

Ministère des Enseignements Supérieur et
de la recherche scientifique
Université de Bamako



Année Universitaire 2007- 2008

République du Mali
Un Peuple- Un But- Une Foi



Thèse N° :

TITRE



**CONNAISSANCES ET ATTITUDES DES
CLIENTS MASCULINS DES COIFFEURS DE LA
VILLE DE BAMAKO
FACE AU VIH/SIDA.**

*Thèse présentée et soutenue publiquement le...../... /2008 devant la faculté de Médecine, de
Pharmacie et d'OdontoStomatologie par*

Mr Moulaye Idrissa HAIDARA

Pour l'obtention de grade de Docteur en Médecine
(Diplôme d'Etat)

JURY

PRESIDENT :

Pr. Saharé FONGORO

MEMBRES :

**Dr Samba DIOP
Dr Dramane Sogoba**

DIRECTEUR DE THESE :

Pr. Sounkalo DAO

FACULTE DE MEDECINE, DE PHARMACIE ET D'ODONTO STOMATOLOGIE
ANNEE UNIVERSITAIRE 2007-2008

ADMINISTRATION

DOYEN : ANATOLE TOUNKARA – PROFESSEUR
1^{er} ASSESSEUR : **DRISSA DIALLO** – MAITRE DE CONFERENCES
2^{ème} ASSESSEUR : **SEKOU SIDIBE** – MAITRE DE CONFERENCES
SECRETAIRE PRINCIPAL: **YENIMEGUE ALBERT DEMBELE** – PROFESSEUR
AGENT COMPTABLE: M^{me} **COULIBALY FATOUMATA TALL**- CONTROLEUR DES FINANCES

LES PROFESSEURS HONORAIRES

M. Alou BA	: Ophtalmologie
M. Bocar SALL	: Orthopédie Traumatologie Secourisme
M. Souleymane SANGARE	: Pneumo-phtisiologie
M. Yaya FOFANA	: Hématologie
M. Mamadou L. TRAORE	: Chirurgie générale
M. Balla COULIBALY	: Pédiatrie
M. Mamadou DEMBELE	: Chirurgie Générale
M. Mamadou KOUMARE	: Pharmacognosie
M. Ali Nouhoum DIALLO	: Médecine Interne
M. Aly GUINDO	: Gastro-Entérologie
M. Mamadou M. KEITA	: Pédiatrie
M. Siné BAYO	: Anatomie-Pathologie-Histoembryologie
M. Sidi Yaya SIMAGA	: Santé Publique
M. Abdoulaye Ag Rhaly	: Médecine Interne
M. Boulkassoum HAIDARA	: Législation
M. Boubacar Sidiki CISSE	: Toxicologie
M. Massa SANOGO	: Chimie Analytique

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

D.E.R. CHIRURGIE ET SPECIALITES CHIRURGICALES

1. PROFESSEURS

M. Abdel Karim KOUMARE	: Chirurgie Générale
M. Sambou SOUMARE	: Chirurgie Générale
M. Abdou Alassane TOURE	: Orthopédie Traumatologie, Chef de D.E.R
M. Kalilou OUATTARA	: Urologie
M. Amadou DOLO	: Gynéco-obstétrique
M. Alhoussemi Ag MOHAMED	: O.R.L.
M ^{me} Sy Aida SOW	: Gynéco-obstétrique
Mr Salif DIAKITE	: Gynéco-obstétrique
Mr Abdoulaye DIALLO	: Anesthésie-Réanimation
M. Djibril SANGARE	: Chirurgie Générale
M. Abdel Kader TRAORE dit DIOP	: Chirurgie Générale

2. MAITRES DE CONFERENCES

M. Abdoulaye DIALLO	: Ophtalmologie
M. Gangaly DIALLO	: Chirurgie Viscérale
M. Mamadou TRAORE	: Gynéco-obstétrique

M. Filifing SISSOKO	: Chirurgie Générale
M. Sékou SIDIBE	: Orthopédie –Traumatologie
M. Abdoulaye DIALLO	: Anesthésie –Réanimation
M. Tiéman COULIBALY	: Orthopédie – Traumatologie
Mme TRAORE J. THOMAS	: Ophtalmologie
M. Mamadou L. DIOMBANA	: Stomatologie
Mme DIALLO Fatimata S. DIABATE	: Gynéco-Obstétrique
M. Nouhoum ONGOIBA	: Anatomie et Chirurgie Générale
M. Sadio YENA	: Chirurgie Thoracique
M. Youssouf COULIBALY	: Anesthésie-Reanimation

3. MAITRES ASSISTANTS

M. Issa DIARRA	: Gynéco-obstétrique
M. Samba Karim TIMBO	: Oto-Rhino-Laryngologie
Mme TOGOLA Fanta KONIPO	: Oto- Rhino- Laryngologie
M. Zimogo Zié SANOGO	: Chirurgie Générale
Mme Diénéba DOUMBIA	: Anesthésie –réanimation
M. Zanafon OUATTARA	: Urologie
M. Adama SANGARE	: Orthopédie –Traumatologie
M. Sanoussi BAMANI	: Ophtalmologie
M. Doulaye SACKO	: Ophtalmologie
M. Ibrahim ALWATA	: Orthopédie –Traumatologie
M. Lamine TRAORE	: Ophtalmologie
M. Mady MACALOU	: Orthopédie –Traumatologie
M. Aly TEMBELY	: Urologie
M. Niani MOUNKORO	: Gynéco- Obstétrique
M. Tiemoko D. COULIBALY	: Odontologie
M. Souleymane TOGORA	: Odontologie
M. Mohamed KEITA	: Oto- Rhino- Laryngologie
M. Bouraima MAIGA	:Gynéco- Obstétrique
M. Youssouf SOW	: Gynéco- Obstétrique
M. Djibo Mahamane DIANGO	: Anesthésie-Reanimation
M. Moustapha TOURE	: Gynécologie

D.E.R. DE SCIENCES FONDAMENTALES

1. PROFESSEURS

M. Daouda DIALLO	: Chimie Générale et Minérale
M. Amadou DIALLO	: Biologie
M. Moussa HARAMA	: Chimie Organique
M. Ogobara DOUMBO	: Parasitologie –Mycologie
M. Yénimégué Albert DEMBELE	: Chimie Organique
M. Anatole TOUNKARA	: Immunologie, Chef de D.E.R.
M. Bakary M. CISSE	: Biochimie
M. Abdourahamane S. MAIGA	: Parasitologie
M. Adama DIARRA	: Physiologie
M. Mamadou KONE	: Physiologie

2. MAITRES DE CONFERENCES

M. Amadou TOURE	: Histo- embryologie
-----------------	----------------------

M. Flabou BOUGOUDOGO	: Bactériologie- Virologie
M. Amagana DOLO	: Parasitologie
M. Mahamadou CISSE	: Biologie
M. Sékou F. M. TRAORE	: Entomologie médicale
M. Abdoulaye DABO	: Malacologie, Biologie Animale
M. Ibrahim I. MAIGA	: Bactériologie-Virologie

3. MAITRES ASSISTANTS

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

4. ASSISTANTS

M. Mangara M. BAGAYOKO	: Entomologie Moléculaire Médicale
M. Bokary Y. SACKO	: Biochimie
M. Mamadou BA	: Biologie, Parasitologie Entomologie Médicale
M. Moussa FANE	: Parasitologie Entomologie

D.E.R. DE MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES

1. PROFESSEURS

M. Mamadou K. TOURE	: Cardiologie
M. Mahamane MAIGA	: Néphrologie
M. Baba KOUMARE	: Psychiatrie, Chef de D.E.R.
M. Moussa TRAORE	: Neurologie
M. Issa TRAORE	: Radiologie
M. Hamar A. TRAORE	: Médecine Interne
M. Dapa Aly DIALLO	: Hématologie
M. Moussa Y. MAIGA	: Gastro-Entérologie Hépatologie
M. Somita KEITA	: Dermato-Leprologie
M. Toumani SIDIBE	: Pédiatrie
M. Boubakar DIALLO	: Cardiologie

2. MAITRES DE CONFERENCES

M. Bah KEITA	: Pneumo-Phtisiologie
M. Abdel Kader TRAORE	: Médecine Interne
M. Siaka SIDIBE	: Radiologie
M. Mamadou DEMBELE	: Médecine Interne
M. Mamady KANE	: Radiologie
M. Saharé FONGORO	: Néphrologie

M. Bakoroba COULIBALY	: Psychiatrie
M. Bou DIAKITE	: Psychiatrie
M. Bougouzié SANOGO	: Gastro-entérologie
Mme SIDIBE Assa TRAORE	: Endocrinologie
M. Adama D. KEITA	: Radiologie
M. Sounkalo DAO	: Maladies Infectieuses

3. MAITRES ASSISTANTS

Mme TRAORE Mariam SYLLA	: Pédiatrie
Mme Habibatou DIAWARA	: Dermatologie
M. Daouda K. MINTA	: Maladies Infectieuses
M. Kassoum SANOGO	: Cardiologie
M. Seydou DIAKITE	: Cardiologie
M. Arouna TOGORA	: Psychiatrie
Mme DIARRA Assétou SOUCKO	: Médecine Interne
M. Boubacar TOGO	: Pédiatrie
M. Mahamadou TOURE	: Radiologie
M. Idrissa CISSE	: Dermatologie
M. Mamadou B. DIARRA	: Cardiologie
M. Anselme KONATE	: Hépatogastro-entérologie
M. Moussa T. DIARRA	: Hépatogastro-entérologie
M. Souleymane DIALLO	: Pneumologie
M. Souleymane COULIBALY	: Psychologie
M. Cheick Oumar GUINTO	: Neurologie

D.E.R. DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES

1. PROFESSEURS

M. Gaoussou KANOUTE	: Chimie analytique, Chef de D.E.R
M. Ousmane DOUMBIA	: Pharmacie Chimique
M. Elimane MARIKO	: Pharmacologie

2. MAITRES DE CONFERENCES

M. Drissa DIALLO	: Matières Médicales
M. Alou KEITA	: Galénique
M. Benoît KOUMARE	: Chimie Analytique
M. Ababacar MAIGA	: Toxicologie

3. MAITRES ASSISTANTS

M. Yaya KANE	: Galénique
Mme Rokia SANOGO	: Pharmacognosie
M. Saïbou MAIGA	: Législation
M. Ousmane KOITA	: Parasitologie Moléculaire
M. Yaya COULIBALY	: Législation

D.E.R. DE SANTE PUBLIQUE

1. PROFESSEUR

M. Sanoussi KONATE	: Santé Publique, Chef de D.E.R
--------------------	--

2. MAITRES DE CONFERENCES

M. Moussa A. MAIGA	: Santé Publique
M. Jean TESTA	: Santé Publique
M. Mamadou Souncalo TRAORE	: Santé Publique

3. MAITRES ASSISTANTS

M. Adama DIAWARA	: Santé Publique
M. Hamadoun SANGHO	: Santé Publique
M. Massambou SACKO	: Santé Publique
M. Alassane A. DICKO	: Santé Publique
M. Samba DIOP	: Anthropologie Médicale
M. Seydou DOUMBIA	: Epidémiologie
M. Hammadoun Aly SANGO	: Santé Publique
M. Akory AG IKNANE	: Santé Publique

4. ASSISTANTS

M. Oumar THIERO	: Biostatistique
M. Seydou DIARRA	: Anthropologie Médicale

CHARGES DE COURS ET ENSEIGNANTS VACATAIRES

M. N’Golo DIARRA	: Botanique
M. Bouba DIARRA	: Bactériologie
M. Salikou SANOGO	: Physique
M. Boubacar KANTE	: Galénique
M. Souleymane GUINDO	: Gestion
Mme DEMBELE Sira DIARRA	: Mathématiques
M. Modibo DIARRA	: Nutrition
Mme MAIGA Fatoumata SOKONA	: Hygiène du milieu
M. Mahamadou TRAORE	: Génétique
M. Yaya COULIBALY	: Législation
M. Lassine SIDIBE	: Chimie Organique

ENSEIGNANTS EN MISSION

Pr Doudou BA	: Bromatologie
Pr Babacar FAYE	: Pharmacodynamie
Pr Mounirou CISSE	: Hydrologie
Pr Amadou Papa DIOP	: Biochimie
Pr. Lamine GAYE	: Physiologie

DEDICACE

Au nom d'Allah le tout puissant, le très Miséricordieux, et à son prophète Mahomet (PSL), pour m'avoir donné le courage et la santé de mener à bien ce travail.

Je dédie cette thèse :

A mon père feu BACKA ISSOUF HAIDARA

Je te dois tout.

Les mots me manquent pour traduire ce que je ressens au fond de moi. Cher père vous vous êtes battu pour que je puisse être dans le futur un homme modèle. Vous m'avez enseigné le coran depuis à l'enfance, vous m'avez suivi pas à pas en me comblant de votre amour. Votre dévouement, votre rigueur et votre persévérance m'ont assuré une éducation fondée sur la probité, l'intégrité et la dignité. Vous nous avez toujours souhaités les meilleures études et les meilleures conditions de vie. Aujourd'hui mon souhait le plus ardent est de vous avoir à mes côtés mais le tout puissant en a décidé autrement. Je demande à Allah le tout puissant de vous recevoir dans son paradis amen. Je tacherai in cha-allah de poursuivre les enseignements que vous m'avez promulgué. Je remercie le tout puissant de m'avoir donné un tel père. A vous mon affection et ma gratitude éternelle. Sans votre soutien inestimable ce travail n'aurait pas abouti, mon repère de la vie sera basé sur vos conseils et vos enseignements jusqu'à mon dernier soupire INCHA –ALLAH. Dormez en paix cher père et que la terre te soit légère amen.

