Critères de retrait ou d'exclusion de l'étude :

Tout aide domestique et vendeur ambulants après avoir donné son consentement éclairé décide de se retirer de l'étude à un moment quelconque du processus.

4/Type d'étude :

C'est une étude qualitative descriptive et transversale.

5/Période d'étude :

L'étude s'est déroulée d'avril à novembre 2006.

6/Echantillonnage :

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

- Dans un premier temps, nous avons tiré au hasard parmi les communes du district de Bamako, une commune sur trois, soit les commune I, III et V;
- Dans un second temps, nous avons tiré au hasard un quartier sur trois au sein de chacune des trois communes tirées au sort ;

Ensuite, au sein de chaque quartier tiré au sort, nous avons choisi un repère géographique (mosquée, mairie, église) au niveau desquels nous jetons en l'air un bic pour indiquer la direction à suivre; nous comptons en allant toujours vers notre droite une concession sur trente au sein desquelles nous avons interrogé

tous les aides domestiques et vendeurs ambulants rencontrés qui remplissaient nos critères d'étude ;

En outre, en sortant de chaque concession nous allions toujours vers notre droite pour regagner les foyers suivants.

7/Considérations éthiques et déontologiques :

En terme d'éthique, nous avons exigé un consentement verbal des participants à l'étude. Un questionnaire fut élaboré à l'intention des candidats dans ce sens.

Dans le cadre de l'obtention du processus de consentement éclairé, on a approché les aides domestiques et vendeurs ambulants ainsi que leur employeur en leur fournissant toutes les informations relatives à la recherche, ses objectifs, la méthodologie adoptée et le devenir des résultats de l'étude. Ainsi, nous avons expliqué aux participants que ce travail est une étude de recherche dans le cadre de l'obtention d'un doctorat en médecine. La recherche a été décrite, les risques qu'il est raisonnable de prévoir ainsi que les bénéfices escomptés. On note qu'il n'y avait aucun risque encouru par les participants.

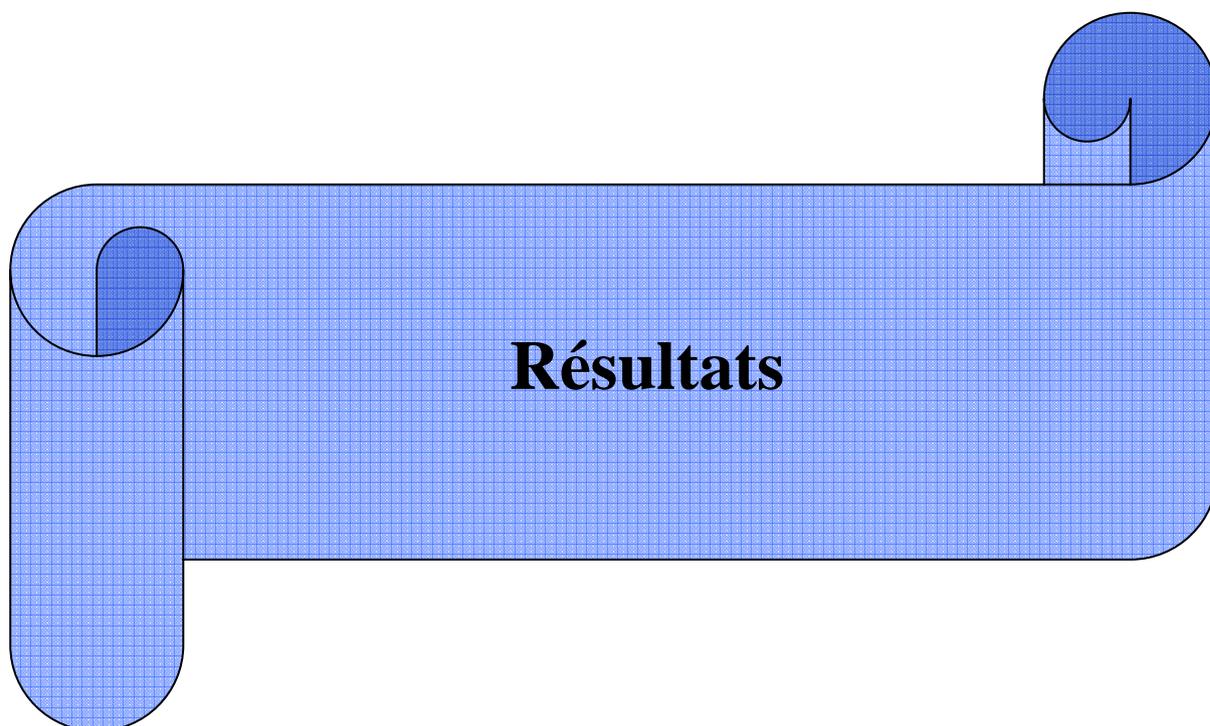
Vu son caractère anonyme, la participation à l'étude n'a exigé aucune compensation puisque le caractère volontaire de l'étude a été mis en relief.

Les participants avaient le droit d'abandonner à tout moment et le retrait ou le refus de participation n'entraînait aucune pénalité.

Le principe et le degré de confidentialité ont été mis en relief. En outre, les noms des personnes à contacter pour des informations relatives à la recherche a été révélés aux participants.

8/Traitement et analyse des données :

Les données recueillies ont été saisi sur le logiciel Microsoft World et analysées sur Epi – info version 6.



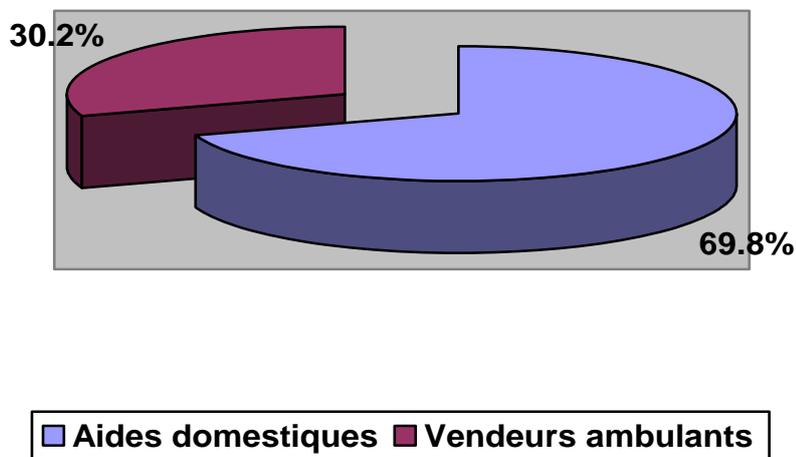
Résultats

A/ Résultats descriptifs :

Au terme de l'entretien nous avons recueilli cent cinquante neuf (159) individus qui ont accepté de participer à l'étude.

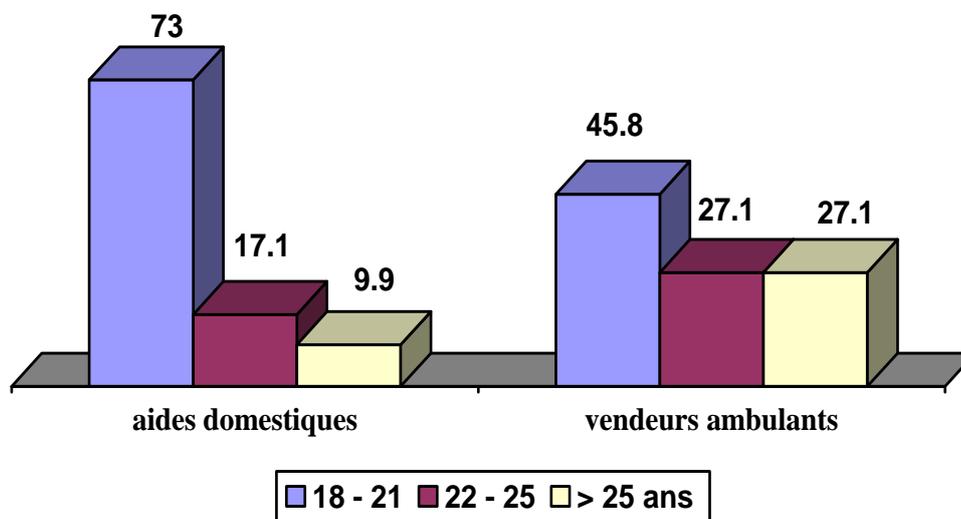
1 Les caractéristiques socio – démographiques :

Figure 1 : Répartition des aides domestiques et vendeurs ambulants selon la profession.



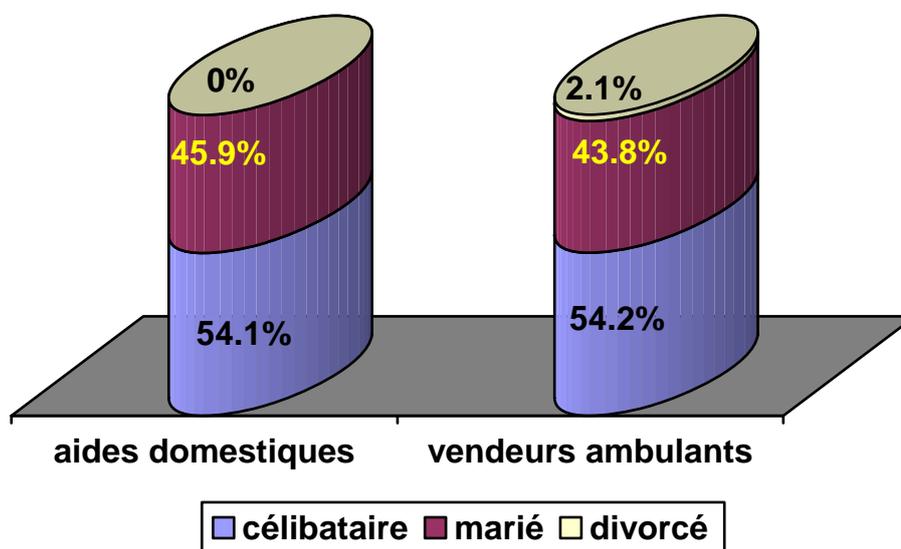
Les aides domestiques représentaient la majorité des sujets enquêtés avec **69,8%** contre **30,2%** pour les vendeurs ambulants.

Figure II: Répartition des aides domestiques et vendeurs ambulants selon les tranches d'âges



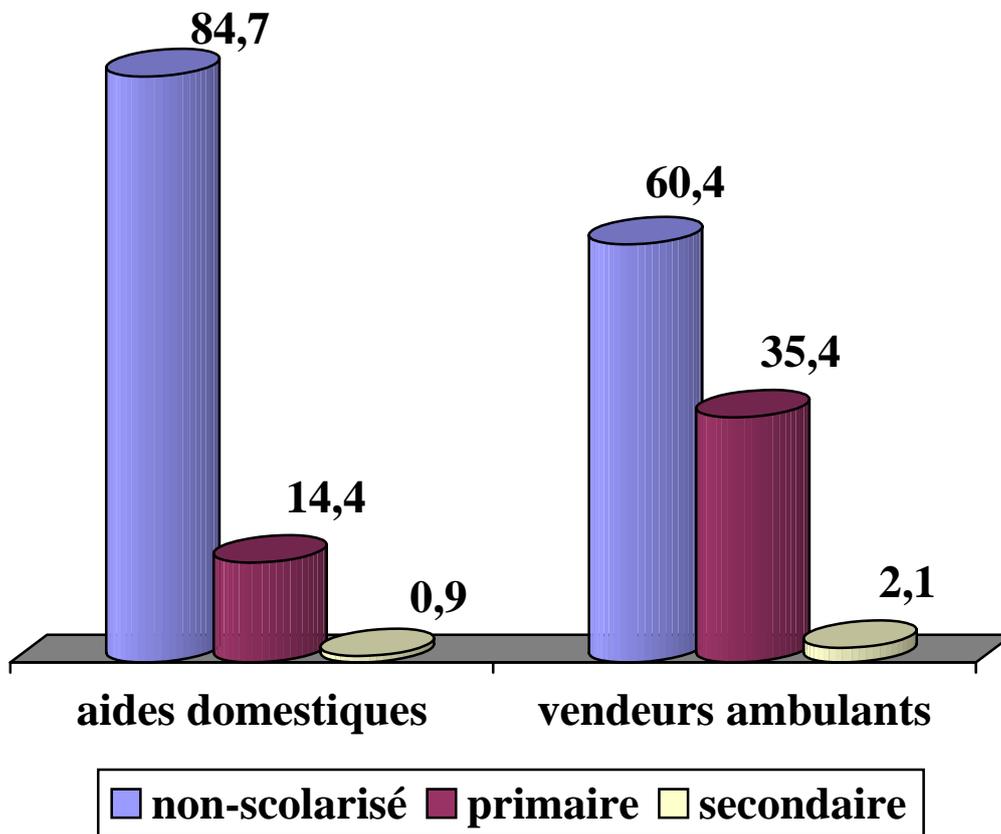
La tranche d'âge la plus représentée se situe entre **18 – 21 ans** avec 73% des aides domestiques contre 45,8% des vendeurs ambulants.