A mes mamans : Aminata walet Ingona ,Marou et Lagboutou

Chères mères : Vous êtes pour nous plus des mères. Vous avez été toujours attentionnées, prévoyantes et soucieuses de notre avenir. Vous vous êtes battu toujours pour que je puisse être un homme travailleur, plein de dignité d'honnêteté. Ce travail vous l'avez entrepris depuis mon jeune âge. Je vous

dédie ce travail pour tout l'amour et pour tout le sacrifice consenti pour mon éducation. Que Dieu vous prête longue vie pleine de santé et de bonheur afin que nous puissions profiter longuement de vos conseils et de vos sagesses.

A mes frères et sœurs :

a) Mohamad, Abdourabihi ,Abdoullahi ,Faday, Soyata, Aicha ta, Lala

Disponibilité, attention, compréhension, amour, soutien moral, vous avez été exemplaire pour moi en partageant tous mes soucis tout en souhaitant me voir réussir.

A mes oncles maternel : Harouna Ingona et Ou lamine Ingona

Je n'oublierai jamais votre amour, vos yeux qui s'intillent d'amour et des joies à chaque fois je venais séjourner chez vous. Depuis mon enfance vous m'avez donné votre tendresse votre soutien moral et votre bénédiction. Que Dieu vous protège longtemps et vous comble de bonheur et de santé.

A mes amis et frère

Rhissa ag sicaye, Abdrahmane ag Mohamedine, Issouf ag Ekawell ,Abda ag kazina ,Abdoulahy ag sicaye ,Ousmane Bagayoko, Makan Coulibaly ,Ibrahim Baby,Amadou Barry,Boubacar Diarra ,Souleymane Hassane , Maouloud Toure , Ckeick Bady, Abdrahmane Dicko, Abdoulahy Chiday, souleimane Hassane, Mohamed Albakaye, Cissé, Séverin Keita, Agaly ag Aloumataye, Hamdil, Assahid, Yanta Ibrahim, Bouba Halidou, Habtika, Hadrami Julien, Aljouhary, Vous avez été pour moi des compagnons de lutte. Ensemble nous avons enduré des souffrances et des difficultés. Merci pour votre affection et votre sympathie. A travers ce travail je vous réitère toute ma reconnaissance.

A mes cadets et cadettes

Hamado ag Sicaye, Abdoulaziz Baby, Souleymane Arwane,Kadafi, Ahmed(Tata), Dickson ,Hamidou, Aziz Abidine , Cheick Oumar Konaré, Abal, Acherif, Mossa ag Ahmed, Hassane, Nasser, Aicha Sicaye, Agaichatou Touré, Aissata Koné dite Julie,

Pour tous vos soutiens moral inestimables.

A mon grand père Aboubacrine Toure.

A travers ce travail qui est aussi le votre je vous réitère tous mes remerciements, pour votre soutien moral et financier. Vous m'avez reçu depuis le premier jour avec beaucoup d'enthousiasme, en me disant ceci : tu es dans ta famille considère toi comme mes enfants et ne te gêne surtout pas à chaque fois que tu as des problèmes de venir me consulter. Je vous avoue que ces mots m'ont fait beaucoup de bien et je demande au tout puissant de vous combler de bonheur de santé et de longévité.

A mon oncle Sicaye ag Ekawell.

Ce travail est le fruit de votre soutien morale et financier. Vous êtes pour moi un exemple dans la vie par votre simplicité, votre générosité et votre personnalité, vous êtes le père et l'oncle que chacun de nous souhaite avoir.

Que DIEU le tout puissant vous comble de bonheur, vous élève à haut rang, vous donne longévité pour qu'on puisse bénéficier de votre sagesse.

A mes cousins.

Halla Touré et Mohamed Sidy Mohamed, les mots mes manquent de décrire la fierté que j'ai d'avoir des cousins comme vous. Je n'oublierai jamais tous les sacrifices tant sur le plan financier, moral dont vous m'avez comblé pendant toute ma scolarité, ce travail est le fruit du grain que vous avez semé et entretenu. Que le tout puissant ALLAH vous élève à haut rang et vous comble de bonheur pendant toute votre vie amen.

A mes sœurs

Zahara walet Ekawell ,Souha ,Hadidjoutou ,Fadimata,Ihet Alher.

Je n'oublierai jamais tous les efforts tous les sacrifices dont vous avez comblé pendant tout mon cycle. Ce travail est le fruit de vos efforts conjugués. Je vous remercie sincèrement du fond du cœur et que le tout puissant Allah vous comble de bonheur et vous élève à haut rang dans ce monde et dans l'au delà.

REMERCIEMENTS

A l'endroit Aissata Touré, Mamou et Siya Touré pour tous les sacrifices et le soutien moral à mon endroit

A L'endroit de Backa Ahmoudou, Dourra Kamey, Maître Ilias Touré ,Ibrahim Maiga , Amar Touré ,Hina Haidara, Ahmed ag Boya, Bajan ag Hamatou, N'Diaye Bah pour votre contribution pour la réussite de ce travail ;

Aux Drs Ahmed ,Moctar ,Nasser ,Ben Moulaye ,Yehia DICKO, Halimatou DIAWARA ,Djénèba Diagne pour tous les encouragements.

Aux camarades et amis Almedi Abdoussalam, Habtika, Almaimoune,

Aux enseignants et personnels de la FMPOS.

Aux service de maladies infectieuses de HPG

A tous les collègues internes et amis.

A Tous les ressortissants de Ménaka.

A Tous les ressortissants de Gao, Kidal, Tombouctou, Babemba

A Tous les militants et sympathisants de Gakassiney.

AUX Communautés soeurs représentées à la FMPOS

A L'AEEM

A la grande famille les BATISSEURS

A tous les étudiants de la FMPOS.

A La grande famille de Tumast.

A notre maître et Président de jury

Pr. Sahare FONGORO

- Professeur agrégé de Néphrologie;
- Maître de conférences à la FMPOS;
- Chevalier national du mérite de la santé.

C'est un grand honneur que vous nous faites en acceptant de présider ce jury ; pour vous, nous avons un profond respect et une administration constante, vous incarnez les vertus d'un travailleur infatigable, sérieux et aux sens du devoir élevé, votre disponibilité et votre compréhension nous ont emmis dès le premier abord, soyez en remercie.

A notre Maître et juge

Docteur Samba DIOP

- Maître assistant à la FMPOS,
- Chercheur en écologie humaine, anthropologie et bioéthique

Cher Maître

L'opportunité nous est donnée de vous faire part de la grande admiration et de l'estime que nous vous portons. Votre disponibilité, votre sympathie ont conquis notre esprit. Vos qualités intellectuelles, vos capacités pédagogiques, et votre don d'écoute font de vous un exemple. Veuillez trouver ici cher Maître l'expression de notre sincère gratitude et de notre profond attachement.

A notre Maître et juge

- Docteur Dramane Sogoba
- Assistant clinique au Serofo.
- Cher maître

Votre constante disponibilité, votre sagesse et votre simplicité nous ont permis de finaliser avec promptitude ce travail.

En acceptant de siéger dans ce jury vous nous faites un grand honneur.

Veuillez trouver ici cher Maître l'expression de toute notre reconnaissance et nos vifs remerciements.

A NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR DE THESE

Professeur Sounkalo DAO

- Maître de conférences à la FMPOS
- Spécialiste des maladies infectieuses et tropicales.
- Investigateur clinique au serefo.

Cher Maître

Nous vous sommes redevables de l'aboutissement de ce travail. Nous avons été séduits par votre simplicité, votre amour pour le travail bienfait, Vos connaissances scientifiques vos qualités humaines force l'admiration de tous. Nous vous remercions pour l'honneur que vous nous faites en acceptant de diriger ce travail malgré vos multiples occupations. Permettez nous de vous exprimer ici, cher Maître, le témoignage de notre profonde reconnaissance.

ABREVIATIONS

ADN :	Acide désoxyribonucléique
AES :	Accident d'exposition au sang
ATP :	Adénosine triphosphate
ASA:	American Society of Anaesthesiologist
PVP-1 :	Polyvidone iodée
SIDA:	Syndrome d'immunodéficience acquise
VHB :	Virus de l'hépatite B
VHC :	Virus de l'hépatite C
VIH :	Virus de l'immunodéficience humaine
ORL :	Oto-rhino-laryngologie ;
EDS :	Enquête démographique de la santé
IST :	Infections sexuellement transmissible
ONU/SIDA :	Organisation des nations unies pour la lutte contre le SIDA
I.O:	Infections opportunistes
ELISA:	Enzyme Linked Inhibited Sorbent Assay
ARV:	Antirétroviraux
CHU :	centre hospitalier-universitaire
INPS :	Institut national de prévoyance social

SOMMAIRE

	Pages
INTRODUCTION.....	1
I. OBJECTIFS	3
II. GENERALITES.....	4
III. METHODOLOGIE.....	32
IV. RESULTATS.....	39
V. DISCUSSIONS.....	47
VI. CONCLUSION & RECOMMANDATIONS.....	53
VII. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	54
ANNEXES	

INTRODUCTION

L'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) est une rétrovirose due au VIH1 et VIH2 infectant l'homme et responsable du syndrome de l'immunodéficience acquise (SIDA) qui est la complication tardive et la plus grave de l'infection par le VIH [1, 2].

Depuis 1981 où il a été découvert, le VIH/SIDA continue sa progression pandémique à travers les continents, n'épargnant personne, hommes, femmes, enfants et personnes âgées.

Le SIDA est une pandémie et constitue ainsi un problème majeur de santé publique [3].

Selon le rapport mondial 2007 de l'ONU/SIDA [4], sur 33,2 millions de personnes vivant avec le VIH, 22,5 millions vivent en Afrique subsaharienne.

Les résultats de l'EDMS-IV 2006 rapportaient que la prévalence de l'infection à VIH au Mali est de l'ordre de 1,3%.

La transmission hétérosexuelle est devenue le mode le fréquent du VIH.

Les autres voies de transmission comme la transfusion de sang contaminé, la transmission de mère à l'enfant, les blessures par objets souillés ne sont pas à négliger [5].

En Inde, dans la province de Kerala, le VIH est souvent transmis par la transfusion de sang contaminé, par l'utilisation de seringues souillées dans les hôpitaux, mais aussi de lames contaminées chez les coiffeurs pour hommes. La ville de Cochin, par exemple, en compte 160 coiffeurs et la banlieue au moins 1900 coiffeurs dont la plupart ignorait tout du mode de transmission du VIH [6].

Selon Christopher Park [7], aucun cas de transmission par la coiffure n'a été relevé dans la littérature médicale ; mais si, par coiffure on entend aussi le rasage, alors un risque de transmission du VIH peut exister si la même lame est utilisée d'une personne à une autre sans désinfection.

Selon une étude sur le risque infectieux lié au sang chez les coiffeurs barbiers traditionnels et leurs clients au Maroc, la sérologie VIH était négative chez l'ensemble des barbiers [8].

Au Maroc, on désigne par coiffeurs barbiers traditionnels les personnes qui pratiquaient le métier de coiffeur et de barbier dans des souks (marchés traditionnels) en milieu urbain et rural, il s'agissait bien des coiffeurs et non des coiffés.

Selon le rapport annuel de l'aide suisse contre le sida [6], il n'existait aucun risque de transmission du VIH chez les coiffeurs, le pédicure ou le manicure. Les percements et les tatouages ne présentaient pas de danger non plus, tant que les personnes les pratiquant respectaient les normes d'hygiène.

Au Mali il n'y a pas eu d'étude spécifique sur le risque de transmission du VIH chez les clients des coiffeurs. Ainsi nous avons initié ce travail pour évaluer les connaissances et attitudes pratiques de clients des coiffeurs de la ville de Bamako face au VIH.

II. OBJECTIFS

Objectif général :

Evaluer les connaissances sur les modes de contamination et la prévention du VIH dans les salons de coiffures à Bamako.

Objectifs spécifiques :

1. Evaluer les connaissances des clients des coiffeurs sur les modes de contamination du VIH.
2. Evaluer les connaissances de ces clients sur la prévention du VIH.

III. GENERALITES

1. DEFINITIONS :

CONNAISSANCE : Faculté de connaître, de se représenter, manière de comprendre, de percevoir.

ATTITUDE : Manière dont on se comporte avec les autres.

COMPORTEMENTS : Ensemble des réactions, observables objectivement d'un organisme qui agissait en réponse à une stimulation venue de son milieu intérieur ou du milieu extérieur.

CLIENT DES COIFFEURS : C'est toute personne qui se coiffait fréquemment chez les coiffeurs.

COIFFEUR PAR DEFINITION : Est un spécialiste dans les soins et l'hygiène capillaire [9].

2) HISTORIQUE DE L'INFECTION A VIH et des ARV [10]

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

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

Premier cas d'infection à VIH identifié chez un Zaïrois.

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

1983 : En mai, le rétrovirus dénommé LAV est découvert par une équipe française dirigée par le professeur Luc Montagnier.

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

1985 : en avril à Atlanta on assiste à la première conférence internationale sur le SIDA.

1986 : identification du VIH2.

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

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

1996 : juillet ; X^e conférence internationale sur le SIDA à Vancouver (Canada). L'efficacité des trithérapies est confirmée.

2000 : juillet ; XIII^e conférence internationale sur le SIDA à Durban (Afrique du Sud), les laboratoires pharmaceutiques ont annoncé des mesures concrètes afin d'aider les pays pauvres.

3. EPIDEMIOLOGIE :

3.1. Répartition géographique :

L'infection à VIH a commencé à se propager à la fin des années 70 et continue de se répandre dans le monde entier.

Les estimations de l'ONU/SIDA ont révélé en 2002, qu'en Inde 4,6 millions de personnes étaient séropositives.

En décembre 2004, 700000 indiens adultes avaient besoin d'un traitement ARV. En 2004, 25 millions d'Africains étaient séropositifs au VH, soit 7,7%. Et on estimait les nouvelles infections par le VIH à 14.000 adultes et 2000 enfants contaminés par jour.

En 2006 l'enquête démographique de la santé au Mali (EDMS IV) avait estimé la prévalence globale du VIH/SIDA à 1,3%, on constatait aussi des écarts régionaux sur l'ensemble du territoire : Bamako (2,0%), suivie des régions de Mopti (1,6%), Ségou (1,5%), Koulikoro (1,4 %) et Gao (1,4%), possédaient les taux de prévalence les plus élevés. Par contre, les régions de Kidal (0,6 %), Tombouctou (0,7%), Sikasso (0,7%) et Kayes (0,7%) possédaient les niveaux de prévalence les plus faibles. [11]

En 2007 l'Afrique subsaharienne est restée la région du monde la plus touchée par l'épidémie de SIDA, plus de 2/3 soit 68% de toutes les personnes infectées par le VIH vivaient dans cette région où se sont produits plus de 3/4 soit 76% de tous les décès dus au SIDA.

On estimait à 1,7 millions le nombre de personnes nouvellement infectées par le VIH en 2007. Ce qui portait à 22,5 millions le nombre total de personnes vivant avec le virus. Contrairement à ce qui se passait dans d'autres régions, la majorité de personnes vivant avec le VIH en Afrique subsaharienne (61%) sont des femmes. [9]

Dans l'ensemble de l'Asie on estime que 4,9 millions de personnes vivaient avec le VIH en 2007 ; y compris les 440.000 qui ont été nouvellement infectées au cours de l'année écoulée. Environ 300.000 personnes sont décédées de maladies liées au SIDA en 2007. [12]

En 2007, on a estimé à 33,2 millions le nombre de personnes vivant avec le VIH dans le monde ; soit 16% de moins que l'estimation de 39,5 millions publiée en 2006. [4]

Tableau I : Récapitulatif de l'épidémie du VIH/SIDA dans le monde, Décembre 2007 selon ONU/SIDA/OMS [13]

Nombre de personnes vivant avec le VIH/SIDA en 2007	
Total :	33,2 millions (30,6- 36,1millions)
Adultes :	30,8 millions (28,2- 33,6 millions)
Femmes :	15,4 millions (13,9 – 16,6 millions)
Enfants, moins de 15 ans :	2,5 millions (2,2 – 2,6millions)
Nouvelles infections à VIH en 2007	
Total :	2,5 millions (1,8 –4 ,1 millions)
Adultes :	2,1millions (1,4 - 3,6 millions)
Enfants, moins de 15 ans :	420 000millions (350 000-540 000)
Décès dus au SIDA en 2006	
Total :	2,1 millions (1,9 - 2,4 millions)
Adultes :	1,7 millions (1,6 - 2,1 millions)
Enfants, moins de 15 ans :	330 000 (310 000 – 380 000)

Dans ce tableau, les fourchettes autour des estimations définissaient les limites dans lesquels se situaient les chiffres mêmes, sur la base des meilleures informations disponibles

4. NOTIONS DE VIROLOGIE FONDAMENTALE

4.1. Définition des VIH [14]

Aujourd'hui, le VIH est certainement le virus humain le mieux connu. C'est un membre de la famille des rétrovirus. Ces virus sont définis par leur mode de réplication qui passe par une étape de rétro transcription.

De leur matériel génétique constitué de molécules d'ARN identiques, en ADN. Cette étape indispensable à la multiplication du virus est possible grâce à une enzyme présente dans le virus : la transcriptase inverse.

4.2. Classification des VIH [15]

Il existe trois catégories de rétrovirus classés selon la pathogénie et de divergences génétiques : les oncovirus, les lentivirus et les Spumavirus.

Les VIH sont rattachés à la catégorie des lentivirus. Ces derniers provoquent des maladies à évolution lente. Les oncovirus sont souvent associés aux tumeurs ou à des leucémies. Les Spumavirus sont quant à eux considérés jusqu'à présent comme non pathogènes pour l'hôte.

4.3. Structure des VIH [36]

Comme tous les rétrovirus, les VIH₁ et VIH₂ sont libérés par bourgeonnement à la surface des cellules qui les produisent. Les virus possèdent une membrane, une matrice et une capsid. La membrane est d'origine cellulaire et en elle sont ancrées les molécules de glycoprotéine d'enveloppe externe (SUgp120) et de glucoprotéines transmembranaires (TMgp141).

L'intérieur de la particule virale est tapissée de molécules correspondant aux protéines de la matrice (p17MA) et contient également la protéase virale.

La capsid est constituée de protéines internes du virus (p24CA), des protéines de la nucléo capsid (p7MC), deux des trois enzymes virales nécessaires à sa réplication et le matériel génétique du virus constitué de deux molécules d'ARN identiques .

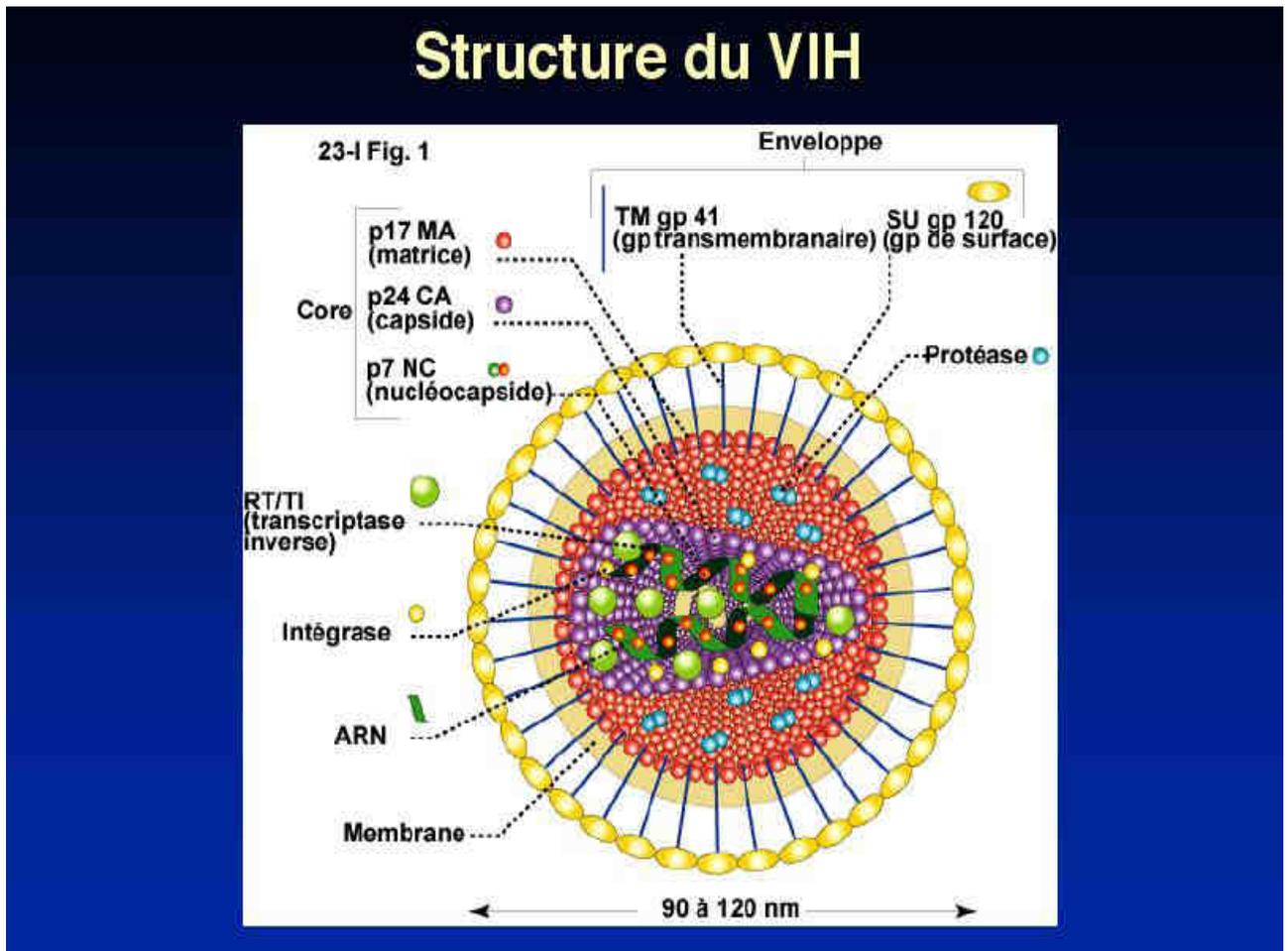


Schéma 1 : Structure du VIH [16]

Source : [fr. wikipedia .org /wiki /virus_de_l'immunodéficience humaine](http://fr.wikipedia.org/wiki/virus_de_l'immunod%C3%A9ficience_humaine).

4.4 Modes de transmission [2, 26 ,41]

Les principaux modes de transmissions sont aujourd'hui connus. Il s'agit de :

- **la transmission par voie sexuelle** : elle se fait par l'intermédiaire des muqueuses buccales, génitales ou rectales, lorsqu'elles sont en contact avec les sécrétions sexuelles ou le sang contenant le virus en présence d'une porte d'entrée.
- **La transmission par voie sanguine** : elle concerne principalement les professionnels de santé en milieu de soins et en laboratoire victimes d'accidents d'exposition au sang, les toxicomanes par voie IV, les hémophiles et les transfusés et secondairement certaines profession exposées tel que coiffeur, excision etc....

- **La transmission verticale** : elle survient surtout au moment de l'accouchement, mais elle peut survenir in utero dans les semaines précédant l'accouchement. [16] Elle peut survenir après l'accouchement, au cours de l'allaitement au sein.

4.4.1. Les conditions de transmission du virus

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

a) **une quantité importante de virus :**

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

b) **une porte d'entrée :**

- Muqueuse (les muqueuses sont les membranes qui tapissent les parois internes des cavités naturelles de l'organisme : bouche, vagin, rectum ...

Lors de rapports sexuels non protégés.

- Voie sanguine.

Transmission en cas d'utilisation d'une seringue usagée pour une injection par voie intraveineuse.

- Transmission la mère à l'enfant pendant la grossesse et l'accouchement, l'allaitement au sein.

- Voie cutanée.

En cas de blessure avec un objet souillé de sang contaminé. [16]

5. GENOME ET VARIABILITES GENETIQUES DES VIH

L'organisation génétique des VIH₁, VIH₂ et du SIV est similaire [17]. Sur la base des distances génétiques entre les VIH₁ retrouvés chez les patients, une classification en trois groupes distincts appelés M, N et O a été établie [18,19] le groupe M (majoritaire) regroupe jusqu'à présent, au moins 10 sous types VIH₁ désignés de A à J. Au niveau mondial ce sont les infections par le sous type C qui sont majoritaires. Des phénomènes de recombinaison génétique chez les sujets co-infectés par des sous types distincts de VIH₁ sont également à l'origine de nouveaux virus recombinants. [20]

Les VIH₁ du groupe O (outlier) identifiés au Cameroun et au Gabon sont plus rares. [21] Il en est de même des infections au VIH₁ du groupe N, également identifiés au Cameroun. Les phylogénétiques récemment établis entre les virus N et des SIV de chimpanzés indiquent que des événements d'anthropozoonose pourraient être à l'origine de l'infection à VIH₁. [22]

6. CYCLE DE REPLICATION DES VIH [23]

Les principales étapes du cycle répliatif du VIH sont communes à tous les rétrovirus. [24] Leur connaissance est essentielle à la compréhension de la physiopathologie de l'infection à VIH, et surtout, chacune de ces étapes constitue une cible potentielle pour une thérapeutique antirétrovirale.

Plusieurs événements marquent la réplication du VIH. Ce sont des étapes précoces que sont la reconnaissance de l'entrée du virus dans la cellule hôte, la rétro transcription du génome viral et son intégration dans le génome de la cellule.

Les événements tardifs de la réplication du virus sont constitués des étapes transcriptionnelles et post –transcriptionnelles dans lesquelles intervient la machinerie cellulaire mais également des protéines de régulation des VIH et il en résulte la formation de nouveaux virions.