Figure III : Répartition aides domestiques et vendeurs ambulants selon le régime matrimonial.



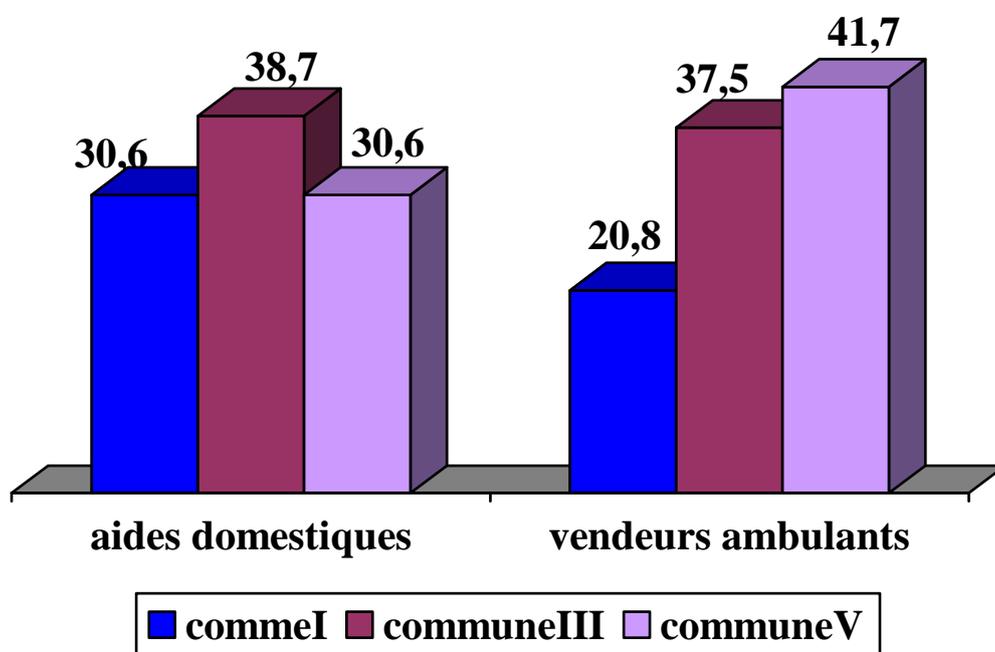
La majorité des sujets enquêtés sont célibataires avec 54,1% pour les aides domestiques et 54,2% pour les vendeurs ambulants.

Figure IV: Répartition des aides domestiques et vendeurs ambulants selon le niveau d'instruction.



La majorité des aides domestiques et vendeurs ambulants sont non scolarisés avec respectivement 84,7% contre 60,4%.

Figure V : Répartition des aides domestiques et vendeurs ambulants selon le site d'entretien.



Les sites les plus représentés étaient pour les aides domestiques **la commune III** avec **38,7%** et pour les vendeurs ambulants **la commune V** avec **41,7%**.

Tableau I: Répartition des aides domestiques et vendeurs ambulants selon la durée de séjour à Bamako.

Profession durée de séjour (mois)	Aides domestiques		Vendeurs ambulants	
	<i>Effectif</i>	%	<i>Effectif</i>	%
6	23	20,7	10	20.8
7 – 8	28	25,2	14	29.2
> 8	60	54	24	50
Total	111	100	48	100

La durée moyenne de séjour est de **8,7 mois ± 1,92 mois** pour les aides domestiques et **2,29 ± 0,79 mois** pour les vendeurs ambulants.

Tableau II: Répartition des aides domestiques et vendeurs ambulants selon la fréquence de séjour à Bamako.

Profession Nombre de séjour (mois)	Aides domestiques		Vendeurs ambulants	
	<i>Effectif</i>	%	<i>Effectif</i>	%
2	56	50,5	22	45,8
3 – 5	47	42,3	24	50
> 5	8	7,2	2	4,2
Total	111	100	48	100

Les 50,5% des aides domestiques avaient fait au maximum deux séjours comparés à 50% des vendeurs ambulants qui avaient fait trois à cinq séjours.

Le nombre moyen de séjour était de **2,99 ± 1,33**.

Tableau III : Répartition des aides domestiques et vendeurs ambulants selon le sexe :

Sexe	Aides domestiques		Vendeurs ambulants	
	<i>Effectif</i>	%	<i>Effectif</i>	%
Masculin	24	21,6	29	60,4
Féminin	87	78,4	19	39,6
Total	111	100	48	100

La majorité des aides domestiques était de sexe féminin avec 78,4%. A l'inverse le sexe masculin prédominait chez les vendeurs avec 60,4%.

2/Connaissances :

Tableau IV : Répartition des aides domestiques et vendeurs ambulants selon le fait d'avoir entendu parlé de Sida .

Profession	Effectif	Pourcentage
Aides domestiques	111	100
Vendeurs ambulants	48	100
Total	159	100

Tous les sujets enquêtés ont entendu parler de Sida au cours de leur séjour à Bamako soit **100%**.

Tableau V : Répartition des aides domestiques et vendeurs ambulants selon leur connaissance sur l'éventualité de prévenir le sida.

Profession	Aides domestiques		Vendeurs ambulants	
	Effectif	%	Effectif	%
Oui	96	86,5	43	89,6
Non	0	0	1	2,1
Ne sait pas	15	13,5	4	8,3
Total	111	100	48	100

Les 86,5% des aides domestiques pensaient qu'il existe un moyen d'éviter le VIH/Sida, contre **89,6%** des vendeurs ambulants.

Tableau VI : Répartition des aides domestiques et vendeurs ambulants selon leur connaissance sur les moyens d'évitement du VIH /Sida.

Profession	Aides domestiques		Vendeurs ambulants	
	Effectif	%	Effectif	%
Abstinence	54	56,3	15	34,9
Utilisation d' un condom	25	26	21	48,8
fidélité	9	9,4	4	9,3
Eviction partage lames et rasoirs	5	5,2	2	4,7
Autres	3	3,1	1	2,3
Total	111	100	48	100

Les moyens de prévention les plus évoqués ont été l'abstinence pour les aides domestiques avec 56,3% et le port de condom chez les vendeurs ambulants avec 48,8%. Neufs aides domestiques soit 9,4% contre quatre vendeurs ambulants soit 9,3% ont cité la fidélité . Par contre cinq aides domestiques contre deux vendeurs ambulants ont évoqué l'évitement du partage de matériels souillés.

Tableau VII : Répartition des aides domestiques et vendeurs ambulants selon le fait de contracter le virus du Sida par piqûre de moustique.

Profession	Aides domestiques		Vendeurs ambulants	
	Effectif	%	Effectif	%
Oui	43	38,7	10	20,8
Non	33	29,7	17	35,4
Ne sait pas	35	31,5	21	43,8
Total	111	100	48	100

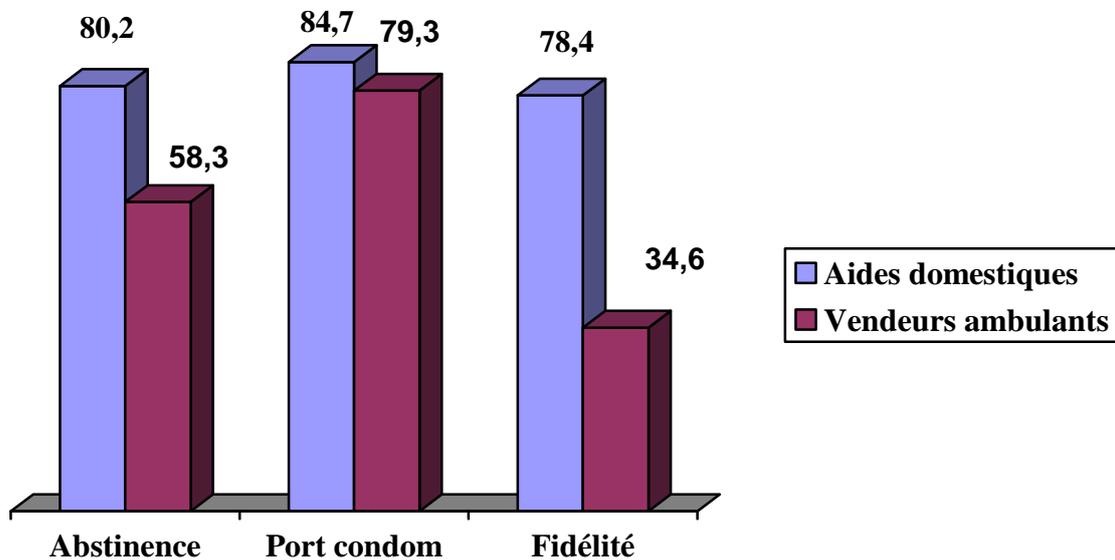
La transmission par piqûre de moustique a été évoquée chez 38,7% des aides domestiques contre 20,8% des vendeurs ambulants. Les 43,4% des vendeurs ambulants n'avaient pas opinion contre 31,5% des aides domestiques.

Tableau VIII: Répartition des aides domestiques et vendeurs ambulants selon le fait de contracter le Virus du Sida en partageant la nourriture avec quelqu'un atteint de Sida.

Profession	Aides domestiques		Vendeurs ambulants	
	Effectif	%	Effectif	%
Oui	22	19,8	6	12,5
Non	69	62,2	32	66,7
Ne sait pas	20	18	10	20,8
Total	111	100	48	100

La majorité des aides domestiques et vendeurs ambulants pensaient que le Sida ne se transmet pas en partageant la nourriture avec quelqu'un atteint de Sida soit respectivement 62,2% contre 66,7%.

Figure VI: Répartition des aides domestiques et des vendeurs ambulants à propos des moyens de prévention du VIH/Sida.



A propos des moyens de prévention du VIH/Sida, l'abstinence a été évoquée par 80,2% des aides domestiques contre 58,3% des vendeurs ambulants. Le port de condom était cité par 84,7% des aides domestiques contre 79,2% des vendeurs ambulants. En plus la fidélité avait été évoquée par 78,4% des aides domestiques contre 34,6% des Vendeurs ambulants.

Tableau IX : Répartition des aides domestiques et vendeurs ambulants selon le fait de la transmission du virus du Sida de la mère à l'enfant.

Profession	Aides domestiques		Vendeurs ambulants	
	Effectif	%	Effectif	%
Oui	64	57,7	20	41,7
Non	16	14,4	8	16,7
Ne sait pas	31	27,9	20	41,7
Total	111	100	48	100

Les 57,7% des aides domestiques pensaient que le Sida se transmet de la mère à l'enfant contre 41,7% des vendeurs ambulants.

Tableau X : Répartition des aides domestiques et vendeurs ambulants selon le fait d'avoir connu personnellement quelqu'un qui a le virus du Sida ou qui serait décédé du Sida.

Profession	Aides domestiques		Vendeurs ambulants	
	Effectif	%	Effectif	%
Oui	29	26,1	16	33,3
Non	82	73,9	32	66,7
Total	111	100	48	100

Les 73,88% des aides domestiques n'ont pas connu personnellement quelqu'un qui est atteint de Sida contre 66,7% des vendeurs ambulants.

Tableau XI: Répartition des aides domestiques et vendeurs ambulants selon le fait qu'une personne apparemment en bonne santé peut être porteur du virus du Sida.

Profession	Aides domestiques		Vendeurs ambulants	
	<i>Effectif</i>	<i>%</i>	<i>Effectif</i>	<i>%</i>
Oui	69	62,2	33	68,8
Non	15	13,5	4	8,3
Ne sait pas	27	23,3	11	22,9
Total	111	100	48	100

Les 62,2% des aides domestiques pensaient qu'une personne apparemment en bonne santé peut être porteuse du virus du Sida contre **68,8%** des vendeurs ambulants.

3/ Information, Education et Communication :

Tableau XII : Répartition des aides domestiques et vendeurs ambulants selon leur source d'information.

Profession	Aides domestiques		Vendeurs ambulants	
Source d'information	Effectif		Effectif	
	%		%	
Radio	12	10,8	15	31,3
Télévision	65	58,6	24	50
Journaux	1	0,9	0	0
Affiches	3	2,7	0	0
Ecole	24	21,6	2	4,2
Ami	6	5,4	6	12,5
Dans la rue	0	0	1	2,1
Médecin	0	0	0	0
Total	111	100	48	100

La source d'information de référence pour les aides domestiques et vendeurs ambulants était la télévision avec respectivement **58,6%** contre **50%**.

Tableau XIII : Répartition des aides domestiques et vendeurs ambulants selon la connaissance d'un endroit où on peut faire le test de dépistage du Sida.

Profession	Aides domestiques		Vendeurs ambulants	
	Effectif	%	Effectif	%
Oui	23	20,7	25	52.1
Non	88	79,3	23	47.9
Total	111	100	48	100

Les 79,3% des aides domestiques ne connaissaient pas un endroit où faire le test de dépistage du VIH/Sida contre 47.9% des vendeurs ambulants.

Tableau XIV : Répartition des aides domestiques et vendeurs ambulants selon le fait de connaître un endroit spécifique pour faire le test de dépistage.

Profession	aides domestiques		vendeurs ambulants	
	Effectif	%	Effectif	%
Hôpital	107	96,4	47	97.9
Clinique	2	1,8	0	0
Pharmacie	1	0,9	0	0
Guérisseur	1	0,9	0	0
Centre l'éveil	0	0	1	2,1
Total	111	100	48	100

L'hôpital était l'endroit sollicité pour faire le test de dépistage par **96,4%** des aides domestiques contre **97.9 %** des vendeurs ambulants. Deux aides domestiques ont cité la clinique comme source d'information.

4/ Attitudes :

Tableau XV : Répartition des aides domestiques et vendeurs ambulants selon leur consentement d'héberger un proche ou un parent séropositif dans leur foyer.

Profession Consentement	Aides domestiques		Vendeurs ambulants	
	Effectif	%	Effectif	%
Oui	66	59,5	40	83,3
Non	45	40,5	6	12,5
Ne sait pas	0	0	2	4,2
Total	111	100	48	100

Les 59,5% des aides domestiques étaient consentants pour héberger un proche ou un parent séropositif dans leur foyer contre 83,3% des vendeurs ambulants.

Tableau XVI : Répartition des aides domestiques et vendeurs ambulants selon la manière et les motifs d'hébergement d'un parent ou un proche séropositif dans son foyer.

Profession Raison et manière évoquée	Aides domestiques		Vendeurs ambulants	
	Effectif	%	Effectif	%
aller manger avec lui, non transmissible par le repas	27	40,9	18	45
dormir dans la même pièce, c'est sans danger	11	16,7	8	20
laisser ces enfants avec lui, c'est sans risque	0	0	2	5
lien parental mais vie de façon séparée	28	42,4	10	25
c'est une personne mais vie de façon séparée	0	0	2	5
Total	66	100	40	100

Le lien parental a été évoqué le plus comme motif d'hébergement par les aides domestiques et vendeurs ambulants mais en préconisant l'éviction de toute vie commune avec respectivement **42,4%** contre **90,9%**. Mais vingt sept aides domestiques soit 40,9% ont évoqué comme cause de consentement d'hébergement le fait de partager le repas avec un séropositif est non transmissible.

Tableau XVII: Répartition des aides domestiques et vendeurs ambulants selon les raisons de refus d'héberger un proche ou un parent séropositif dans leur foyer.

Profession	Aides domestiques		Vendeurs ambulants	
Raison du refus d'héberger	Effectif	%	Effectif	%
Transmissible par le manger	15	33,3	1	16,7
Transmissible en dormant dans la même pièce	7	15,6	2	33,2
N'a pas envie simplement	4	8,9	1	16,7
Transmissible par les moustiques	12	26,7	1	16,7
A peur de se contaminer simplement	1	2,22	0	0
Risque de partage de lames et aiguilles	2	4,44	0	0
Risque partage de lames et ciseaux	4	8,9	1	16,7
Total	45	100	6	100

La transmission par le repas était la raison la plus évoquée comme motif de refus par les aides domestiques avec **33,3%**. Par contre **33,33%** des vendeurs ambulants avaient évoqué la transmission en dormant dans la même pièce.

Tableau XVIII: Répartition des aides domestiques et vendeurs ambulants selon le fait qu'une personne séropositive doit garder son statut secret .

profession garder statut secret	aides domestiques		vendeurs ambulants	
	Effectif	%	Effectif	%
oui	26	23,4	13	27,1
non	82	73,9	28	58,3
ne sait pas	3	2,7	7	14,6
Total	111	100	48	100

Les 73,9% des aides domestiques pensaient qu'une personne séropositive ne doit pas garder son statut secret contre 58,3% vendeurs ambulants.

Tableau XIX : Répartition des aides domestiques et vendeurs ambulants selon le fait d'avoir effectué le test de dépistage du VIH/Sida.

Profession avoir effectué	aides domestiques		vendeurs ambulants	
	Effectif	%	Effectif	%
oui	11	9,9	6	12,5
non	100	90,1	42	87,5
total	111	100	48	100

Les 90,1% des aides domestiques n'avaient pas effectué de test de dépistage du VIH/Sida contre 87,5% des vendeurs ambulants.

Tableau XX : Répartition des aides domestiques et vendeurs ambulants ayant effectué le test de dépistage selon leur conseiller.

Profession conseiller	aides domestiques		vendeurs ambulants	
	Effectif	%	Effectif	%
parent/Fiancé	1	9,1	5	83,3
employeur	1	9,1	0	0
agent de Santé	8	72,7	1	16,7
volontaire	1	9,1	0	0
total	11	100	6	100

L'agent de santé était le conseiller le plus cité par les aides domestiques avec 72.7% contre 83.3% des vendeurs ambulants qui avaient été conseillés par les parents ou le fiancé.

Tableau XXI : Répartition des aides domestiques et vendeurs ambulants selon leur disponibilité à effectuer le test de dépistage du VIH/Sida.

Profession être dispose	aides domestiques		vendeurs ambulants	
	Effectif	%	Effectif	%
oui	38	38	18	42,9
non	57	57	20	47,6
ne sait pas	5	5	4	9,5
total	100	100	42	100

Les 57.0% des aides domestiques n'étaient pas disponibles pour effectuer le test de dépistage contre 47.6% des vendeurs ambulants et 5.% des aides domestiques n'avaient pas d'opinion contre 9,5% des vendeurs ambulants.

Tableau XXII: Répartition des aides domestiques et vendeurs ambulants selon les motifs de disponibilité à effectuer le test de dépistage du VIH/Sida.

profession motifs d acceptation	aides domestiques		vendeurs ambulants	
	Effectif	%	Effectif	%
connaître son statut sérologique	31	81,6	13	72,2
pouvoir se traiter précocement	0	0	0	0
éviter de transmettre la maladie	3	7,9	1	5,6
pour se rassurer	4	10,5	4	22,2
Total	38	100	18	100

Avoir connaissance de sa sérologie était le motif de disponibilité à effectuer le test de dépistage du VIH/Sida le plus évoqué par les aides domestiques et vendeurs ambulants, soit respectivement **81.6%** et **72.2%**. Trois aides domestiques et un vendeur ambulant évoquaient comme motif de disponibilité vouloir éviter de transmettre la maladie à autrui. Quatre aides domestiques et quatre vendeurs ambulants voulaient être rassurés.

Tableau XXIII : Répartition des aides domestiques et vendeurs ambulants selon les motifs de non disponibilité à effectuer le test de dépistage du VIH/Sida.

Profession motifs de refus	aides domestiques		vendeurs ambulants	
	Effectif	%	Effectif	%
Par crainte de connaître son statut séropositif	5	8,8	2	10
par crainte d'être infecté par le test	3	5,3	0	0
n'a pas envie	46	80,7	11	55
Crainte de rupture des fiançailles	1	1,75	0	0
confiance en soi	1	1,75	2	10
pas confiance à la méthode de test	0	0	1	5
risque de contamination par test	0	0	1	5
refus du partenaire	1	1,75	0	0
total	57	100	20	100

Vouloir ignorer sa sérologie était le motif de non disponibilité à effectuer le plus évoqué par les aides domestiques et vendeurs soit respectivement **80,7%** et **55%**. Par contre, trois aides domestiques soit 5,3% avaient peur d'être infecté pendant l'acte.

Tableau XXIV : Répartition des aides domestiques et vendeurs ambulants selon le fait d'avoir eu à parler des moyens de prévention du VIH/Sida à un parent ou une personne proche.

Profession	aides domestiques		vendeurs ambulants	
	Effectif	%	Effectif	%
parler des moyens d'éviction				
oui	43	38,7	23	47,9
non	68	61,3	25	52,1
total	111	100	48	100

Les 61,3% des aides domestiques ont avoué ne pas avoir parlé des moyens de prévention du VIH/Sida à un parent ou une personne proche contre 52.1% des vendeurs ambulants.

Tableau XXV : Répartition des aides domestiques et vendeurs ambulants selon le fait d'avoir eu à conseiller une personne proche atteinte IST/VIH- Sida ou non vers un centre de soins ou de dépistage

Profession	aides domestiques		vendeurs ambulants	
	Effectif	%	Effectif	%
avoir eu conseil				
oui	13	11,7	6	12,5
non	98	88,3	42	87,5
total	111	100	48	100

Les **88,3%** des aides domestiques n'ont pas eu à conseiller une personne proche atteinte IST/VIH- Sida ou non vers un centre de soins ou de dépistage contre **87.5%** des vendeurs ambulants. Par contre, treize aides domestiques soit 11,7% et six vendeurs ambulants soit 12,5% l'ont fait.

Tableau XXVI: Répartition des aides domestiques et vendeurs ambulants selon le fait d'avoir exigé du matériel stérilisé pour les séances d'excision ou de circoncision de leur enfant au village

Profession exige matériel stérilisé	aides domestiques		vendeurs ambulants	
	Effectif	%	Effectif	%
oui	22	39,3	8	25,8
non	34	60,7	23	74,2
total	56	100	31	100

Les **60,7%** des aides domestiques n'ont pas exigé du matériel stérilisé pour les séances d'excision ou de circoncision de leur enfant au village contre **74,2%** des vendeurs ambulants. Au contraire, vingt deux aides domestiques soit 39,3% et huit vendeurs ambulants soit 25,8% affirmaient avoir utilisé du matériel stérilisé pour faire la circoncision ou l'excision.

5/Pratiques comportementales :

Tableau XXVII : Répartition des aides domestiques et vendeurs ambulants selon l'âge de leur premier rapport sexuel.

Profession age du première rapport sexuel	aides domestiques		vendeurs ambulants	
	Effectif	%	Effectif	%
9 – 15	29	33,3	16	25,8
16 – 21	57	66,6	26	74,2
> 21	1	1,1	1	2,3
total	87	100	43	100

Les **66,6%** des aides domestiques ont eu leur premier rapport sexuel entre seize et vingt un ans contre **74,2%** des vendeurs ambulants. **5** Vendeurs ambulants et **24** Aides domestiques n'ont jamais eu de rapport sexuel.

Tableau XXVIII : Répartition des aides domestiques et vendeurs ambulants selon le fait d'avoir eu des rapports sexuels au cours du séjour à Bamako.

Profession avoir des rapports sexuel à Bamako	aides domestiques		vendeurs ambulants	
	Effectif	%	Effectif	%
oui	36	32,4	26	54,2
non	75	67,6	22	45,8
total	111	100	48	100

Les **67,6%** des aides domestiques n'avaient pas eu des rapports sexuels au cours du séjour à Bamako contre **45,8%** des vendeurs ambulants.

Tableau XXIX : Répartition des aides domestiques et vendeurs ambulants selon le fait d’avoir utilisé un condom lors du dernier rapport sexuel.

profession utilisé condom dernier rapport sexe	aides domestiques		vendeurs ambulants	
	Effectif	%	Effectif	%
oui	16	18,4	15	34,9
non	71	81,6	28	65,1
total	87	100.	43	100

Les **81,6%** des aides domestiques n’avaient pas utilisé un condom lors du dernier rapport sexuel contre **65.1%** des vendeurs ambulants.

Tableau XXX : Répartition des aides domestiques et vendeurs ambulants selon les motifs de port de condom à l’occasion du dernier rapport sexuel.

Profession Motifs	aides domestiques		vendeurs ambulants	
	<i>Effectif</i>	%	<i>Effectif</i>	%
veut éviter IST/Sida	9	56,3	9	60
veut éviter grossesse	2	12,5	3	20
veut éviter IST/Sida et Grossesse	4	25	3	20
pas con fiance au partenaire	1	6,3	0	0
total	16	100	15	100

Vouloir éviter les IST/Sida était le motif le plus évoqué de port de condom à l’occasion du dernier rapport sexuel chez les aides domestiques avec **56.3%** contre **60%** des vendeurs ambulants.

Tableau XXXI: Répartition des aides domestiques et vendeurs ambulants selon les motifs de refus de port de condom à l'occasion du dernier rapport sexuel.