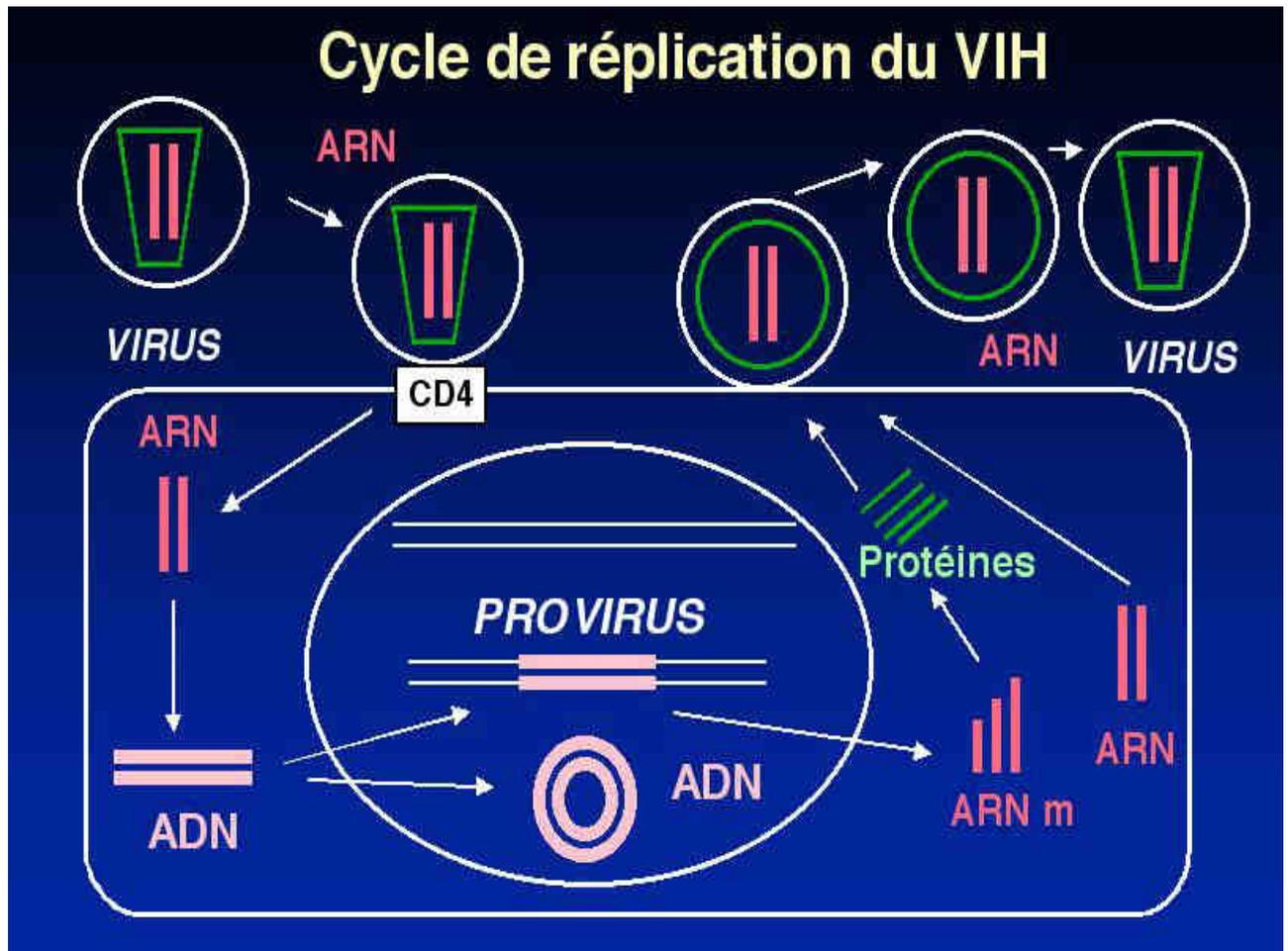


Schéma 2 : Cycle de réplication du VIH [16]

Source : [fr. wikipedia .org /wiki /virus_de_l'immunodéficience humaine](http://fr.wikipedia.org/wiki/virus_de_l'immunodéficience_humaine).

Tableau II : Les étapes du cycle réplcatif du VIH [25,26]

Légende: Les étapes du cycle réplcatif du VIH	
<p>(1) attachement</p> <p>Le virus se fixe sur le lymphocyte T4, par reconnaissance entre la protéine virale gp120 et la protéine CD4 du lymphocyte (ainsi qu'un co-récepteur).</p>	<p>(5) traduction</p> <p>Après avoir été transcrits par l'ARN polymérase de la cellule, les ARN messagers viraux sont traduits en trois précurseurs protéiques. Ces précurseurs sont clivés par des protéases, pour donner les différentes protéines du virus.</p>
<p>(2) pénétration</p> <p>Les deux membranes (du virus et du lymphocyte) fusionnent, ce qui permet la pénétration de la nucléocapside (les deux capsides + le matériel génétique, etc.) du virus dans le cytoplasme.</p>	<p>(6) assemblage</p> <p>Les protéines virales et l'ARN viral (transcrit par ailleurs) sont associées pour reformer des virus (sans la membrane). Les protéines virales membranaires sont intégrées à la membrane du lymphocyte.</p>
<p>(3) décapsidation</p> <p>Les deux capsides se dissocient, libérant l'ARN viral dans le cytoplasme.</p>	<p>(7) bourgeonnement</p> <p>Le virus bourgeonne, emportant un fragment de la membrane plasmique du lymphocyte (qui contient uniquement les protéines membranaires virales).</p>
<p>(4) reverse transcription et intégration</p> <p>Grâce à la reverse transcriptase virale, l'ARN viral est rétro transcrit en ADN double brin. Cet ADN pénètre dans le noyau, où il s'intègre au génome du lymphocyte. Il est ensuite transcrit en ARN.</p>	<p>(8) libération</p> <p>Les nouveaux virus sont libérés dans le milieu intérieur. Ils peuvent infecter de nouveaux lymphocytes T4.</p>

7. CELLULES CIBLES DES VIH

Les cellules sensibles à l'infection VIH sont principalement celles qui expriment à leur surface le récepteur CD₄ et un des co-récepteurs. Il s'agit de la sous population des lymphocytes TCD₄⁺ helper (ou auxiliaire), mais aussi des monocytes / macrophages ou des cellules de la même origine telles les cellules dendritiques et des cellules de Langherans ainsi que les cellules micro gliales du cerveau.

Dans d'autres cellules, les virus sont simplement emprisonnés sans se répliquer. C'est le cas de cellules folliculaires dendritiques présentes dans les centres germinatifs des ganglions. [27,28]

8. NOTIONS D'HISTOIRE NATURELLE, CLASSIFICATION ET DIAGNOSTIC

8.1. Histoire naturelle

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

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

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

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

8.2. Définitions du SIDA et diagnostic clinique

Le SIDA représente une forme tardive et compliquée de l'infection par le VIH. Il a été défini initialement comme une maladie évoquant une atteinte de l'immunité à médiation cellulaire sans cause de diminution des résistances à cette maladie.

Au fil du temps sa définition a évolué et s'est enrichie avec comme base clinique la proposition des CDC (centers for diseases control) faite en 1987. Aujourd'hui les critères de définition sont essentiellement basés sur la classification CDC révisée en 1993 et la classification en stades cliniques proposée par l'OMS.

Classification en stades cliniques proposée par l'OMS [29,30]

Stade clinique 1 :

1. Patient asymptomatique
2. Adénopathie persistante généralisée

Degré d'activité : patient asymptomatique activité normale.

Stade clinique 2 :

3. Perte de poids inférieur à 10% du poids corporel.
4. Manifestations cutanéomuqueuses mineurs (dermatites séborrhéiques, prurigo, atteinte fongique des ongles, ulcérations buccales, chéilite angulaire).
5. Zona au cours des cinq dernières années.
6. Infections récidivantes des voies aériennes supérieures.

Et /ou degré d'activité 2 : patient symptomatique, activité normale.

Stade clinique 3 :

7. Perte de poids supérieur à 10% du poids corporel
8. Diarrhée chronique inexplicée pendant plus d'un mois
9. Fièvre prolongée inexplicée (intermittente ou constante) pendant plus d'un mois

10. Candidose buccale
 11. Leucoplasie chevelue buccale
 12. Tuberculose pulmonaire dans l'année précédente
 13. Infections bactériennes sévères (pneumopathie, pyomyosite), et /ou
- Degré d'activité 3 : patient alité moins de la moitié de la journée pendant le dernier mois.

Stade clinique 4 :

14. Syndrome cachectique du VIH selon la définition des CDC.
 15. Pneumopathie à *pneumocystis jiroveci*
 16. Toxoplasmose cérébrale
 17. Cryptosporidiose accompagnée de diarrhée pendant plus d'un mois.
 18. Cryptococcose extra pulmonaire.
 19. Cytomegalovirose (CMV) touchant un autre organe que le foie, la rate ou les ganglions lymphatiques.
 20. Herpes cutanéomuqueux pendant plus d'un mois ou viscéral quel qu'en soit la durée.
 21. Leucoencéphalopathie multifocale progressive.
 22. Toute mycose endémique généralisée (histoplasmoses, coccidiomycose).
 23. Candidose de l'œsophage, de la trachée, des bronches, ou des poumons
 24. Mycobactériose atypique, généralisée.
 25. Septicémies à salmonelles non typhiques
 26. Tuberculose extra pulmonaire.
 27. Lymphome
 28. Maladie de Kaposi
 29. Encéphalopathie à VIH selon la définition des CDC
- Et /ou degré d'activité : patient alité plus de la moitié de la journée pendant le dernier mois.

Classification CDC d'Atlanta de 1993. [31, 32]

Catégorie A :

Un ou plusieurs des critères listés ci-dessous chez un adolescent infecté par le VIH s'il n'existe aucun critère des catégories B et C :

- Infection VIH asymptomatique
- LPG (lymphadénopathies généralisées persistantes)
- primo –infection symptomatique

Catégorie B :

Manifestations cliniques chez un adulte ou un adolescent ne faisant pas partie de la catégorie C et qui répond au moins à l'une des conditions suivantes :

- elles sont liées au VIH ou indicatif d'un déficit immunitaire
- elles ont une évolution clinique ou une prise en charge
- thérapeutique compliquée par l'infection à VIH.

Les pathologies suivantes font partie de la catégorie B, la liste n'est pas limitative :

- angiomatose bacillaire
- candidose oropharyngée
- candidose génitale, persistante ou qui répond mal au traitement
- dysplasie du col (modérée ou grave), carcinome in situ
- leucoplasie chevelue de langue
- zona récurrent ou envahissant plus d'un dermatome
- purpura thrombopénique idiopathique
- salpingite, en particulier lors des complications par abcès tubo-ovariens
- neuropathie périphérique
- syndrome constitutionnel : fièvre ou diarrhée supérieure à un mois.

Catégorie 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.

- candidose bronchique, trachéale ou pulmonaire
- candidose de l'œsophage
- cancer invasif du col
- coccidiomycose disséminée ou extra pulmonaire
- cryptococcose extra pulmonaire
- cryptosporidiose intestinale supérieure à un mois
- infection à CMV (autre que le foie, rate, ou ganglions)
- rétinite à CMV (avec altération de la vision)
- encéphalopathie due au VIH
- infection herpétique, ulcères chroniques supérieurs à un mois, ou bronchique pulmonaire, ou oesophagien
- histoplasmosse disséminée ou extra pulmonaire
- isosporidiose intestinale chronique (supérieur à un mois)
- maladie de Kaposi
- lymphome de Burkitt
- lymphome immunoblastique
- lymphome cérébral primitif
- infection à *Mycobacterium avium* ou *kansasii* disséminée ou extra pulmonaire
- pneumonie à *Pneumocystis carinii*
- pneumopathie bactérienne récurrente
- leuco encéphalopathie multifocale progressive
- septicémie à salmonelles non typhi récurrente
- toxoplasmose cérébrale
- syndrome cachectique du au VIH

8.3. Diagnostic biologique

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

8.3.1. Diagnostic indirect

8.3.1.1. Tests de dépistage

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

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

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

8.3.1.2. Tests de confirmation

b) Le Western Blot

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

b) La RIPA (Radio immuno précipitation assay)

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

c) Les tests de confirmation de deuxième génération

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

8.3.2. Diagnostic direct

8.3.2.1. Détection de l'antigène p24

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

8.3.2.2. Amplification génique

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

9. LES ANTISEPTIQUES

9.1. L'historique [18,17]

La lutte contre les maladies infectieuses transmissibles a été depuis les temps immémoriaux. Une préoccupation majeure de tous ceux qui, à des titres divers dans les sociétés humaines, étaient en charge de la santé.

On sait aujourd'hui que ce combat incessant s'appuie sur des méthodes préventives et curatives telles que les vaccinations et la chimiothérapie (antibiothérapie) ; l'antisepsie et la désinfection se classent parmi les méthodes préventives même si l'utilisation thérapeutique des antiseptiques trouve des indications cliniques.

Le concept de maladie infectieuse, transmissible, d'origine microbienne a trouvé sa confirmation scientifique à la fin du XIX^{ème} siècle et au début du XX^{ème} avec les travaux de Pasteur et de Kock.

Le soufre et le mercure étaient déjà employés comme désinfectant en Chine, Inde et Egypte antiques.

Au IV^{ème} siècle après Jésus Christ, les chirurgiens indiens nettoyaient leurs instruments et utilisaient des fumigations dans la salle d'opérations.

Plus tard, GUY de Chauliac (1300-1368), préconisa l'emploi de mercure en application locale tout en connaissant les effets secondaires du traitement ; puis dans la première moitié du XVI^{ème} siècle, Paracelse introduisit les autres métaux lourds en thérapeutique.

Lorsque les premiers cas de syphilis apparurent en Europe au XV^{ème} siècle, le mercure fut à nouveau prescrit.

Dès le XVII^{ème} siècle des précurseurs (Boyle, Bacon) avaient observé une relation entre la fermentation ou la putréfaction des tissus et certaines maladies, l'élimination de ces deux causes par diverses substances antiseptiques entraînait la guérison.

Van Leeuwenhoek en 1676, qui fut le premier à observer des bactéries, remarqua l'action létale sur celles –ci du vinaigre de vin. Cette découverte fut confirmée par King en 1693.

En 1750, le médecin militaire Anglais, Pr. Ingle décrivit et classa un certain nombre de substances qu'il dénomma antiseptiques (le camphre, les acides, le sel).

C'est en fait à partir du XVIII siècle que furent découverte les principaux produits antiseptiques qui résultaient des progrès de la chimie.

Le suédois Scheele découvrit le chlore en 1774 et Berthollet les hypochlorites en 1789.

Labarraque (1825) utilisa l'hypochlorite de calcium dans les hôpitaux, les latrines, les étables, les prisons et des bateaux ; il convient aussi des résultats lors de l'épidémie de cholera de 1832 ; surtout il rapporta les succès obtenus par les chirurgiens parisiens qui utilisaient des pansements imprégnés d'une dilution au 1/8 d'hypochlorite pour traiter des furoncles, gangrènes, ulcères et brûlures.

Lister eut cependant le mérite de créer le concept de l'antisepsie en chirurgie (1867), de décrire les règles de son application pratique et d'en prouver l'efficacité en réduisant le taux des infections post –opératoires à des niveaux très faibles : avant la période antiseptique 16 décès sur 35 cas ; durant la période antiseptique 6 décès pour 40 cas.

L'allemand Kuchenneister et le Français Lemaire, en 1860, employaient le phénol comme antiseptique.

D'innombrables recherches fondamentales ou cliniques, ont conduit les savants et les chirurgiens à proposer des procédures aptes à interrompre les voies de contagion et de pénétration dans l'organisme.

Avec les travaux de Pasteur et Koch, le concept de maladie infectieuse transmissible a trouvé sa confirmation scientifique à la fin de XIX^{ème} siècle.

Progressivement furent élaborés deux concepts répondant à des considérations pratiques évidentes :

- ❖ Antisepsie et antiseptiques
- ❖ Désinfection et désinfectants

C'est avec les travaux de Kronig et Paul que commença l'époque moderne des antiseptiques

9.2. Les Définitions :

Ethymologie [35]

Le mot **antiseptique** (du grec « antif:contre et septikos dérivé de sepein : corrompre) a été utilisé pour la première fois par PRINGLE en 1750 pour qualifier une substance capable de prévenir la détérioration de la matière organique.

Au milieu du XIX^{ème} siècle, il s'applique à de produits capables de détruire les agents pathogènes.

Antiseptique

Produit ou procédé utilisé pour l'antisepsie dans des conditions définies.

Si le produit ou le procédé est sélectif, ceci doit être précisé. Ainsi un antiseptique ayant une action limitée aux champignons est désignée par : antiseptique à action fongicide. [36]

La XX^{ème} édition de la pharmacopée française (Janvier 1990) apporte quelques éléments supplémentaires à cette définition :

Les antiseptiques sont des préparations ayant la propriété d'éliminer ou de tuer les micro-organismes ou d'inactiver les virus sur des tissus vivants (peau saine, muqueuses, plaies). Elles sont présentées dans leur forme d'utilisation et sont utilisées telles quelles sauf exception justifiée et autorisée. [37]

Elles présentent une activité antibactérienne et /ou antifongique, antivirale.

La description du mode d'emploi des préparations antiseptiques est précisée : Peau saine, muqueuses, plaies ainsi que la durée d'application nécessaire à l'obtention de l'activité en fonction de l'indication.

L'inactivation par d'éventuelles substances interférentes ainsi que les incompatibilités sont indiquées.

Elles n'altèrent pas les tissus sur lesquelles elles sont appliquées (tolérance).

9.3. Modes d'actions des antiseptiques [33,38]

Les antiseptiques sont capables d'inhiber la croissance des micro-organismes (Bactériostase, fongistase, virustase) ou d'avoir une action létale (bactéricidie, fongicidie, virucidie, sporocidie) Certains antiseptiques présentent ces deux actions en fonction des concentrations.

L'idéal pour répondre aux objectifs de l'antisepsie est un effet létal en un temps très bref.

La rémanence désigne l'effet antimicrobien de l'antiseptique persistant sur la peau.

Selon leur nature et la concentration, les antiseptiques ont un ou plusieurs sites d'action dans le microorganisme. Le mécanisme d'action varie selon la famille d'antiseptiques et le type de microorganisme.

9.4. Classification et monographie des antiseptiques

Les antiseptiques peuvent être classés par : [38]

- la famille chimique (halogénés : dérivés iodés, chlorés ...)
- les indications (antisepsie de la peau saine, peau lésée ou plaie, muqueuses ...)
- le spectre d'activité.

Ici nous avons choisi la classification selon le spectre d'activité.

Les antiseptiques se répartissent en quatre catégories comprenant les antiseptiques majeurs, mineurs déconseillés et les produits considérés à tort comme antiseptiques.

9.4.1. Les antiseptiques majeurs (bactéricides et à large spectre)

9.4.1.1. Halogènes

❖ Composés chlorés

Jusqu'à un titre de cinq (5) degrés chlorométriques, les produits chlorés sont des antiseptiques, au delà, ils sont des désinfectants.

a. Les principaux produits chlorés :

Les solutions suivantes sont des solutions d'hypochlorite de sodium

(NaClO, Na Cl, H₂O) leur titre correspond à un nombre de grammes de chlore actif pour 100 ml de la solution.

- Eau de Javel à 0,016 ; 1,6 ; 1 ; 3 et 4°chlorométriques
- Soluté de Dakin : est à 1,5°chlorométriques
- Liqueur de Labarraque : est à 2° chlorométriques
- Solution aqueuse isotonique d'hypochlorite de sodium et chlorure de Sodium à 0,06% de chlore actif.

b. Action :

Le délai d'action est rapide, dès sa première minute de contact.

Le pouvoir oxydant provoque la destruction des protéines au niveau membranaire et chromosomique.

c. Indications :

L'antisepsie de la peau, des muqueuses en particulier des plaies superficielles et le traitement d'appoint de certaines affections dermatologiques.

L'utilisation particulière en cas d'accident d'exposition au sang (AES) : circulaire du 08/12/99 concernant les recommandations à mettre en œuvre devant un risque de transmission du VHB, VHC et du VIH par le sang et les liquides biologiques.

d. Contre –indication : Aucune contre –indication n'est mentionnée

9.4.1.2. Les Alcools

Seul l'alcool éthylique est utilisé à usage antiseptique. Le propanol-2 ou isopropanol entre dans la composition d'autres antiseptiques dont il potentialise l'action. [19] Solutions de titre alcooliques divers par mouillage à l'eau de l'alcool absolu (éthanol). Solution d'alcool éthylique 90°, 70° et 60°.

a. Mode d'action

Il reste peu connu, cependant la dénaturation des protéines et la dissolution de la membrane lipidique responsable de la fuite des composants intracytoplasmiques semblent en constituer le principal phénomène. Ce mécanisme nécessite la présence d'eau ; en son absence, les protéines ne sont pas dénaturées aussi rapidement. De ce fait, l'alcool absolu est moins bactéricide que l'alcool à 70° qui est considérée comme le degré le plus efficace. [39,3]

b. Indications [40]

Antisepsie de la peau saine, des sites d'injections et de prélèvements sanguins (sauf : hémoculture, cathétérisme, ponction artérielle et les actes nécessitant une asepsie chirurgicale).

Effets indésirables et précautions d'emploi [38]

L'alcool est irritant ; il ne doit pas être appliqué sur les muqueuses ni sur les plaies.

Prudence d'utilisation : chez les enfants de 30 mois à 15 ans.

Eviter l'application large sur la peau du nourrisson.

Délai d'utilisation après ouverture du flacon est 1 mois.

c. Contre-indications : enfant de 0 à 30 mois.

9.5. Toxicité des antiseptiques [34, 33,38]

Les antiseptiques sont des médicaments à usage externe qui généralement ne sont pas toxiques, mais peuvent le devenir si :

- Leur utilisation est trop prolongée.
- Ils sont utilisés sur une très grande surface de la peau ou de la muqueuse.
- Ils sont sur dosés.
- Leurs principes de dilution ne sont pas respectés.

- Ils sont utilisés en excès dans certaines populations (les prématurés, le nouveau-né, les nourrissons, les jeunes, enfants et les vieillards).

Après ingestion accidentelle, on peut observer des troubles graves conduisant parfois à la mort.

10. LES MALADIES TRANSMISSIBLES EN SALON DE COIFFURE CHEZ LES COIFFEURS

10.1. L'hépatite Virale [3]

10.1.1 .Définition : Le terme hépatite virale désigne des affections distinctes par l'agent pathogène, le mode de transmission et l'épidémiologie, mais semblables par l'atteinte parenchymateuse du foie et par les manifestations cliniques aiguës.

Incidence : environ 70 000 cas sont déclarés en Europe chaque année, mais l'incidence réelle est plus élevée.

Il y a plusieurs types d'hépatite virale : VHA, VHB, VHC, VHD, VHE, VHG etc....

Mais sauf l'hépatite virale B (avec ou sans co-infection par le virus de l'hépatite virale) et celui de l'hépatite C sont les causes les plus fréquentes de l'hépatite chronique observée en particulier chez les toxicomanes par voie IV, les alcooliques et en cas de déficit immunitaire.

L'hépatites dues à des médicaments : les médicaments le plus souvent en cause sont l'isoniazide, la méthylodopa, le methotrexate, plus rarement la nitrofurantoïne, les sulfamides, le dantrolène et le paracétamol (usage prolongé).

10.1.2. Voies de transmission

- VHA : la transmission féco-orale par l'ingestion d'eau ou d'aliments contaminés par les selles de malades ou des porteurs de germes, notamment le lait, les salades, les fruits, les crustacés crus et les huîtres .Le virus est excrété dans les selles à partir du 7ème jour après l'infection jusqu'à 2 semaines après l'apparition de l'ictère .La virémie est fugace ce qui explique la rareté de l'infection post-transfusionnelle et de la transmission mère –enfant.

- VHB : par le sang (toxicomanie IV, les tatouages, piercing, acupuncture, interventions dentaires, contagé mère –enfant), par le sperme, les sécrétions

vaginales ou la salive (rapport sexuels, notamment homosexuels, échange de rasoir, de brosse à dent, morsure, léchage de blessure). La transmission par la transfusion de sang ou par l'administration de dérivés de sang est devenu très rare. La virémie est toujours prolongée (au moins 3 mois).

- Le virus n'est pas éliminé par les selles, mais par les sécrétions dans les zones d'endémies. La transmission verticale de la mère porteuse asymptomatique à l'enfant est très fréquente et est responsable de 40-50% des infections

- VHC : essentiellement par le sang rarement la transmission par contact sexuel ou transmission materno-infantile le risque de transmission verticale est de 5-10%. Entre 60% et 80% des toxicomanes par voie intraveineuse.

- VHD même mode de transmission que le virus B.

- L'hépatite E même mode de transmission que le VHA.

Tableau III : Epidémiologie et cliniques des hépatites A, B, C, D, E, G [41]

	Hép. A	Hép .B	Hép.D	Hép .C	Hép .E	
Hép.G						
Transmission						
Orale	++	+	-	-	++	?
Parentérale	-	++	++	++	?	++
Sexuelle	-	+	+	+-	-	?
Matières virulentes						
Selles	++	-	-	-	++	?
Sang et dérivés	-	++	++	++	?	?
Sécrétions	-	+	++	?	-	?
Epidémies	+	-	-	-		+
Clinique						
Incubation (semaine)	2à6	4à28	4à12	4à8	3à6	
% formes symptôme	enfant : <20%					
	Adultes >70%					
Hépatite chronique						
Porteur chronique	-	+	+	++	-	
Asymptomatique	-	+	+	++	-	

10.2. La Gale [42]

- Agent causal

Sarcoptes scabiei hominis : les adultes et les formes larvaires sont les agents de la gale humaine .De nombreux sarcoptes psoriques animaux sont rarement la cause de gales localisées et bénignes (*sarcoptes scabiei* var.*ovis*, *equi*, *cati*, *cameli* ...)

La femelle du sarcopte creuse un tunnel dans la couche cornée de la peau et y pond ses œufs .La salive histolytique est à l'origine d'une réaction urticarienne très prurigineuse .Le grattage est source de fréquentes surinfections .Les complications à distance (néphrites aiguës) sont exceptionnelles.

- Epidémiologie

Maladie endémo épidémique de grande fréquence, elle évoluerait sous forme d'épidémies mondiales par cycles de 20-30 ans peu influencés par les progrès de l'hygiène. La promiscuité joue un rôle favorisant : épidémies familiales ou liées à la concentration d'enfants en crèche, en milieu scolaire .La transmission est strictement interhumaine par contact cutané direct. La contagiosité est extrême, un seul contact peut suffire .La symptomatologie est surtout le prurit nocturne et lésions de localisations spécifiques.