Profession Motifs refus Port condom dernier Rapport sexe	aides domestiques		vendeurs ambulants	
	Effectif	%	Effectif	%
ne savait pas l'utiliser	8	11,27	1	3,57
ne savait pas son utilité	12	16,9	7	25
ne l'aimait pas	14	19,72	2	7,14
refus du partenaire	7	9,86	2	7,14
a oublié le condom	4	5,63	1	3,57
condom non disponible	3	4,22	2	7,14
confiance au partenaire	5	7,04	5	17,86
j'étais pressé	1	1,41	0	0
rapport sexuel conjugal	15	21,13	8	28,57
désir d'enfant	1	1,41	0	0
n'a pas le choix	1	1,41	0	0
Total	71	100	28	100

Ne pas aimer le condom était le motif le plus évoqué comme refus de port de condom à l'occasion du dernier rapport sexuel par la majorité des aides domestiques soit **19,7%**. Au contraire **28,57%** des vendeurs ambulants disaient qu'ils n'avaient pas le droit pendant le rapport sexuel conjugal. Douze aides domestiques contre sept vendeurs ambulants ne savaient pas son utilité. Par contre, huit aides domestiques et un vendeur ambulant disaient ne pas savoir l'utiliser.

Tableau XXXII : Répartition des aides domestiques et vendeurs ambulants selon la relation qui existe avec leur dernier partenaire sexuel.

Profession relation avec partenaires sexuels	aides domestiques		vendeurs ambulants	
	effectif	%	effectif	%
petit ami	34	39,08	26	60,46
fiance	43	49,42	13	30,2
prostituée	1	1,14	3	7
ami (e) occasionnelle	5	5,74	0	0
cousin	4	4,6	1	2,3
total	87	100	43	100

Les **49,42%** des aides domestiques avaient eu leur dernier rapport sexuel avec leur fiancé contre **60,46%** des vendeurs ambulants qui l'avaient eu avec leur petit(e) ami (e).

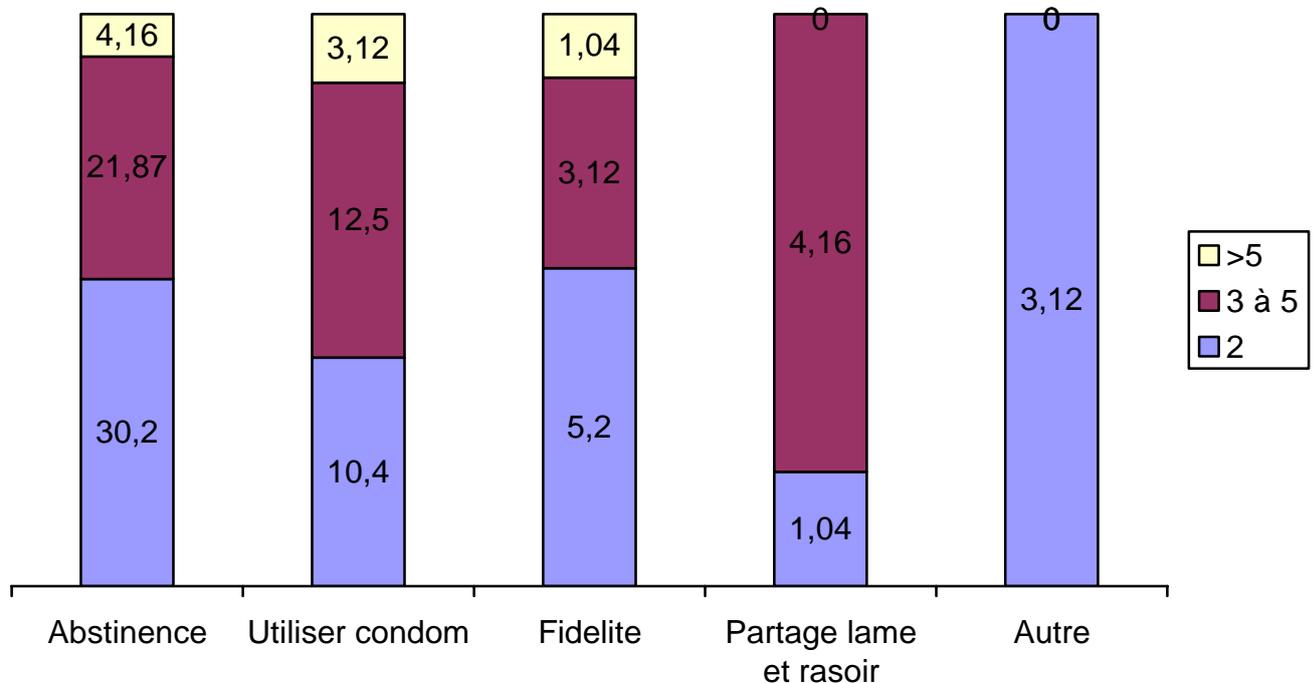
Tableau XXXIII : Répartition des aides domestiques et vendeurs ambulants selon le nombre de partenaires sexuels différents contracté pendant les six derniers mois écoulés.

profession nombre de partenaires sexuels	aides domestiques		vendeurs ambulants	
	Effectif	%	Effectif	%
pas eu de Partenaire sexuel	60	54,05	15	29,8
1 - 2	41	36,9	24	51
3 - 4	7	6,3	8	17,1
> 4	3	2,7	1	2,1
Total	111	100	48	100

Les **54,05%** des aides domestiques n'avaient pas eu de Partenaire sexuel. Par contre, **51 %** des vendeurs ambulants avaient eu au maximum deux partenaires.

Les Résultats analytiques :

Figure VII : Relation entre les connaissances sur les moyens d'évitement du VIH/Sida évoqués et la fréquence de séjour à Bamako chez les aides domestiques.



L'abstinence et la fidélité lors des rapports sexuels étaient les moyens de protection les plus évoqués par les domestiques avec respectivement 30,2% et 5,2%. Ceux ci avaient tous fait deux séjours à Bamako. Par contre, la majorité des aides domestiques ayant fait trois à cinq séjours ont cité l'utilisation de condoms avec 12,5%.

Tableau XXXIV : Relation entre les connaissances sur les moyens d'évitement du VIH/Sida évoqués et la fréquence de séjour à Bamako chez les vendeurs ambulants.

nombre de séjour	2		3-5		>5		Total
moyens d'évitement							
abstinence	6	13,95%	8	18,60%	1	2,32%	15
utilisation condom	10	23,25%	10	23,25%	1	2,32%	21
fidélité	1	2,32%	3	6,98%	0	0%	4
Eviter de partager les lames et rasoirs	1	2,32%	1	2,32%	0	0%	2
autre	1	2,32%	0	0%	0	0%	1
total	19	44,16%	22	51,15%	2	4,64%	43

L'abstinence, la fidélité et l'utilisation des condoms lors des rapports sexuels étaient les moyens de protection les plus évoqués avec respectivement **18,60%**, **6,98%** et **23,25%** par la majorité des vendeurs ambulants qui avait tous fait **3 à 5 séjours**.

Tableau XXXV: Relation entre les connaissances sur les moyens de prévention du VIH/Sida et la fréquence de séjour à Bamako chez les aides domestiques.

Moyens de prévention nombre de séjours	abstinence		port condom		fidélité	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
2	43	48,31	47	50	44	50,57
3-5	40	44,9	40	42,55	37	42,52
>5	6	6,74	7	7,44	6	6,89
Total	89	100	94	100	87	100

L'abstinence, le port de condom et la fidélité étaient les moyens de protection les plus évoqués par les aides domestiques qui avaient séjourné seulement deux (2) fois à Bamako avec respectivement **48,3%, 50%, 50,57%**.

Tableau XXXVI : Relation entre les connaissances sur les moyens de prévention du VIH/Sida et la fréquence de séjour à Bamako chez les vendeurs ambulants.

Moyens de prévention nombre de séjour	abstinence		port condom		fidélité	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
2	13	46,42	18	47,36	15	29,41
3-5	14	50	18	47,36	17	52
>5	1	3,57	2	5,26	1	1,96
Total	28	100	38	100	33	100

L'abstinence, le port de condom et la fidélité étaient les moyens de protection les plus évoqués par la majorité des vendeurs ambulants ayant séjourné **trois à cinq fois** en zone urbaine soit respectivement **50%, 47 ; 36%, 68 et 62%**.

Tableau XXXVII: Relation entre la connaissance de la transmission du VIH/Sida de la mère à l'enfant et la fréquence de séjour à Bamako chez les aides domestiques et vendeurs ambulants.

Profession	aides domestiques		vendeurs ambulants	
	Effectif	%	Effectif	%
nombre de séjour				
2	34	53,12	8	40
3 - 5	26	40,82	12	60
> 5	4	6,25	0	0
Total	64	100	20	100

Les **60%** des vendeurs ambulants ayant séjourné trois à cinq séjours avaient évoqué un possible transmission de la mère à l'enfant. Par contre, les **53,12%** des aides domestiques ayant séjourné deux fois à Bamako l'ont évoqué le plus.

Tableau XXXVIII: Relation entre la connaissance de la transmission du VIH/Sida de la mère à l'enfant et la durée de séjour à Bamako chez les aides domestiques et vendeurs ambulants.

profession	aides domestiques		vendeurs ambulants	
	Effectif	%	Effectif	%
durée de séjour				
6 mois	17	26,56	4	20
7 - 8 mois	16	25	7	35
> 8 mois	31	48,43	9	45
Total	64	100	20	100

Les **48,43%** des aides domestiques et **45%** vendeurs ambulants ayant séjourné plus de huit mois à Bamako avaient évoqué le plus une possible transmission du VIH de la mère à l'enfant.

Tableau XXXIX : Relation entre la connaissance d'un endroit où on peut faire le test de dépistage du VIH/Sida et la fréquence de séjour à Bamako chez les aides domestiques et vendeurs ambulants.

profession	aides domestiques		vendeurs ambulants	
	Effectif	%	Effectif	%
nombre de séjour				
2	8	34,78	5	20
3 - 5	12	52,17	18	72
> 5	3	13,04	2	8
Total	23	100	25	100

Les **52,17%** des aides domestiques et **72%** vendeurs ambulants ayant séjourné trois à cinq fois en zone urbaine connaissaient le mieux un centre de dépistage du VIH/Sida.

Tableau XXXX: Relation entre le consentement d’héberger un parent ou une personne proche séropositive dans leur foyer et la fréquence de séjour à Bamako chez les aides domestiques et vendeurs ambulants.

profession	aides domestiques		vendeurs ambulants	
	Effectif	%	Effectif	%
nombre de séjour				
2	29	43,93	17	42,5
3 - 5	31	46,36	21	52,5
> 5	6	9,09	2	5
Total	66	100	40	100

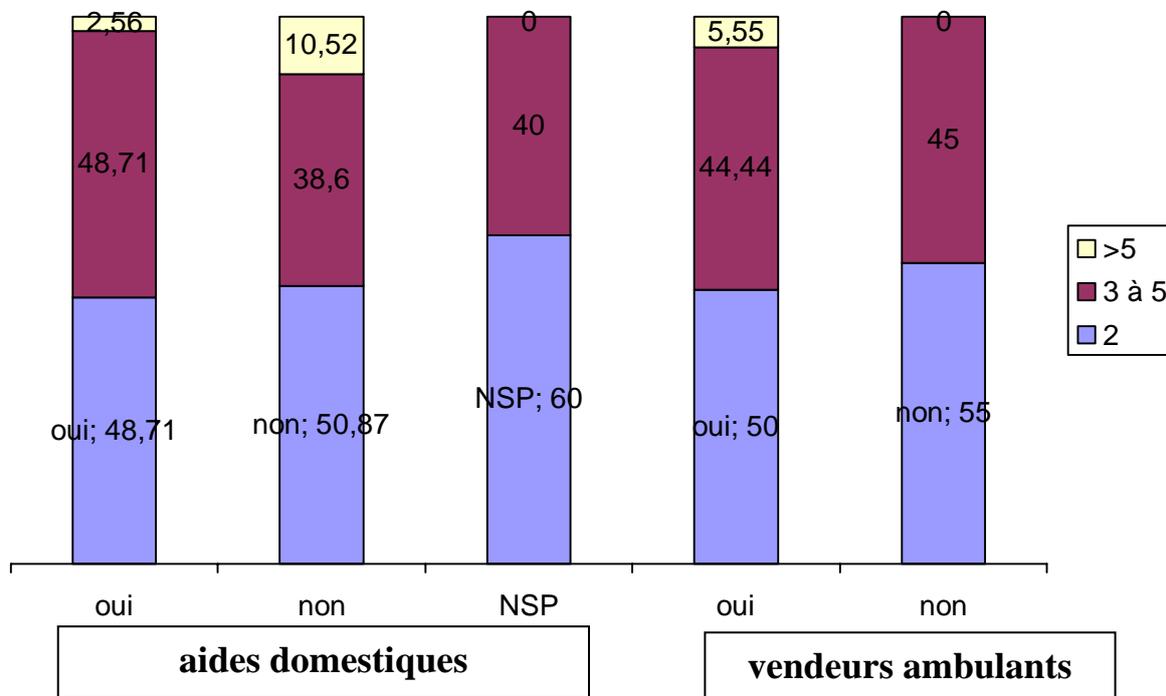
La plus grande proportion des aides domestiques et des vendeurs ambulants consentant d’héberger un parent séropositif dans son foyer était ceux qui avaient fait trois à cinq séjours en zone urbaine soit respectivement **46,36% et 52,5%**.

Tableau XXXXI: Relation entre le fait d’avoir effectué un test de dépistage du VIH/Sida et la fréquence de séjour à Bamako chez les aides domestiques et vendeurs ambulants

profession nombre de séjour	aides domestiques		vendeurs ambulants	
	Effectif	%	Effectif	%
2	5	45	1	16,66
3 - 5	5	45	4	66,66
> 5	1	10	1	16,66
Total	11	100	6	100

La plus grande proportion des aides domestiques et vendeurs ambulants qui avaient effectué le test de dépistage du VIH/Sida était ceux qui avaient fait trois à cinq séjours à Bamako soit respectivement **45% et 66,66%** contre **45%** des aides domestiques ayant séjourné seulement deux fois à Bamako.

Figure VIII: Relation entre la disponibilité à effectuer un test de dépistage du VIH/Sida et la fréquence de séjour à Bamako chez les aides domestiques et vendeurs ambulants.



La plus grande proportion des aides domestiques et des vendeurs ambulants qui étaient disponibles pour effectuer le test de dépistage du VIH/Sida était ceux qui avaient fait seulement deux séjours soit respectivement **48,71%** et **50%** contre **48,71%** des aides domestiques ayant séjourné **trois à cinq fois** à Bamako. La plus grande proportion des aides domestiques et des vendeurs ambulants qui n'étaient pas disponibles pour effectuer le test de dépistage du VIH/Sida était ceux ayant séjourné seulement **deux fois** à Bamako avec respectivement **50,87%** et **55%**.

Tableau XXXXII : Relation entre les motifs de disponibilité pour effectuer un test de dépistage du VIH/Sida et la fréquence de séjour en zone urbaine chez les aides domestiques.

Raisons évoquées nombre de séjours à Bamako	veut connaître son statut sérologique fréquence %	éviter de transmettre la maladie fréquence %	de la	Veut se rassurer fréquence %	Total fréquence %
2	15 38,46	1 2,56		3 7,70	19 48,72
3 – 5	16 41,02	2 5,12		1 2,56	19 48,72
> 5	1 2,56	0 0		0 0	1 2,56
Total	32	3		4	39 100

La volonté de connaître son statut sérologique était la raison première évoquée par la majorité des aides domestiques qui avaient fait **trois à quatre séjours** à Bamako avec **41,02%**.

Tableau XXXXIII: Relation entre les motifs de disponibilité à effectuer un test de dépistage du VIH/Sida et la fréquence de séjour en zone urbaine chez les vendeurs ambulants.

raisons évoquées nombre de séjours à Bamako	veut connaître son statut sérologique		Eviter de transmettre maladie		Veut se rassurer		Total	
	effectif	%	effectif	%	effectif	%	effectif	%
2	7	38,9	1	5,55	2	11,11	10	55,56
3 – 5	5	27,78	0	0	2	11,11	7	38,89
> 5	1	5,55	0	0	0	0	1	5,55
Total	13		1		4		18	100

La volonté de connaître son statut sérologique était la première raison de disponibilité la plus évoquée par la majorité des vendeurs ambulants ayant séjourné seulement deux fois à Bamako soit **38,9%**.

Tableau XXXIV: Relation entre les motifs de non disponibilité pour effectuer un test de dépistage du VIH/Sida et la fréquence de séjour en zone urbaine chez les aides domestiques.

raison évoquée	par crainte de connaître son statut séropositif		par crainte d'être infecté par le test		n'a pas envie		autre		Total	
	effectif	%	effectif	%	effectif	%	effectif	%	effectif	%
2	1	1,75	3	5,26	22	38,6	3	5,26	29	50,87
3 – 5	4	7,01	0	0	18	31,58	0	0	22	38,6
> 5	0	0	0	0	6	10,53	0	0	6	10,53
Total	5		3		46		3		57	100

La volonté d'ignorer sa sérologie était la raison de non disponibilité la plus évoquée par la majorité des aides domestiques ayant séjourné deux fois à Bamako avec **38,6%**.

Tableau XXXXV : Relation entre les motifs de non disponibilité pour effectuer un test de dépistage du VIH/Sida et la fréquence de séjour en zone urbaine chez les vendeurs ambulants.

raisons évoquées nombre de séjours à Bamako	par crainte de connaître son statut séropositif		par crainte d'être infecter par le test		autre		total	
	effectif	%	effectif	%	effectif	%	effectif	%
2 séjours	3	15	7	35	0	0	10	50
3 – 5 séjours	2	10	4	20	4	20	10	50
total	5		11		4		20	100

La crainte d'être révélé infecté par le test était la première raison de non disponibilité évoquée par la majorité des vendeurs ambulants qui n'avaient fait que deux séjours à Bamako avec **35%**.

Tableau XXXXVI: Relation entre l'utilisation du condom lors du dernier rapport sexuel et la fréquence de séjour à Bamako chez les aides domestiques et vendeurs ambulants.

profession nombre de séjours	aides domestiques		vendeurs ambulants		total
	oui	non	oui	non	
2	8 75%	33 46,47%	7 46,66%	11 39,28%	59
3 - 5	6 37,5%	33 46,47%	7 46,66%	16 57,14%	62
> 5	2 12,5%	5 7,04%	1 6,66%	1 3,57%	9
total	16 100%	71 100%	15 100%	28 100%	130

La majorité des aides domestiques et vendeurs ambulants qui avaient utilisé le condom lors de leur dernière rapport sexuel sont ceux qui avaient fait seulement deux séjours à Bamako soit respectivement **75%** et **46,66 %**. Par contre **46,47%** des aides domestiques et **57,14%** vendeurs ambulants ayant séjourné trois à cinq fois à Bamako n'avaient pas utilisé le condom lors de leur dernière rapport sexuel.

Tableau XXXXVII: Relation entre les motifs de port de condom à l'occasion du dernier rapport sexuel et de la fréquence de séjour en zone urbaine chez les aides domestiques.

raisons évoquées	veut éviter IST/Sida		veut éviter grossesse		veut éviter à la fois IST/Sida et Grossesse		n'a pas confiance au partenaire		Total	
	effectif	%	effectif	%	effectif	%	effectif	%	effectif	%
2	4	25	2	12,5	2	12,5	0	0	8	50
3 – 5	4	25	0	0	1	6,25	1	6,25	6	37,5
> 5	1	6,25	0	0	1	6,25	0	6,25	2	12,5
Total	9		2		4		1		16	100

La volonté d'éviter les IST/Sida était la première raison évoquée par **25%** des aides domestiques ayant séjourné 3 à 5 fois contre **25%** d'aides domestiques ayant effectué seulement deux fois à Bamako.

Tableau XXXXVIII: Relation entre les motifs de port de condom à l'occasion du dernier rapport sexuel et la fréquence de séjour en zone urbaine chez les vendeurs ambulants.

raisons évoquées nombre séjour Bamako	veut éviter IST/Sida		veut éviter grossesse		veut éviter à la fois IST/Sida et grossesse		Total	
	effectif	%	effectif	%	effectif	%	effectif	%
2	6	40	0	0	1	6,66	7	46,66
3 – 5	2	13,33	3	20	2	13,33	7	46,66
> 5	1	6,66	0	0	0	0	1	6,66
Total	9		3		3		15	100

La volonté d'éviter les IST/Sida était la première raison évoquée par la majorité des vendeurs ambulants qui avaient fait seulement deux séjours en ville avec **40%**.

Tableau XXXIX: Relation entre les motifs de refus de port de condom à l'occasion du dernier rapport sexuel et la fréquence de séjour en zone urbaine chez les aides domestiques.

raisons évoquées	ne savait pas l'utiliser		ne savait pas son utilité		ne l'aimait pas		refus du partenaire		autre		Total	
	effectif	%	effectif	%	effectif	%	effectif	%	effectif	%	effectif	%
2	2	2,81	9	12,67	8	11,26	3	4,22	12	16,90	34	47,89
3 – 5	5	7,04	3	4,22	6	8,45	4	5,63	14	19,72	32	45,07
> 5	1	1,40	0	0	1	1,40	0	0	3	4,22	5	7,04
Total	8		12		15		7		29		71	100

Désir d'enfant, n'a pas le choix, relation sexuelle conjugale étaient les raisons de refus de port les plus évoquées par la majorité des aides domestiques ayant séjourné trois à cinq fois à Bamako soit 19,72%.

Tableau L: Relation entre les motifs de refus de port de condom à l’occasion du dernier rapport sexuel et la fréquence de séjour en zone urbaine chez les vendeurs ambulants

raisons évoquées nombre de séjours à Bamako	ne savait pas l'utiliser		ne savait pas l'utiliser		ne l'aimait pas		refus du partenaire		autre		Total	
	effectif	%	effectif	%	effectif	%	effectif	%	effectif	%	effectif	%
2	0	0	5	17,85	2	7,14	1	3,57	3	10,71	11	39,28
3 – 5	1	3,57	2	7,14	0	0	1	3,57	12	42,85	16	57,14
> 5	0	0	0	0	0	0	0	0	1	3,57	1	3,57
Total	1		7		2		2		16		28	100

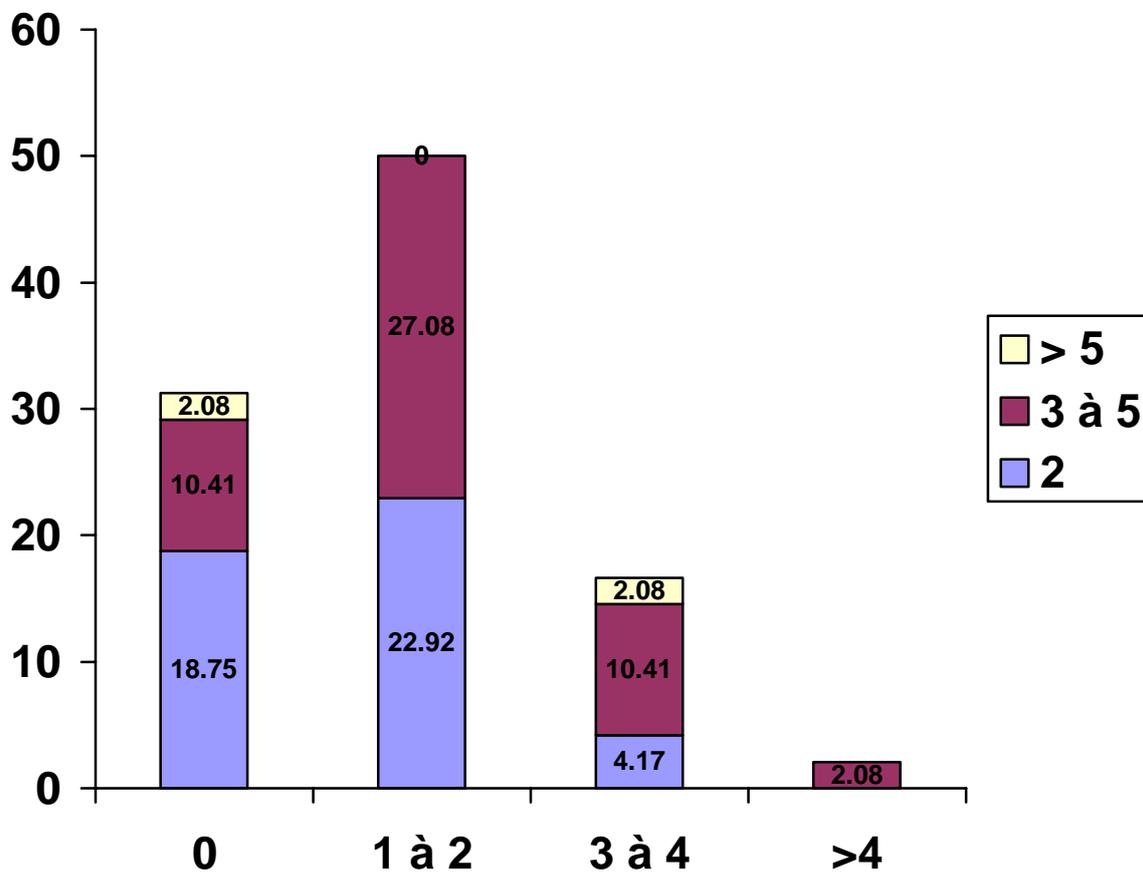
Désir d’enfant, n’a pas le choix, relation sexuelle conjugale étaient les raisons de refus de port de condom les plus évoquées par la majorité des vendeurs ambulants ayant séjourné trois à cinq fois à Bamako avec **42,85%**.