10.3. Le Tétanos [41]

L'agent causal est le *clostridium tétani* : bacille anaérobie à gram positif présent dans le sol et les fèces humaines et animales.

Les spores sont résistantes à la chaleur et à la désinfection chimique.

Transmission, contagiosité

- ❖ Réservoir essentiellement tellurique : infection après une plaie souillée
- ❖ Maladie non contagieuse
- ❖ Incubation : 3 à 30 jours, moyenne : 8jours
- ❖ Maladie non immunisante

La symptomatologie est surtout constituée : la généralisation de la contracture, le trismus symptôme inaugural ; contracture des masséters bloquant l'ouverture de la mâchoire ; initialement intervient lors des efforts de mastication , la dysphagie ...

10.3. La Syphilis

Due au *Treponema pallidum*, agent de la syphilis vénérienne et de la syphilis endémique non vénérienne ou bejel. [41]

La syphilis est une maladie strictement humaine à transmission vénérienne dans 95% des cas.

La contamination est presque toujours directe par contact vénérien : chancres, plaques muqueuses, syphilides. Elle peut être congénitale par contamination trans-placentaire du fœtus dans la deuxième moitié de la grossesse.

*** La syphilis primaire**

L'incubation est en moyenne de trois semaines après le contact (le délai peut varier de 10 à 90 jours). Ses signes sont constitués par le chancre qui est une ulcération superficielle avec cinq caractères sémiologiques fondamentaux :

- il est indolore,
- il est bien circonscrit
- la surface est propre, lisse, rosée,
- il repose sur une base indurée,
- il est unique dans 2/3 des cas

et l'adénopathie satellite qui accompagne toujours le chancre, elle est inguinale ,uni ou bilatérale, froide, indolore sans péri adénite, elle est constituée par un gros ganglion unique ou à l'inverse par un paquet ganglionnaire ou l'un domine les autres par taille.

Les primo-infections syphilitiques sans chancre sont dues à trois causes :

- la syphilis prénatale,
- la syphilis transfusionnelle : inoculée au receveur par un donneur récemment contaminé,

- la syphilis décapitée par une antibiothérapie insuffisante.

* **Les autres syphilis sont :**

- *la syphilis secondaire* avec des manifestations cutanées précoces et les syphilides
- *la syphilis tertiaire*, elle apparaît 2 à 10 ans après l'infection initiale et ne touche que le sujet peu ou insuffisamment traités.

Les gommès peuvent siéger dans le tissu sous cutané, les muqueuses, les os, les viscères, le système nerveux central. Elles sont indolores sans adénopathie

- *la syphilis viscérale* : aortite, neurosyphilis, la méningite syphilitique précoce....

- *la syphilis congénitale* : le fœtus est contaminé dans la deuxième moitié de la grossesse par voie trans-placentaire par la mère porteuse d'une syphilis en phase primaire ou secondaire. Elle entraîne de nombreuses malformations.

Transmission

- vénérienne par un chancre génital
- par transfusion de sang d'un patient atteint de syphilis primo-sécondaire ou en période d'incubation : il n'y a donc pas de chancre.
- Verticale, trans-placentaire : syphilis congénitale.

Tableau IV : Le Récapitulatif des maladies susceptibles d'être transmissibles chez le coiffeur. [43, 44,]

Maladies	Agent Pathogène	Incubation	Mode de transmission	Principaux symptômes
Hépatites Virales	VHA	2 à 6 semaines	La transmission est féco-orale par ingestion d'eau ou d'aliments contaminés par les selles des malades ou des porteurs de germes.	Les formes symptomatiques sont fréquentes chez l'adulte avec : - anorexie, nausées, douleur intermittente de l'hypochondre droit. - Syndrome d'allure grippal avec céphalée fièvre, myalgie.
	VHB	4 à 28 semaines.	-Transmission parentérale : sang et dérivés, les toxicomanes intraveineux, les polytransfusés et les hémodialysés. - Transmission par voie sexuelle et salivaire - transmission mere-enfant.	Le polymorphisme clinique de l'infection VHB est grand. L'infection peut être aigue sur aigue ou chronique, et entraîner des lésions hépatiques très variable. Le plus souvent l'infection par le VHB est limité dans le temps (quelques semaines), qu'elle revête l'aspect : une forme asymptomatique (90%) des cas et reste encore souvent méconnue, ou une forme analogue à la forme décrite pour VHA.
	VHC	4 à 8 semaines	Essentiellement par le sang, rarement la transmission par contact sexuel ou transmission materno-infantile, le risque de la transmission verticale est de 5-10%. Entre 60-80% de toxicomanes par voie intra veineuse.	L'hépatite C aigue est habituellement peu symptomatique et est anictérique dans 90% des cas, si bien qu'elle passe le plus souvent inaperçue.
Gale	<i>Sarcoptes scabiei hominis</i>	2 à 3 semaines.	Transmission strictement inter humaine par contact cutané direct.	La symptomatologie est surtout le prurit à recrudescence nocturne et lésions de localisation spécifique.
Syphilis	<i>T.pallidum</i> <i>T.peretenu</i> <i>T.carateum</i>	3 semaines en moyenne avec la syphilis primaire. De 2 mois à 4 années pour la syphilis secondaire.	La transmission est : - Vénérienne par un chancre génital. - sang - verticale et transplacentaire	La symptomatologie est marquée par des éruptions cutanées puis par des lésions viscérales.
Tétanos	<i>Clostridium tétani</i>	3 à 30 jours Moyennes 8 jours.	Le réservoir est essentiellement tellurique : infection après une plaie souillée, maladie non contagieuse.	La symptomatologie est constituée par la généralisation de la contracture, le trismus, contracture des masséters bloquant l'ouverture de la mâchoire, dysphagie...

IV. METHODOLOGIE

1. Cadre et lieu d'étude :

L'étude s'est déroulée dans les salons de coiffure des 6 communes du district de Bamako. Reliée à Dakar par la voie ferrée et à Abidjan par la route, capitale du Mali, la ville de Bamako est inégalement partagée par le fleuve Niger. Elle est beaucoup plus étendue sur la rive gauche. Les deux rives sont reliées par deux ponts : le pont Fahd à l'Ouest et le pont des Martyrs à l'Est. Bamako est un carrefour industriel et commercial regroupant de nombreuses petites et moyennes entreprises.

Centre d'enseignement musulman sous l'empire du Mali (XI – XV^{ème} siècle), puis gros village fortifié à la fin du XIX^e siècle ,Bamako doit son premier essor à son statut de capitale de colonie (capitale du soudan français en 1908) . Depuis l'indépendance du pays (1960), l'exode rural et le développement du secteur tertiaire ont favorisé son expansion.

Elle comporte administrativement de nos jours 6 communes dont 4 sur la rive gauche.

Chaque commune est dirigée par un maire ainsi que les secteurs. [12]

- **La commune I** : est formée par les quartiers : korofina Nord, Korofina Sud ,Banconi, Djélibougou, Boulkassoumbougou, Fadjiguila, Doumanzana ,Mekin –sikoro,Sotuba.
- **La commune II** : Niaréla , Bagadadji ,Quinzambougou , Bozola, Missira, Medina coura, Zone industrielle, N'Colonina, Hippodrome.
- **La commune III** : N'tomikorobougou, Bamako coura, centre commercial, Ouolofobougou, Ouolofobougou bolibana, Dravela bolibana, Bamako coura bolibana, Badialan(I ,II,III).
- **La commune IV** : Lafiabougou,Hamdallaye, Djicoroni para, Talico,Sébenikoro ,Sibiribougou, kalabanougou,Lassa .

- **La commune V** : Badalabougou, Sema, Quartier Mali, Daoudabougou, Torokorobougou, Niamakoro, Sabalibougou, Bako Djicoroni.
- **La commune VI** : Faladié, Sogoniko, Maniambougou, Sénou, Yirimadjo, kalabancoura, kala bancoro, Banankaboubou, Missabougou, Sokorodji, Dianéguéla.

Sa superficie est estimée à 267 km² avec une population s'élevant à 1 218 853 habitants en 2002. Malgré son statut urbain, le district compte une forte proportion de population péri-résidante des cités dortoirs. La couverture sanitaire est assurée par 3 CHU, 6 centres de santé de référence, 47 centres de santé communautaires, 9 structures militaires et confessionnelles, 33 cliniques médicales, 103 cabinets médicaux, 7 structures INPS et 172 officines privées de pharmacie, 4 laboratoires d'analyses biomédicales. Nous avons retenu le district de Bamako comme cadre d'étude à cause de la concentration élevée des coiffeurs et de la fréquentation élevée des clients dans les salons de coiffeurs.

Le coiffeur par définition est un spécialiste dans les soins et l'hygiène capillaire, il doit être capable d'assurer [9]

- L'accueil de la clientèle.

- L'entretien et l'hygiène capillaire ;

- La réalisation des coupes, des mises en forme ; de coiffage.

- Le conseil et la vente des produits et service relevant de sa compétence.

Il devrait pour cela acquérir des connaissances parfaites en technologie professionnelle (biologie, physique, chimie). Il employait des produits toxiques et caustiques qu'il devrait connaître parfaitement. Par contre chez nous la plupart des coiffeurs n'ont jamais été à l'école, ceux d'entre eux qui sont partis à l'école ont abandonné soit au second cycle soit au lycée donc sont non qualifiés pour le travail. C'est seulement par manque de travail que la plupart d'entre eux sont devenus des coiffeurs. Beaucoup d'entre eux

ignoraient tout des conditions et des procédures de l'asepsie. C'est seulement pour ne pas rester sans rien faire que la majorité d'entre eux ont appris à coiffer avec d'autres coiffeurs sans leçon sur les risques que la coiffure peut entraîner, et c'est la même habitude qui se transmet de génération en génération pour le malheur de leurs clients.

2) Type et période d'étude :

Il s'agissait d'une étude prospective et descriptive qui a duré six mois allant du 27 décembre 2006 au 27 juin 2007.

- **Population** : l'étude a porté sur les clients des coiffeurs du district de Bamako.

- **Echantillonnage** : L'échantillonnage était aléatoire .Nous avons procédé par un recensement des clients des coiffeurs du District puis nous en avons retenu par tirage au sort 50 par commune, soit 300 clients interrogés dans le district de Bamako.

CRITERES D'INCLUSION :

Sont inclus dans notre étude :

- Les clients des coiffeurs présents durant notre période d'étude.
- Les clients des coiffeurs ayant accepté de répondre à nos questionnaires conformément à l'engagement pris par rapport à leur confidentialité.
- être client des coiffeurs à Bamako et accepter de participer à l'étude.

CRITERES DE NON INCLUSION :

- Les clients des coiffeurs en dehors de notre période d'étude.
- les clients des coiffeurs dont les réponses ne contenaient pas le minimum de renseignements.
- les clients des coiffeurs hors de Bamako.

4) Variables

Au cours de l'étude nous avons évalué les variables suivantes :

Variables mesurés

- Les données sociodémographiques :
 - Commune
 - Nationalité
 - Statut matrimonial
 - Profession

- Transmission du VIH /SIDA :
 - Rapports sexuels
 - Sang contaminé
 - Transmission mère à enfant
 - Blessure par objet contaminé

- Moyens de prévention :
 - Condom (préservatif)
 - Fidélité
 - Abstinence

- Procédure d'asepsie :
 - Lavage au savon
 - Lavage au désinfectant (alcool, eau de javel)

6) Collecte des données :

Les clients des coiffeurs retenus ont été soumis à un questionnaire et les éléments de réponse ont été portés sur une fiche d'enquête établie à cet effet. L'enquête a été conduite après avoir reçu les autorisations écrites et verbales des maires de six communes de Bamako. Il s'agissait de questionner un à un les clients des coiffeurs de manière anonyme, confidentielle sur la base du consentement libre et informé.

7) La saisie et l'analyse des données

La saisie et l'analyse des données ont été réalisées sur le logiciel SPSS 12.0. Les tableaux ont été conçus sur logiciel Microsoft WORD 2003.

❖ Aspects éthiques

Valeur sociale de l'étude :

Elle a permis l'amélioration des connaissances des clients des coiffeurs sur la transmission du VIH/SIDA et sur ses méthodes de prévention et par extension toute la communauté.

Elle a rendu les clients des coiffeurs plus exigeant et plus méfiant et a permis d'élucider la communauté sur les possibilités des risques que les coiffeurs ont pu entraîner en l'absence des conditions d'asepsie.

Valeur scientifique de l'étude

Il n'existait pas de risque nul de transmission du VIH lors d'une effraction cutaneo-muqueuse du matériel souillé potentiellement contaminé. Cependant il a existé au Mali sur cette question, la présence des données générales des risques et critères permettra aux autres des décisions de précision sur cette question.

Avantages et risques liés à l'étude

Elle permettait l'apprentissage des clients des coiffeurs en les préparant à être mieux outillé sur les risques. Il n'y a pas de risque notable lié à l'étude.

L'enquête s'est déroulée dans l'anonymat et la confidentialité.

Dans un premier temps, l'étude a été faite avec la participation selon un consentement et l'adhésion éclairée des clients des coiffeurs et conçue sur la fiche d'enquête.

Dans un second temps les identifications anonymes ont été conçues sur une autre fiche dite de confidentialité mais pour des raisons éthiques cette partie n'a pu être consignée dans la fiche d'enquête.

Autorisations administratives

Avant d'entreprendre l'enquête auprès des clients des coiffeurs, nous avons informé le doyen la F.M.P.O.S et nous avons adressé une autorisation d'enquête au niveau des maires des six communes du district de Bamako. Après leurs approbations avec des autorisations N°345-2006 du maire de la commune III, N°00291 du maire de la commune VI, et N°31 du maire de la commune II et des autorisations

verbales des autres maires, nous avons commencé l'enquête en toute légalité et en toute tranquillité. D'autres maires en l'occurrence le maire de la commune II nous a donné une autorisation d'enquête à déposer au niveau de la police pour question de prudence.

- Importance en santé publique : L'étude visait à l'amélioration des connaissances sur la transmission du VIH et sur ses méthodes de prévention.
 - Elle a permis de conscientiser les coiffeurs sur le risque que leur métier a pu entraîner si les conditions d'asepsie ne sont pas présentes.
 - Elle a rendu les clients méfiant et plus exigeants à chaque fois qu'ils se sont présentés chez les coiffeurs.
 - Elle a permis d'élucider tous ceux qui n'arrivaient pas à comprendre comment la coiffure a pu provoquer la transmission du VIH et beaucoup d'autres maladies.

NB : Les différentes demandes et autorisations administratives sont insérées dans l'annexe.

Figure 1 : Diagramme de Gant

Activités	Dates					
	Décembre 2006	Janvier 2007	Février 2007	Mars 2007	Avril 2007	Mai 2007
Recherche et rédaction du protocole	-----					
Collecte des données		-----				
Analyse des données					-----	
Interprétation des données						-----

IV. RESULTATS

Sur une période d'étude de 6 mois allant du 27 décembre 2006 au 27 juin 2007. Nos résultats globaux ont porté sur 300 clients des coiffeurs dans les six communes du district de Bamako soit 50 clients des coiffeurs par commune.

Les tableaux ci-dessous correspondent à nos résultats descriptifs.

A) Données générales :

Tableau V : Répartition des clients des coiffeurs par profession

Profession	Fréquence	Pourcentage
Etudiant	76	25,33
Artisanes	71	23,67
Sans emploi	33	11,00
Fonctionnaire	33	11,00
Employer de commerce	25	8,33
Militaire	19	6,33
Chauffeur	17	5,67
Commerçant	11	3,67
Imprimaire	10	3,33
Pêcheur	5	1,67
Total	300	100

La plupart des clients étaient des étudiants avec 25,33% des cas.

Tableau VI : Répartition des clients des coiffeurs selon leur nationalité

Nationalité	Fréquence	Pourcentage
Maliennne	246	82
Ghanéenne	25	8,3
Nigériane	18	6,0
Guinéenne	7	2,3
Sierra léonaise	3	1,0
Burkina bé	1	0,3
Total	300	100

La majorité des clients interrogés était de nationalité malienne avec 82% des cas.

Tableau VII : Répartition des clients selon leur statut matrimonial

Statut matrimonial	Fréquence	Pourcentage
Célibataire	207	69
marié	79	26,3
divorcé	13	4,3
veuf	1	0,3
Total	300	100

La majorité des clients enquêtés était des célibataires avec 69 % des cas.

B) Connaissances et sources d'information chez les clients des coiffeurs

Tableau VIII : Répartition des clients selon leurs connaissances sur le mode de transmission du VIH/SIDA

Voies de transmission	Fréquence	Pourcentage
Sexe	125	41,67
Blessure par objet contaminé	96	32
Sang contaminé	40	13,33
Mère à enfant	19	6,34
Excision	10	3,33
Ne sait pas	10	3,33
Total	300	100

Les voies de transmission les plus connues par les clients étaient la voie sexuelle avec 41,67% et la blessure par objet contaminé avec 32% des cas.

Tableau IX : Répartition des clients des coiffeurs selon leur connaissance sur le sang et liquides utilisés à risque dans la transmission du VIH

Eléments et liquide à risque	Fréquence	Pourcentage
Sang	135	45
Sang, salive	44	14,67
Sang, salive, linge souillé	40	13,33
Sang, le linge souillé	39	13
Sang, salive, sueur	17	5,66
N'en sait rien	11	3,67
Sang, sueur	8	2,67
Aucun produit	6	2
Total	300	100

Pour les clients, le sang est le produit à risque le plus fréquent avec 45% des cas.

Tableau X : Répartition des clients des coiffeurs selon leurs connaissances sur les objets à risque dans la transmission du VIH

Objet à risque	Fréquence	Pourcentage
Rasoirs, ciseaux, bistouris, aiguilles	103	34,33
Rasoirs, ciseaux, bistouris, aiguilles, lames	72	24
Rasoirs, ciseaux, aiguilles	38	12,67
Rasoirs	25	8,33
N'en sait rien	19	6,33
Ciseaux, aiguilles	12	4
Rasoirs, aiguilles	11	3,67
Rasoirs, ciseaux, lames	11	3,67
Rasoirs, ciseaux	5	1,67
Rasoirs, bistouris	4	1,33
Total	300	100

Les objets à risque les plus fréquents selon l'enquête menée chez les clients étaient les Rasoirs, les ciseaux, les bistouris, les aiguilles dans 34,33% des cas.

Tableau XI: Répartition des clients des coiffeurs selon leurs connaissances sur les maladies transmissibles possible chez les coiffeurs

Maladies à transmission possible	Fréquence	pourcentage
Sida	68	22,67
Sida, hépatite, mycose, gale	48	16
Sida, Mycose	41	13,67
Pas de maladie	23	7,67
Mycose	21	7
Sida, hépatite	15	5
Mycose, tétanos	13	4,33
Sida, gale	12	4
Sida, hépatite, mycose	12	4
Sida, mycose, gale	12	4
Sida, tétanos	11	3,67
Tétanos	7	2,33
N'en sait rien	7	2,33
Gale	6	2
Mycose, gale	4	1,33
Total	300	100

IL ressort de l'analyse des données consignées dans le tableau XI que 22,67% des clients pensaient que le sida est la maladie la plus fréquente.

Tableau XII : Répartition des clients des coiffeurs selon leur source d'information sur le VIH/SIDA

Source d'information	Fréquence	Pourcentage
Radio et Télévision	124	41,33
Bouche à oreille	111	37
Lecture	24	8
Internet	29	9,67
NON entendu	12	4
Total	300	100

Les sources d'information les plus connues des clients étaient la Radio et la télévision avec 41,33% des clients interrogés.

C) Moyens des préventions chez les clients des coiffeurs

Tableau XIII : Répartition des clients selon leurs connaissances sur le mode de prévention du VIH/SIDA

Prévention	Fréquence	Pourcentage
Condom, fidélité, abstinence	70	23,33
Condom, fidélité	44	14,67
Condom	42	14
Condom, fidélité, l'utilisation unique des lames	29	9,67
Condom, l'utilisation unique des lames	21	7
Condom, abstinence, l'utilisation unique des lames	17	5,67
Condom, abstinence	17	5,67
Condom, fidélité, abstinence, l'utilisation unique des lames	17	5,67
abstinence	9	3
L'utilisation unique des lames	9	3
Etre un bon musulman	9	3
Fidélité, abstinence	8	2,67
Fidélité	7	2,33
Ne sait pas	1	0,33
Total	300	100

Les moyens de prévention les plus connues par les clients étaient le condom, la fidélité, l'abstinence avec 23,33% des cas.

VII. DISCUSSION

Difficultés rencontrées

La lenteur des procédures administratives au niveau de certaines mairies pour l'obtention des autorisations.

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

La crainte de certains clients à parler avec des inconnus, nous a amené à un long dialogue avant d'accepter de coopérer.

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

La grande superficie de la ville de Bamako qui a rendu le champ d'étude un peu vaste.

L'absence des données fiables et récentes sur ce thème de recherche au MALI.

Les limites méthodologiques

Cet échantillon ne représente pas l'ensemble des clients de Bamako, aussi les réponses aux questions ne sont pas vérifiables.

La méconnaissance du VIH/SIDA par certains clients des coiffeurs et des maladies susceptibles d'être transmises dans les salons des coiffeurs a conduit à la faiblesse du plateau technique.

Les clients interrogés par l'enquêteur ne répondaient pas forcément de façon totalement franche.

Les clients pouvaient faire une déclaration inexacte à l'enquêteur.

D'une façon générale, tous les biais évoqués ont montré à quel point le travail de collecte de données était délicat.

Le métier de coiffeur a continué à exposer les clients des coiffeurs à de multiples maladies infectieuses.

De nombreux débats ont souligné le besoin d'information et de sensibilisation vis-à-vis du VIH/SIDA ; alors que le métier de coiffeur qui pouvait être source de contamination a été toujours négligé.

Selon Christopher Park si par coiffure on entendait le rasage ; alors un risque de transmission du VIH pouvait exister si la même lame a été utilisée d'une personne à une autre sans désinfection [7].

Au Mali il n'y avait pas eu d'étude spécifique sur les clients des coiffeurs, la seule que nous avons eue concernait le risque infectieux lié au sang chez les coiffeurs –barbiers traditionnels et leurs clients au Maroc ; que nous avons utilisé pour comparer nos résultats.

Ainsi nous avons initié ce travail pour évaluer les connaissances et attitudes pratiques des clients des coiffeurs de la ville de Bamako face au VIH/SIDA.

Pour ce faire nous avons soumis les clients des coiffeurs à de questionnaire individuel.

A- Données Générales

Cette section a porté sur le sexe, la profession, la nationalité et la situation matrimoniale.

L'enquête s'est déroulée exclusivement dans les 6 communes du district de Bamako.

1) Sexe

Le sexe masculin a été le plus représenté avec 100% des clients des coiffeurs, cela s'explique par le fait que l'échantillonnage ait porté uniquement dans les salons de coiffeurs fréquentés en majorité par les hommes, plutôt que ceux fréquentés par les femmes.

Conformément à l'étude menée chez les coiffeurs –barbiers exclusivement de sexe masculin au Maroc.

2) Profession, nationalité et situation matrimoniale :

° La nationalité Malienne a été la plus fréquente avec 82% ; les Ghanéens 8,3% et Nigériens 6%. Les autres nationalités étaient composées de Guinéens, Sierra léonais, et Burkinabé avec respectivement 2,3%, 1%, 0,3%.

La situation matrimoniale est en faveur des célibataires avec 69 % et les mariés de 26,3%. Ce taux de 69% pourrait s'expliquer par deux raisons :

- soit les clients de coiffeurs sont dans la **population jeune**, ou par le fait que l'échantillonnage des clients de coiffeurs interrogés est célibataire par manque de moyens financiers.

Comparativement à l'étude menée chez les coiffeurs –barbiers exclusivement de sexe masculin. L'étude a obtenu que les coiffeurs aient été mariés à 54,7% et à 42% célibataires. Cette différence a pu s'expliquer par l'échantillonnage élevé chez les clients des coiffeurs, soit par une précocité du mariage au Maroc ou par le fait que le métier de coiffeur barbier est réservé à des hommes d'un certain âge en majorité par l'âge avec seulement 35% des coiffeurs qui avaient moins de 25ans.

B- Connaissances et sources d'information

✓ les sources d'information sur le VIH/SIDA

Selon notre enquête 96% des clients des coiffeurs ont entendu parler du VIH/SIDA, avec comme principale source d'information : la radio et la télévision avec 41,33% suivies par la méthode de bouche à oreille et la lecture avec respectivement 37% et 8 %.

Nos résultats sont proches de ceux obtenus au Maroc avec 42% pour la mass médias, la bouche à oreille 32%. Cette approche des données s'est expliquée par le fait les populations de deux pays s'informent de la même manière grâce au mass médias et la bouche à oreille (tradition orale).

Même si un nombre important des clients des coiffeurs ont entendu parlé du SIDA, **4% des clients, n'ont aucune connaissance sur le VIH/SIDA.**

✓ **les connaissances sur le mode de transmission du VIH/SIDA.**

Selon notre étude les voies de transmission les plus connues chez les clients des coiffeurs étaient la voie sexuelle (41,67%) ; les blessures par objet contaminé (32%) et le sang contaminé (13,33%).

Chez les coiffeurs –barbiers du Maroc les voies les plus citées par ordre de fréquence étaient la voie sexuelle (48%), la transmission sanguine (33%) et la blessure par objet contaminé (26%).

Nos résultats sont légèrement au dessous de ceux obtenus chez les coiffeurs barbiers du fait du niveau d’instruction de leur échantillon et de la connaissance du risque de leur métier.

Même si 96,67% des clients des coiffeurs ont cité au moins une jusqu’à quatre voies de transmission, **il est à signaler que 3,33% ont déclaré ne rien savoir sur les voies de transmission du VIH/SIDA.**

✓ **Les moyens de connaissances sur les maladies transmissibles.**

- Jusqu’à 90% des clients des coiffeurs ont connu au moins une maladie transmissible jusqu’à 4 susceptibles d’être chez les coiffeurs, 7,67% des clients ont déclaré qu’il n’y a aucune maladie chez les coiffeurs et 2,33% n’en savaient rien .

Les maladies les plus citées par les clients des coiffeurs étaient : Le sida (22,67%) ; le sida, l’hépatite virale, la mycose, la gale avec 16% ; le sida, la mycose avec 13,67%. Comparativement chez les coiffeurs –barbiers les maladies les plus redoutées étaient les affections dermatologiques telles que les mycoses (72%), ou la gale (75%). Un quart des coiffeurs barbiers connaissait les modes de transmission du VIH et moins de 1% ceux de l’hépatite.