Tableau LI: Relation entre le nombre de partenaires sexuels différents contracté au cours des six derniers mois et la fréquence de séjour en zone urbaine chez les aides domestiques.

nombre de partenaire nombre de séjours à Bamako	n'a pas eu de partenaire sexuel		1 – 2 partenaires		3 – 4 partenaires		Total	
	effectif	%	effectif	%	effectif	%	effectif	%
2	33	29,73	22	19,81	1	9,01	56	50,45
3 – 5	24	21,62	21	18,92	2	1,80	47	42,34
> 5	3	2,70	5	4,50	0	0	8	7,20
Total	60		48		3		111	100

La majorité des aides domestiques qui n'avaient pas eu de partenaires sexuels différents au cours des six derniers mois passés en ville étaient ceux qui avaient fait seulement deux séjours à Bamako avec **29,73%**.

Figure IX: Relation entre le nombre de partenaires sexuels différents contracter au cours des six derniers mois et la fréquence de séjour en urbaine chez les vendeurs ambulants .



La majorité des vendeurs ambulants qui avait eu une à deux partenaires sexuels différents au cours des six derniers mois passés en ville étaient ceux qui avaient fait trois à cinq séjours à Bamako avec **27,08%**.



V. Commentaires et discussions :

1. Sur la méthodologie :

Les objectifs de cette étude étaient de mesurer l'influence de l'exode rural sur les connaissances en matière de protection contre les IST/VIH chez les aides domestiques et vendeurs ambulants dans le district de Bamako. Un échantillon représentatif des aides domestiques et vendeurs ambulants a été tiré au hasard sur la base de stratification des ensembles. Les données ont été saisies sur le logiciel Microsoft Word et analysées par Epi – info version 6.

L'échantillonnage a été fait de la façon suivante sur la base de stratification des ensembles comme suit:

Dans un premier temps, nous avons tiré au hasard au sein des communes du District de Bamako une commune sur deux. Ainsi, nous sommes tombés sur les communes un (I), trois (III) et cinq (V). Dans un second temps nous avons tiré au hasard un quartier sur trois au sein de chacune des trois communes tirées soit au total quatorze quartiers. C'est ainsi que nous avons réparti les aides domestiques et vendeurs ambulants en deux strates : strate aides domestiques qui compte cent onze (111) individus et strate vendeurs ambulants faisant quarante et huit (48) individus.

Le choix des aides domestiques et vendeurs ambulants est dû au fait qu'ils sont les principaux composants de l'exode rural.

Les difficultés sur le terrain étaient dues surtout à l'idée que les aides domestiques et vendeurs ambulants se font sur la question de la sexualité qui demeure un sujet tabou dans nos sociétés africaines. Il y a aussi leur manque de disponibilité lié à leur statut de subalterne et à leur profession.

2. Profil des sujets enquêtés :

Sur les cent cinquante neuf sujets enquêtés dans notre étude cent onze étaient des aides domestiques et quarante et huit vendeurs ambulants. Sur les cent onze aides domestiques et quarante et huit vendeurs ambulants la tranche d'âge la plus représentée se situait dans la fourchette de dix huit à vingt un ans. En

terme de pourcentage nous avons obtenu **73%** des aides domestiques contre **45,8%** des vendeurs ambulants.

Les **84,1%** des aides domestiques étaient non scolarisés contre **60,4%** des vendeurs ambulants.

Les **54,1%** des aides domestiques étaient célibataires contre **52,2%** des vendeurs ambulants.

La fréquence moyenne de séjour était de **2,99** mois avec un écart type de 1,33. Les **50,5%** des aides domestiques avaient fait au maximum deux séjours comparativement aux **50%** des vendeurs ambulants ayant fait trois à cinq séjours.

Les vendeurs ambulants étaient moins représentés dans notre étude à cause de leur manque de disponibilité liée probablement à leur profession.

3. Connaissance en matière de Sida :

L'ensemble des aides domestiques et vendeurs ambulants consultés avaient entendu parler de Sida . Les **86,5%** des aides domestiques pensaient qu'il existait un moyen d'éviter le VIH/Sida contre **89,6%** des vendeurs ambulants. Ces résultats sont relativement supérieurs à ceux d' EDSMIII qui avait trouvé dans leur étude réalisée dans la population générale du Mali qui révèle que **98%** des hommes ont entendu parler de Sida contre **90%** des femmes dont 46% qui appartiennent au milieu rural pensaient qu'il existait un moyen d'évitement du VIH/Sida.

Les moyens d'évitement du VIH/Sida les plus évoqués étaient l'abstinence pour les aides domestiques avec **56,3%** et le port de condom pour les vendeurs ambulants avec **48,8%**.

A propos des moyens de prévention du VIH/Sida, l'abstinence, le port de condom et la fidélité étaient les moyens de protection les plus évoqués avec respectivement **48,3%**, **50%**, **50,57%** par la majorité des aides domestiques ayant séjourné seulement **deux (2) fois** à Bamako.

A l'inverse l'abstinence, le port de condom et la fidélité étaient les moyens de protection les plus évoqués chez les vendeurs ambulants ayant séjourné **trois à cinq fois** en zone urbaine avec respectivement **50%, 47 ; 36, 68 %**, et **62%**. En plus neuf (9) aides domestiques soit 9,4% contre quatre (4) vendeurs ambulants soit 9,3% ont cité outre la fidélité l'évitement du partage de matériels souillés comme moyens de protection contre les IST/VIH/Sida.

Ces résultats ne nous permettent pas d'affirmer exclusivement que le nombre de séjours en zone urbaine a une grande influence sur la connaissance des moyens de prévention contre les IST/VIH/Sida. Par ailleurs, la majorité des aides domestiques et des vendeurs ambulants ont eu connaissance des principaux moyens de protections contre les IST/VIH – Sida que sont l'abstinence, l'utilisation de condom, la fidélité et l'évitement du partage de matériels souillés pendant leur séjour en zone urbaine.

Transmission verticale :

Selon nos résultats, **60%** des vendeurs ambulants ayant fait **trois à cinq** séjours à Bamako ont évoqué le plus la transmission de la mère à l'enfant contre **53,12%** des aides domestiques ayant fait seulement **deux séjours** à Bamako. Par ailleurs, la transmission de la mère à l'enfant avait été évoquée majoritairement par les aides domestiques et vendeurs ambulants ayant fait **plus de huit mois de séjours** à Bamako avec respectivement **48,43%** et **45%**. Par contre, la majorité des aides domestiques et vendeurs ambulants pensaient que le Sida se transmet de la mère à l'enfant avec respectivement **57,7%** contre **41,7%**.

A la vue de ces résultats, on ne peut affirmer de façon formelle que la fréquence de séjour à Bamako a une influence significative sur la connaissance de la transmission verticale chez les aides domestiques et les vendeurs ambulants. Cependant, le séjour en milieu urbain des aides domestiques et vendeurs ambulants a une influence non négligeable sur leur connaissance de la transmission verticale.

I. E. C (information, éducation et communication) :

Selon notre étude, **58,6%** des aides domestiques contre **50%** des vendeurs ambulants ont cité la télé comme source d'information. Les **20,7%** des aides domestiques connaissaient un endroit où on peut faire le test de dépistage du Sida contre **52,1%** des vendeurs ambulants. L'hôpital a été l'endroit le plus sollicité pour faire le test de dépistage du VIH/Sida par la majorité des aides domestiques et vendeurs ambulants avec respectivement 96,4% et 97,9%. Ce sont les aides domestiques et vendeurs ambulants ayant fait **trois à cinq séjours** à Bamako qui connaissaient le mieux un endroit où effectuer un test de dépistage du VIH/Sida avec respectivement **52,17%** et **72%**. Sur la base de ces réponses on pourrait dire que le nombre de séjours à Bamako a eu une influence sur la sensibilité des aides domestiques aux sources d'information de référence et sur le contenu de ces informations en matière de protection contre les IST/VIH/Sida.

4. Attitudes et pratiques comportementales :

Par rapport au consentement d'intégration au cercle familial d'un séropositif :

Selon notre étude, une grande proportion d'aides domestiques et de vendeurs ambulants consentent d'héberger un parent séropositif dans leur foyer. Encore une fois, cela concernait les gens ayant fait **trois à cinq séjours** en zone urbaine avec respectivement **46,36%** et **52,5%**. Le lien parental a été évoqué comme motif d'hébergement par la majorité des aides domestiques et vendeurs ambulants. Cependant, on note une certaine réticence à un mode de vie commun. Par contre, vingt et sept (27) aides domestiques et dix huit (18) vendeurs ambulants soit respectivement 40,9% et 45% ont évoqué comme motif de consentement d'hébergement la non transmission du VIH par le manger. En cela, ils adoptent majoritairement des attitudes et comportements souhaitables par rapport à ce sujet. Cependant, on note une difficulté d'intégration optimale au sein du cercle familial. Une bonne politique d'information ciblée (employeur et aidants sociaux) pourrait juguler ces attitudes de méfiance et ces préjugés.

-Sur la décision d'effectuer le test de dépistage du VIH/Sida

Selon notre étude, les **66,66%** des vendeurs ambulants et les **45%** des aides domestiques ayant séjourné **trois à cinq séjours** à Bamako avaient effectué en majorité le test de dépistage du VIH/Sida. Aussi, **45%** des aides domestiques ayant séjourné seulement **deux fois** à Bamako l'ont effectué. Mais **79,30%** des aides domestiques contre **47,9%** vendeurs ambulants déclarent ne pas connaître un endroit où effectuer le dépistage. Ce fait peut s'expliquer par la non accès à la bonne information.

-Sur l'acceptabilité du test de dépistage du VIH/Sida :

Toujours sur la base de notre étude, les aides domestiques et vendeurs ambulants ayant séjourné **deux fois** à Bamako avaient la volonté manifeste d'effectuer le test de dépistage du VIH/Sida avec respectivement **48,71%** et **50%**. Ils étaient **48,71%** les aides domestiques ayant fait **trois à cinq séjours** à Bamako. Avoir connaissance de sa sérologie était le motif de disponibilité pour effectuer le test de dépistage du VIH/Sida évoqué par les **81,6%** aides domestiques et **72,2%** vendeurs ambulants. Les **50,87%** aides domestiques et **55%** des vendeurs ambulants ayant séjourné seulement **deux fois à Bamako** n'étaient pas disposés à effectuer le test de dépistage du VIH/Sida. Ignorer sa sérologie était la raison de leur non disponibilité pour les vendeurs ambulants qui n'ont fait que deux séjours à Bamako, auquel s'ajoute la crainte d'être contaminé par l'acte le test.

De par ces résultats, on pourrait dire que le nombre de séjours à Bamako aurait une influence sur la décision des deux composantes de l'échantillon de vouloir effectuer le test de dépistage du VIH/Sida. Les raisons de refus sont imputables en grande partie à la méconnaissance du processus du test, à la non sensibilisation de ces jeunes gens(employeur ou famille d'accueil). La description du processus de test pourrait améliorer l'acceptabilité et la démystification de celui-ci.

Sur l'utilisation du préservatif lors des rapports sexuels :

Selon notre étude **75%** des aides domestiques et **46,66 %** des vendeurs ambulants avaient utilisé un condom lors de leurs derniers rapports sexuels et avaient fait seulement **deux séjours** à Bamako. Vouloir éviter les IST/Sida était le motif évoqué par **56.3%** les aides domestiques et **60.0%** des vendeurs ambulants . N'ont pas utilisé de condom lors de leur dernier rapport sexuel **46,66%** des aides domestiques et **57,14 %** des vendeurs ambulants ayant fait **trois à cinq séjours** à Bamako. Motifs de refus évoqués sont ne pas aimer le condom et la préservation de ces rapports par le lien conjugal par **19.7%** des aides domestiques et **28,57%** des vendeurs ambulants. Douze aides domestiques contre sept vendeurs ambulants ne savaient pas son utilité, huit aides domestiques et un vendeur ambulant disaient ne pas savoir l'utiliser.

-Sur le fait d'avoir des partenaires sexuels différents :

La majorité des aides domestiques ayant séjourné seulement **deux fois** à Bamako soit **29,73%** n'avait pas eu de partenaires sexuels différents au cours des six derniers mois passés en ville.. Par contre la majorité des vendeurs ambulants ayant séjourné **trois à cinq fois** à Bamako soit **27,08%** avait eu un à deux partenaires sexuels différents. Ainsi, ces résultats nous laissent croire que le nombre de séjours effectué à Bamako aurait peu d'influence sur le nombre de partenaires sexuels différents contractés pendant les six derniers mois passés en ville.



VI. Conclusion et recommandations

1/Conclusion :

Cette étude des connaissances, attitudes et pratiques comportementales liées au VIH - Sida chez les aidants sociaux conduite dans trois communes du District de Bamako tirées au sort nous a permis de mesurer le capital expérientiel de l'exode rural dans la prévention des IST et VIH – Sida chez les aides domestiques et vendeurs ambulants. A la suite des entretiens et à partir de l'analyse des informations recueillies, nous avons pu dégager les réponses suivantes.

a- Connaissances :

- Sur le fait d'avoir entendu parler du VIH/Sida :

L'ensemble des aides domestiques et vendeurs ambulants consultés avaient entendu parler de Sida . Les **86,5%** des aides domestiques pensaient qu'il existait un moyen pour éviter le VIH/Sida contre **89,6%** des vendeurs ambulants. Ce qui dénote la grande influence de l'exode rural sur la connaissance du VIH/Sida.

A propos des moyens de prévention contre les IST/VIH - Sida, l'influence de l'exode rural est mieux perceptible chez vendeurs ambulants: l'abstinence, le port de condom et la fidélité étaient les moyens de protection les plus évoqués chez les vendeurs ambulants ayant séjourné **trois à cinq fois** en zone urbaine avec respectivement **50%, 47 ; 36, 68 %, et 62%**. En plus, neufs (9) aides domestiques soit 9,4% contre quatre (4) vendeurs ambulants soit 9,3% ont cité outre la fidélité, l'évitement du partage de matériels souillés comme moyens de protection contre les IST/VIH/Sida. Par ailleurs, la majorité des aides domestiques et vendeurs ambulants ont eu connaissances des principaux moyens de protection contre les IST/VIH – Sida que sont l'abstinence, l'utilisation de condom, la fidélité et l'évitement du partage de matériels souillés pendant leur séjour en zone urbaine. A la vue de ces résultats, on ne peut affirmer de façon formelle que la fréquence de séjour à Bamako a une influence significative sur

la connaissance de la transmission verticale chez les aides domestiques et les vendeurs ambulants. Cependant le séjour en milieu urbain des aides domestiques et vendeurs ambulants a une influence non négligeable sur leur connaissance de la transmission verticale.

b- Dans le cadre des campagnes d'I.E.C (information éducation et de communication) en matière de protection contre les IST/VIH-Sida :

-Sur la connaissance d'un endroit où effectuer un test de dépistage du VIH/Sida, l'influence de l'exode rural est mieux perceptible chez les aides domestiques et vendeurs ambulants ayant faits **trois à cinq séjours** à Bamako. Ils connaissent le mieux un endroit où effectuer un test de dépistage du VIH/Sida avec respectivement **52,17%** et **72%**. Selon l'étude, les **58,6%** des aides domestiques contre **50%** des vendeurs ambulants ont cité la télé comme source d'information. L'hôpital était évoqué comme l'endroit le plus sollicité pour faire le test de dépistage du VIH/Sida par la majorité des aides domestiques et vendeurs ambulants soit respectivement 96,4% et 97,9%.

Sur la base de ces réponses on pourrait dire que le nombre de séjours à Bamako a eu une influence sur la sensibilité des aides domestiques et vendeurs ambulants aux sources d'information de référence et sur le contenu de ces informations en matière de protection contre les IST/VIH/Sida.

c- Attitudes et pratiques comportementales:

Par rapport au consentement d'intégration au cercle familial d'un séropositif :

Les aides domestiques et vendeurs ambulants adoptent majoritairement des attitudes et comportements souhaitables en rapport avec leur consentement d'héberger un séropositif à cause de très forts liens sociaux qui les unissent.

Cependant, on note une difficulté d'intégration optimale au sein du cercle familial. Une bonne politique d'information ciblée (employeur et aidants sociaux) pourrait juguler ces attitudes de méfiance et ces préjugés.

-Sur la décision d'effectuer un test de dépistage du VIH/Sida :

Selon notre étude, les **66,66%** des vendeurs ambulants et les **45%** des aides domestiques ayant séjourné **trois à cinq fois** à Bamako avaient effectué le plus le test de dépistage du VIH/Sida. Mais **79,30%** des aides domestiques contre **47,9%** vendeurs ambulants déclarent ne pas connaître un endroit ou effectuer le dépistage. Ce fait peut s'expliquer par la non accès à la bonne information.

-Sur la l'acceptabilité du test de dépistage du VIH/Sida :

Les aides domestiques et vendeurs ambulants ayant séjourné **deux fois** à Bamako avaient le plus la volonté manifeste d'effectuer le test de dépistage du VIH/Sida avec respectivement **48,71%** et **50%**. Les raisons de refus sont imputables en grande partie à la méconnaissance du processus du test, à la non sensibilisation de ces jeunes gens(employeur ou famille d'accueil). La description du processus de test pourrait améliorer l'acceptabilité et la démystification de celui-ci.

-Sur l'utilisation du préservatif lors des relations sexuelles,

Sur l'utilisation du préservatif lors des rapports sexuels :

Selon notre étude **75%** des aides domestiques et **46,66 %** des vendeurs ambulants avaient utilisé un condom lors de leurs derniers rapports sexuels et avaient fait seulement **deux séjours** à Bamako. Les motifs du refus n'étaient pas du seulement au manque de volonté de leur part. Par contre, ils étaient dus aussi aux rapports sexuels entre conjoint, à la méconnaissance de l'utilité et du mode d'emploi.

-Sur le fait d'avoir des partenaires sexuels différents :

Le nombre de séjours effectué à Bamako aurait peu d'influence sur le nombre de partenaires sexuels différents contractés pendant les six derniers mois passés en ville. En effet la majorité des aides domestiques qui n'avait pas eu de partenaires sexuels différents au cours des six derniers mois passés en ville étaient ceux qui avaient fait seulement **deux séjours** à Bamako soit **29,73%**.

Au décours de nos résultats on pourrait dire d'une façon générale que le nombre de séjours effectué Bamako aurait une influence non négligeable sur les attitudes

Exode rural comme expérience dans le contrôle des IST/VIH/Sida

et pratiques comportementales des aides domestiques et vendeurs ambulants en matière de protection contre les IST/VIH/Sida.

2/Recommandations :

a/A l'état :

- Créer des centres d'alphabétisation d'écoute et d'animation pédagogique en matière de prévention contre les IST/VIH - Sida dans les communes du district et les centres urbains du mali.
- Former les agents socio-sanitaires dans les outils d'information et de communication en matière de prévention contre les IST/VIH - Sida à l'adresse de ces populations rurales.
- Promouvoir une collaboration étroite et d'échange des études entre les différents intervenants dans la lutte contre le VIH/Sida.

b/Aux personnels socio sanitaires :

- Adopter une stratégie de proximité d'information, d'éducation et de communication en matière de prévention contre les IST/VIH-Sida en visant particulièrement ces populations rurales.
- Diversifier les outils de communication(leur nature et leur contenu) en ciblant ces populations rurales aux niveaux d'instruction très bas.
- Améliorer l'accessibilité aux soins dans les structures sanitaires à ces populations rurales vivant à Bamako.

c/Aux populations rurales aides domestiques et vendeurs ambulants :

- Participer avec grand intérêt aux campagnes d'I.E.C en matière de protection contre le VIH/Sida.
- Fréquentation effective des centres d'écoute et de communication en matière de protection contre les IST/VIH.

VII. Références bibliographiques :

- 1- ONUSIDA. Le point sur l'épidémie du Sida. Genève (suisse) 2005 : 5-15.
- 2- ONUSIDA. Une riposte commune au VIH/Sida.
- 3- Policy Project/USAID. Le VIH/Sida au Mali : Evolution et impacts sur le développement.
- 4- ONUSIDA. Sida et infection par le VUH : information à l'usage des fonctionnaires des nations unis et de leur famille. Genève (suisse) 2002 : 23
- 5- OMS-VIH/Sida. Situation mondiale, de point en point. 1991 : 50-51.
- 6- Jil-Patrice Cassuto, Alain pesce et Jean-François Quaranta : le Sida le point des connaissances actuelles. Presse universitaire de France.
- 7- Ministère de la santé du Mali. Janvier 2001-2005. Bamako, Graphic industrie, 55 pages.
- 8- François Aubert/Philippe Guittard : l'essentiel Medical de poche, deuxième édition.
- 9- C.D.C ; P.N.L.S ; G.P. Une gare peut en cacher une autre. Bamako (Mali) 2001 : 60
- 10- Acquired immunodeficiency syndrome in back Aricans
Lancet 1983; ii: 642.
- 11- Sida
In: WWW.Yahoo encyclopedie.fr/Sida
- 12- Barré-Sanoussi F
HIV as the cause of AIDS
Lancet 1996; 348: 31-5
- 13- Anne La porte, Florence Lot
Epidémiologie: situations actuelles et tendances
In : P-M. Girard, Ch. Katlama, G. Pialoux. VIH édition 2001.
- 14- M. Rosenheim et A. Itoua NGaporo
Sida et infection à VIH ; Aspects en zone tropicale
Paris : Med. Tropicale, ed Ellipses, Aupelf.

- 15- BRCTU - Bilan des accidents corporels dans la ville de Bamako. 2003 : 23-24.
- 16- P.N.L.S – Plan d’action IMAARV. Bamako (Mali) : 5-7.
- 17- ONU-Sida. Rapport sur l’épidémie mondiale de VIH/Sida-2002. Genève : ONU-Sida, 2002.
- 18- Pison G. Le Sida va-t-il entraîner un recul de la population de l’Afrique au sud du Sahara. *Population et Sociétés* 2002 ; 385 : 1-4.
- 19- Drouhin N, Touzé B, Ventelou B. AIDS and economic growth in Africa : a critical assessment of the “base-case scenario” approach. In: Coriat B, Moatti JP, Souteyrand Y, Barnett T, Dumoulin J, Flori YA, eds. *Economics of AIDS and access to HIV/AIDS care in developing countries. Issues and challenges.* Paris : ANRS, collection Sciences sociales et Sida, 2003 (sous presse).
- 20- Whiteside A. HIV/AIDS, health and education. In: Forsythe S, ed. *State of the Art, AIDS and Economics.* IAEN, 2002: 24-9.
- 21 – Freire S. HIV/AIDS affected household: statut and temporal impacts. In: coriat B, Moatti JP, Souteyrand Y, Dumoulin J, Flori YA, eds. *Economics of AIDS and access to HIV/AIDS care in developing countries. Issues and challenges.* Paris: ANRS, collection Sciences sociales et Sida, 2003.
- 22- organisation des Nations Unies pour l’Afrique et le développement. *Impact du VIH/Sida sur les systèmes d’exploitation agricole en Afrique de l’ouest.* Rome : FAO, 1997.
- 23- Dixon S, McDonald S Roberts J. The impact of HIV/AIDS on Africa’s economic development. *Br Med J* 2002; 324: 232-4.
- 24-FAO/UNAIDS *Sustainable Agriculture/Rural development and vulnerability to the AIDS epidemic.* FAO and UNAIDS joint publication, UNAIDS Best practice Collection, 1999.
- 25- Haacker M. *the economic consequences of HIV/AIDS in Southern Africa.* Washington; IMF Working Paper, International Monetary Fund, 2002/ 40 p.

26-Barnett T, Whiteside A. AIDS in the 21st century : disease and globalization. London: Palgrave-MacMillan,2002.

27- Barnett T. The challenge of HIV/AIDS for Food Security and nutrition. Paper presented at the 14th International Conference on AIDS. Barcelona, 2002.

28- Barnett T. HIV/AIDS, Human development and the Coming Epidemic in the Balkans, Baltic, Russian Federation and the CIS. In : Coriat B, Moatti JP, Souterand Y, Barnett T, Dumoulin J, Flori YA, eds.

Economic of AIDS and Access to HIV/AIDS care in developing countries. Issues and challenges. Paris: ANRS , collection Sciences sociales et Sida, 2003 (sous presse).

29-National Intelligence Council. The next wave of HIV/AIDS : Nigeria, Ethiopia, Russia, India and China. Washington: National Intelligence Council, CIA, 2002 (< http://www.cia.gov/nic/pubs/other_products/>).

30-VIH, Pierre-Marie Girard, christine Katlama et Gilles Pialoux ; édition doin 2004.

31-Coffin JM. Structure and classification of retroviruses. In: Levy JA, ed. The Retroviridae. Vol. 1. New York: plenum, 1992: 19-50.

32-Gallo RC. The first human retrovirus. Scientific American 1986;88-98.

33-Barré-Sinoussi F.HIV as the cause o AIDS. Lancet 1996 ; 348 : 31-5.

34-Hahn BH, Shaw GM, De Cock KM, Sharp PM. AIDS as a zoonosis: scientific and public health implications Science 2000; 287: 607-14.

35-Peterlin BM. Molecular biology of HIV. In: Levy JA, ed. The retroviridae. Vol. 4. New York: Plenum Press, 1995: 185-238.

36-Myers G, MacInnes K, Korber B. The emergence of simian/human immunodeficiency viruses. AIDS Res Hum Retrovir 1992; 8: 373-85.

37-Sharp PM, Robertson DL, Co F, Hahn BH. Origins and diversity of human immunodeficiency viruses. AIDS 1994; 8: S27-42.

38-Simon F, Mauclore P, Roques P, et al. Identification of a new human immunodeficiency virus type 1 distinct from group M and group O. *Nature Med* 1998; 4: 1032-7.

39-Peeters M. Recombinants HIV sequences: their role in the global epidemic. *HIV sequence Compendium 2000*; 54-72; <http://hiv-web.lanl.gov>

40-Rothe M, Israël N, Barré-sinoussi F. Mécanismes de la réplication virale des VIH. *Med Ther* 1996 ; 2 : 12-8.

41- Weiss RA. Cellular receptors and viral glycoproteins involved in retrovirus entry. In :Levy JA, ed. *The Retroviridae*. Vol. 2. New York: Plenum Press, 1993: 1-108.

42- Berger EA, Murphy PM, Farber JM. Chemokines receptors as HIV-1 coreceptors: roles in viral entry, tropism and disease. *Ann Rev Immunol* 1999; 17: 657-700.

43- Arenzana-Seisdedos F, Virelizier JL, Rousset D et al. HIV blocked by chemokine antagonist. *Nature* 1996; 383-400.

44-Pantaleo G, Graziosi C, Fauci AS. Mechanisms of disease: the immunopathogenesis of human immunodeficiency virus infection. *N Engl J Med* 1993; 328: 327- 36.

45-Levy JA. Acute HIV infection and cells susceptible to HIV infection. In: Levy JA, ed. *HIV and the pathogenesis of AIDS*. 2nd ed. Washington DC: ASM Press, 1998: 75-96.

46-Laurent Fonquernie, Pierre-Marie Girard

Classifications, définitions, et facteurs prévisionnels d'évolution de l'infection VIH-1 chez l'adulte

In: P.-M. Girard, Ch. Katlama, G. Pialoux. *VIH* édition 2004: 53-56.

47- Olivier Bouchaud, Arnaud Fontanet, Théodore Niyongabo

Caractéristiques épidémiologiques et cliniques de l'infection VIH en région tropicale

In: P.-M. Girard, Ch. Katlama, G. Pialoux. *VIH* édition 2004: 487

Exode rural comme expérience dans le contrôle des IST/VIH/Sida

48- Christine Katlama, Gilles Pialoux

Suivi et prise en charge des patients

In: P.-M. Girard, Ch. Katlama, G. Pialoux. VIH edition 2004: 333-334

49- Florence Lot

Epidémiologie : situation actuelle et tendances

In: P.-M. Girard, Ch. Katlama, G. Pialoux. VIH edition 2004: 46, 50.

50- Thérapie Antirétrovirale contre l'infection par le VIH. PDF:

In: WWW. Who. Int

Annexes :

Questionnaire d'entretien

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 de pharmacie et d'odontostomatologie (FMPOS). Il ne pourra en aucune cas vous porter préjudice.

Nous vous remercions pour votre entière collaboration !

1. Date : __/__/2006 **2. N° fiche :** /____/

3. Langue d'entretien : /___/ 1=Bambara 2=Français

4. Site de l'entretien : /____/ 1=comI 2=comIII 3=comV

5. Consentement : 1=accepter 2=refuser / 3=retrait de l'étude

I/ Les caractéristiques socio – démographiques :

6. Catégorie de répondant : /___/ 1=Aides domestique 2=Vendeurs ambulants

7. Age : /____/ ; **8. Sexe :** /____/ 1=masculin ; 2=féminin

9. Régime matrimonial : 1=célibataire 2=marié-e 3=divorcé-e 4=veuf (e)

10. Niveau d'instruction : 1=non – Scolarisé 2=Primaire 3=Secondaire 4=Supérieur

11. Résidence : /_____/ **12. Durée de séjour :** /_____/

13. Fréquence de séjour en zone urbaine : 1= 1^{er} 2= 2^{ème} 3= 3^{ème} etc.

14. Villes habitées : /_____/_____/

15. Lieu d'origine : /_____/

II/Connaissances :

Au cours de votre séjour à Bamako :

16/Avez-vous entendu parler d'une maladie appelée Sida ? /___/ 1=oui ; 2=non

17/ Peut-on l'éviter ? /___/ 1=oui ; 2=non ; 3=NSP

18/ Si oui, comment faire pour l'éviter (ou s'en protéger) ? (Cochez une seule case en choisissant celle qui correspond au canal d'information la plus pertinente pour vous /___/

1. S'abstenir complètement de rapport sexuel
2. Utiliser des condoms chaque fois qu'on a des rapports sexuels
3. Limiter rapport sexuel avec un partenaire/rester fidèle à un seul partenaire
4. Eviter de partager rasoirs/lames
5. Eviter de partager nourriture avec quelqu'un atteint de Sida
6. Chercher protection des guérisseurs traditionnels
7. Autre : (à préciser) :.....

19/ Peut-on contracter le virus du Sida par piqûre de moustiques ? /___/

1=oui ; 2=non ; 3=NSP

20/ Peut-on contracter le virus du Sida en partageant la nourriture avec quelqu'un atteint de Sida ? /___/ 1=oui ; 2=non ; 3=NSP

21/ Est-ce qu'on peut se protéger du virus du Sida en s'abstenant complètement de rapport sexuels ? /___/ 1=oui ; 2=non ; 3=NSP

22/ Peut-on se protéger du virus du Sida en utilisant un condom à chaque rapport sexuel? /___/ 1=oui ; 2=non ; 3=NSP

23/ Est-ce qu'on peut se protéger du virus du Sida en limitant les rapport sexuels avec un seul partenaire ou rester fidèle à un seul partenaire ? /___/ 1=oui ; 2=non ; 3=NSP

24/ Pensez-vous que le virus qui cause le Sida peut être transmis de la mère à l'enfant ? /___/ 1=oui ; 2=non ; 3=NSP

25/ Avez-vous personnellement connu quelqu'un qui a le virus du Sida ou qui serait décédé du Sida ? /___/ 1=oui ; 2=non

26/ Est-ce qu'une personne apparemment en bonne santé peut être porteur du virus du sida ? /___/ 1=ooui ; 2=non ; 3=NSP

III/ I.E.C (information, éducation et communication)

27/ Si vous avez entendu parler de Sida, ou en avez-vous entendu parler ?
(Cochez une seule case en choisissant celle qui correspond au canal d'information la plus pertinente pour vous) /___/

1=Radio ; 2=Télé ; 3=Journaux ; 4=Affiches ; 5=L'école ; 6=Ami/Parents ;
7=Autres : (à préciser).....

28/Connaissez-vous un endroit (service) ou vous pourriez faire un test de dépistage du VIH ? /___/ 1=ooui ; 2=non

29/ Ou pouvez vous aller pour ce test de dépistage ? (cochez une seule case en choisissant celle correspond au canal d'information la plus pertinente pour vous) /___/

1=Hôpital, 2=Clinique, 3=Pharmacie, 4=Guérisseur,
5=Autre (à préciser).....

30/ En sachant qu'une personne ou un parent est séropositif, l'accepteriez dans votre foyer ? /___/ 1=ooui ; 2=non ; 3=NSP

31/ Si oui, pourquoi et comment ? /___/

1. Allez manger avec lui, parce que non transmissible par le manger
2. Dormir dan la même pièce, parce que c'est sans danger
3. Laisser vos enfants avec lui est sans risque
4. Autre (à préciser).....

32/ Si non, pourquoi? /___/

1. on peut l'attraper en mangeant avec lui
2. On peut la contracter en dormant dans la même pièce
3. Sa présence est dangereuse pour les enfants
4. Simplemment n'a pas envie
5. Autre :.....

33/ Pensez-vous qu'une personne séropositive doit garder son statut secret ?

/___/ 1=oui ; 2=non ; 3=NSP

34/ Avez-vous effectué un test de dépistage du VIH ? /___/

1=oui ; 2=non

35/ Si oui, qui vous la conseille ? /___/

1=parent/Fiancé ; 2=Employeur ;
3=Ami ; 4=Agent de santé ;
5=Autre(à préciser).....

36/ Si non, êtes-vous disposé à le faire ? /___/

1=oui ; 2=non ; 3=NSP

37/ Si oui, pourquoi ? /___/

1. Veut connaître son statut sérologique
2. pour pouvoir se traiter précocement
3. pour éviter de transmettre la maladie à autrui si je suis séropositif
4. pour se rassurer
5. Autre (à préciser).....

38/ Si non, pourquoi ? /___/

1. Par crainte de connaître son statut séropositif
2. Par crainte d'être infecté par le test (acte)
3. N'a pas envie
4. Autre (à préciser).....

Pendant vos visites périodiques en milieu rural

39/Avez-vous parlé des moyens d'éviter de contracter le virus du Sida à un parent ou une personne proche ? /___/ 1=oui ; 2=non

40/ Avez-vous conseillé une personne proche atteint d'IST/VIH-Sida ou non vers un centre de soins ou de dépistage ? /___/ 1=oui ; 2=non

41/ Pour les séances d'excision ou de circoncision de vos enfants au village avez-vous exigé du matériel stérilisé (si vous en avez déjà fait) ? /___/

1=oui 2=non

V/Pratiques comportementales :

42/ A quel âge avez-vous eu votre premier rapport sexuel (si vous en avez déjà eu) ? : / ____ / Nombre années

43/ Au cours de votre séjour à Bamako, avez-vous eu des rapports sexuels ?
/ ____ /

1=oui ; 2=non

44/ La dernière fois que vous avez eu un condom a-t-il été utilisé ? / ____ /

1=oui ; 2=non

45/ si oui, pourquoi vous avez utilisé un condom a cette occasion ? (Cochez une seule case en choisissant celle correspond au canal d'information la plus pertinente pour vous) / ____ /

1. Veut éviter IST/Sida
2. Veut éviter grossesse
3. Veut éviter à la fois IST/Sida et grossesse
4. Pas confiance dans le partenaire
5. Autre (à préciser) :.....

46/ Si non, pourquoi ? Cochez une seule case en choisissant celle correspond au canal d'information la plus pertinente pour vous) / ____ /

1. Ne savait pas l'utiliser
2. Ne savait pas son utilité
3. Ne l'aimait pas
4. Refus du partenaire
5. Autre : (à préciser) :.....

47/ Quelle est la relation avec la personne avec qui vous avez eu vos derniers rapports sexuels ? / ____ /

1=Petit ami 2=fiancé ; 3=prostituée ; 4=autre (à préciser).....

48/ En tout avec combien de partenaires différents avez-vous eu des relations sexuelles pendant les six derniers mois ? / ____ / (Nombre)

C'est la fin de l'entretien, je vous remercie de votre collaboration !

Fiche signalétique

Prénom : Mohamed Adama

Nom : Haidara

Titre : connaissances, attitudes et pratiques comportementales liées au VIH - Sida chez les aidants sociaux dans le district de Bamako : le capital expérientiel de l'exode rural dans la prévention des IST et VIH - Sida.

Année académique : 2006-2007

Nationalité : Malienne

Ville de Soutenance : Bamako

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la FMPOS

Secteur d'intérêt : Santé publique

Résumé

La prévention des IST/VIH - Sida est très complexe. En effet ces affections ont été toujours considérées comme émanant essentiellement de la volonté céleste qui chercherait à punir les hommes. Dans le souci d'un changement de comportement en matière de protection contre les IST et le VIH/Sida nous avons conduit cette étude. Elle avait pour objectif d'étudier l'influence de l'exode rural sur les connaissances, attitudes et pratiques comportementales liées au VIH/Sida chez les aides domestiques et vendeurs ambulants au sein du district de Bamako. Pour ce faire, nous avons conduit une étude descriptive et transversale qui s'est déroulée du mois d'avril au mois de décembre 2006.

Un échantillon représentatif des aides domestiques et vendeurs ambulants a été fait sur la base de stratification des ensembles.

Sur les cent cinquante neuf sujets enquêtés dans notre étude cent onze étaient des aides domestiques et quarante huit des vendeurs ambulants. La tranche d'âge la plus représentée se situait dans une fourchette de dix huit à vingt un ans. L'ensemble des aides domestiques et vendeurs ambulants consultés avaient entendu parlé de Sida. La majorité des aides domestiques et vendeurs ambulants ayant séjourné plusieurs fois à Bamako connaissaient le mieux les moyens de prévention contre les IST et le VIH/Sida.

Nos résultats montrent de façon générale que le nombre de séjours effectués à Bamako aurait une influence non négligeable sur les attitudes et pratiques comportementales des aides domestiques et vendeurs ambulants en matière de protection contre les IST/VIH - Sida. La prise en compte des résultats et recommandations de cette étude pourrait contribuer efficacement dans la lutte contre les IST et le VIH/Sida.

Mots clés : IST, VIH - Sida, exode rural, aidants sociaux, connaissances, attitudes, pratiques comportementales.

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.