Cas du VIH/SIDA

Chez les coiffeurs barbiers 27% ont connu le VIH/SIDA contre 22,67% chez les clients des coiffeurs. Cette différence a montré que les coiffeurs barbiers ont reconnu le risque de leur métier qui pouvait être à l'origine de plus de 25% du VIH/SIDA chez les clients si des précautions d'asepsie n'étaient pas prises, grâce à leur niveau d'instruction.

✓ Les connaissances sur les produits à risque

Chez les clients des coiffeurs les produits à risque les plus cités ont été :

- ❖ sang avec 45%
- ❖ Sang, salive avec 14,67%
- ❖ Sang, salive, linge souillé avec 13,33%

Selon l'enquête chez les coiffeurs barbiers le sang est le produit à risque le plus connu avec 92%.

Nous avons constaté que le sang était le produit le mieux connu des coiffeurs barbiers avec 92%, contre 45% pour les clients des coiffeurs. Cela s'expliquait par la connaissance des produits à risque, et que le sang reste le produit le plus dangereux pour les coiffeurs -barbiers. Il est à noter que 3,67% des clients de coiffeur ne savaient rien des produits à risque dans la transmission du VIH.

B- Les moyens de prévention

Selon notre enquête auprès des clients de coiffeurs

- ❖ 99% ont connu au moins un à trois moyens de prévention contre le VIH/SIDA.
- ❖ 3% pensaient que le seul moyen efficace de prévention contre le SIDA était d'être un bon musulman.

Les moyens de prévention les plus cités étaient : le condom, la fidélité et l'abstinence avec 23,33% suivie de (condom, fidélité) et condom avec respectivement 14,67% et 14%.

5,67% trouvaient qu'en plus du condom et de l'abstinence qu'il faudrait exiger le dépistage avant le mariage comme moyen de lutte.

VI. CONCLUSION & RECOMMANDATIONS

Conclusion

Le but de notre étude était d'évaluer les connaissances et attitudes pratiques des clients des coiffeurs face au VIH/SIDA.

Au terme de cette l'étude on a dénoté que les clients des coiffeurs ont une connaissance moyenne sur les modes de transmission du virus, les maladies transmissibles et les moyens de prévention.

Cependant on a retrouvé des proportions non négligeables d'individus n'ayant aucune information sur les voies de transmission du VIH/SIDA.

D'autres ont émis l'idée d'exiger le dépistage avant le mariage comme moyens de lutte en plus du condom et de l'abstinence.

Par ailleurs comme perspective de recherche pour combler les insuffisances il faudra un échantillonnage plus représentatif axé sur deux communes par enquêteur soit 3 enquêteurs pour la ville de Bamako.

RECOMMANDATIONS

Au terme de cette étude nous proposons certaines recommandations.

Aux autorités politiques et sanitaires

A travers le centre national d'information, d'éducation et de communication pour la santé (CНИЕCS)

- Renforcer la lutte préventive contre le VIH/SIDA à travers des émissions à la télé et à la radio en mettant un accent particulier sur le travail correct des coiffeurs et sensibiliser les clients des coiffeurs à être exigeant et plus méfiant.
- De créer des centres de formation des coiffeurs sur l'utilisation des antiseptiques et des désinfectants.
- De créer d'autres ébauches d'emploi pour pouvoir régler le métier de coiffeur.
- Mettre en place un control hygiénique des salons de coiffure.

Aux clients des coiffeurs

- D'être vigilant et plus exigeant chez les coiffeurs.
- Que chaque client ait sa propre tondeuse.
- D'exiger la désinfection du matériel avant la coiffure.
- D'exiger des lames neuves.

Aux coiffeurs

- Le port systématique des gants pour leur propre sécurité ;
- A plus de rigueur et plus de propreté dans leur métier de coiffeur.
- La propreté de l'atelier.
- L'asepsie du matériel de coiffure.
- S'informer régulièrement sur les maladies à risque de leur métier.

VII. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1) APPIT.

Infection à VIH et SIDA. Médecine tropicale, Paris : Flammarion, 1994 ;
640p.

2) SISSOKO M.

Complications rénales au cours du VIH et traitement par les ARV. Thèse Med,
Bamako, 2005, n°37

3) ELKHOULY AE., YOUSEF RT.

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

4) ONUSIDA

Le point sur l'épidémie de SIDA : février 2007 3p

5) [http:// www.invs.sante.fr/publications/2003/vih_sida_n1/](http://www.invs.sante.fr/publications/2003/vih_sida_n1/)

rapport_vih_sida_n1.pdf. Surveillance du VIH/SIDA en France rapport
n°1-2003 consulté le 05/07/07

6) <http://www.aids.ch>. Rapport annuel de l'aide suisse contre le sida consulté
le 09/07/07

7) [http : //www.arcat-sida.org /publi/docs/question.doc](http://www.arcat-sida.org/publi/docs/question.doc) .PARKC.

Le SIDA. Réponses aux questions du personnel de santé sur l'infection par le
VIH 7^{ème} éd. Septembre 1997 consulté le 05/08/07

8) ZAHARAOUI-MEHADJI et Col

Risque infectieux lié au sang chez les coiffeurs barbiers traditionnels et leurs
clients au Maroc.

Article de périodique santé 2004 ; **14,4** : 211-216

9) [http://www.cm 94.com /cfa /metiers /coiffure/index.asp](http://www.cm94.com/cfa/metiers/coiffure/index.asp). Consulté le
04/02/08

10) Willy Rosenbaun . Chronologie infection à VIH in impact médecin-
général infection à VIH 2001 ; **16** : 201-205

- 11) **L'enquête préliminaire** de EDSM IV au Mali.2006 ; **37p**
- 12) **mairie bamako.africa-web.org /finances .htm** Consulté le 04/02/08
- 13) **http://www.Who.org**. Cinquième rapport sur l'épidémie mondiale du SIDA en fin 2007. Consulté le 03/02/2007.
- 14) **ONUSIDA**
Le point sur l'épidémie de SIDA. 2007 ; **15p**
- 15) **http:// www.aids.info.ch.VIH** et SIDA
- 16) **http://www.1santé.com/dossier/sida_vih2.htm .Consulté** le 05/02/08
Informations fondées scientifiques SIDA
Information suisse.Consulté le 07/09/07
- 17) **Grossman .Z, polis M, Feinberg MB et al**
On going HIV dissémination du ring HAART
Nature Med 1999; **373**:117-22
- 18) **Barré-Sanoussi F.**
HIV as the cause of AIDS.
Lancet 1996; **348**: 3-15
- 19) **Simon F, Mauer P, Roques P et al**
Identification of a new human immunodeficiencyvirus type 1distinct from group M and O
Nature Medecine 1998; **4**:1032-7
- 20) **Robertson DL, sharp PM, Mc Cutchan FE, Hahn BH**
Combination in VIH-1
Nature 1995; **374**:1

21) Loussert –Ajaka I, chaix ML, korber B et al

Variability of human immuno-deficiency virus type I group o strains isolated from

Cameroonian patients lining in France.

J .Virol 1995; **69 (9)** : 5640-9

22) Gao F, Bailes E, Robertson DL et al.

Origin of HIV-1 in chimpanzee par troglytes

Nature 1999; **397**:436-40

23) fr. wikipedia .org /wiki /virus_de_l'immunodéficience humaine.

Rapport sur l'épidémie mondiale de sida 2006.Consulté le 06/06/07

24) Rothe M, Israel N, Barré-Sanoussi F.

Mécanismes de la réplication virale des vVIH.

Med Therapeut 1996; **2**:12-8

25) CISSE H.

Aspects cliniques et épidémiologiques de la maladie de Kaposi chez les patients infectés par le VIH/SIDA. Thèse Med, Bamako, 2006, n°41

26) ZOUNGRANA J.

VIH et manifestations neuropsychiatriques. Thèse Med, Bamako, 2005, n°19

27) Pantalco G, Graziozi C, Fauci AS.

Mechanisms of disease: the immunopathogenesis of human immunodeficiency virus infection.

N England J med 1993; **328**: 327-36

28) 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 **199**:75-96

29) IMAARV(Initiative Malienne d'Accès aux antirétroviraux).

Plan d'action, Atelier, Bamako, Janvier 2001

30) ONUSIDA

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

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

31) JULLE .D.

Prise en charge thérapeutique des personnes infectées par le VIH.

Paris : Flammarion Médecine –sciences, 2002, **PP.263-275.**

32) OMS.

Améliorer l'accès aux traitements antirétroviraux dans les pays à ressources limitées.

Recommandations pour une approche de santé publique.

Révision 2003.Genève, 2004

33) Bocary FONGORO

Prescription et l'utilisation des antiseptiques. Thèse, pharm.

Bamako, 2006, **n° 82**

34) Ray R.L.G

Utilisation des antiseptiques pour les soins de plaie dans le service de traumatologie et d'orthopédie de l'hôpital GABRIEL

TOURE de Bamako **n°10**

Thèse pharm.Bamako, 2002 ;

35) Le bon usage des antiseptiques.

Groupe de travail CCLIN SUD-OUEST 2000/2001.

www.cclin-sudouest.com/recopdf/atsp2p.pdf Consulté le 05/07/07

36) AFNOR (Association Francophone de normalisation)

Mars 1981 **NFT 72-101**

37) Antiseptique et désinfectants, Mai 2000/CCLIN Paris Nord

38) Bocary FONGORO

Prescription et l'utilisation des antiseptiques. Thèse, pharm.

Bamako, 2006, n° 25

39) SPIRE B., MONTAGNIER L., BARRE-SINOUSI F CHERMANN

JC. Inactivation of lymphadenopathy associated virus by chemical disinfectants. lancet 1985; **43**:1614-1621.

40) Classification et caractéristiques des antiseptiques

[http:// aly-abbara.com /livre-](http://aly-abbara.com/livre-gynobs/termes/hygiène/antiseptiques-classification-caracteristique)

[gynobs /termes /hygiène/antiseptiques-classification-caracteristique](http://aly-abbara.com/livre-gynobs/termes/hygiène/antiseptiques-classification-caracteristique)

[htm](http://aly-abbara.com/livre-gynobs/termes/hygiène/antiseptiques-classification-caracteristique) Consulté le 06/08 /07

41) Infection à VIH et SIDA. In:

CMIT, ed. E Pilly Montmaron CY:

2M2 ed; 2006 ; **89.1** :482p

42) Vademecum clinique du diagnostic au traitement

V.Fattorusso/O.Ritter ,17^{ème} édition **2002** :382-1175

43) APPIT

Maladies infectieuses et tropicales .Infection bactérienne, Paris : E.PILLY, **2000** :317- 380

44) MEDECINS SANS FRONTIERES.

Guide clinique et thérapeutique. Pathologie dermatologique. Paris : 2002 ,**5** ; 94p.

FICHE D'ENQUETE

1-LOCALISATION

Commune

Nationalité

Statut matrimonial /___/ 1=Marié(e) 2=Célibataire 3=Divorcé(e),
4=Veuf (ve)

Profession

2-AVEZ-VOUS ENTENDU PARLER DU SIDA ?

/___/ Radio /___/ Télévision /___/ Agent de santé

/___/ Bouche à oreille

/___/ Non /___/ Autres.....

3-COMMENT SE TRANSMET LE VIH/SIDA ?

/___/ Sexe /___/ Sang contaminé /___/ Mère à Enfant

/___/ Blessure par un objet contaminé /___/ Ne sait pas

/___/ Autres.....

4-QUELLES SONT LES MALADIES QU'ON PEUT ATTRAPER CHEZ UN COIFFEUR ?

/___/ SIDA /___/ Hépatite /___/ Syphilis /___/ Mycoses

/___/ Gale Autre à préciser.....

5-QUELS SONT LES PRODUITS MANIPULES A RISQUE ?

/___/ Sang /___/ Salive /___/ Sueur

/___/ Linge souillé /___/ Ne sait pas Autres à
préciser.....

6-QUELS SONT LES OBJETS À RISQUE ?

/___/ Rasoirs /___/ Ciseaux /___/ Bistouris coupe –chou

/___/ Aiguilles Autres à préciser.....

/___/ Ne sait pas

7- QUELS SONT LES MOYENS DE PREVENTION CONTRE LE VIH/SIDA ?

/___/ Condom (préservatifs) /___/ Fidélité /___/ Abstinence

Autres à préciser

/___/ Ne sait pas

FICHE SIGNALITIQUE

Nom : HAIDARA

Prénom : Moulaye Idrissa

Nationalité : Malienne

Titre : connaissances et attitudes des clients masculins des coiffeurs de la ville de Bamako face au VIH/SIDA.

Année universitaire : 2007-2008

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la FMPOS

Cell : 910 29 88

RESUME

Le but de notre étude était d'évaluer les connaissances et les attitudes des clients masculins des coiffeurs face au VIH et au SIDA.

Au terme de cette étude, nous avons abouti aux conclusions suivantes :

- Les clients masculins des coiffeurs ne connaissaient pas assez les voies de transmission du VIH.
- La majorité des clients masculins connaissaient les moyens de prévention du VIH.

Nous avons sensibilisé au cours de cette étude la population d'étude sur les voies de transmission et de prévention du SIDA.

Afin de prendre en compte le VIH dans ce secteur nous avons formulé des recommandations.

Mots clés : VIH /SIDA, clients, Bamako, Mali

Card –indexes technical and summary:

Name: HAIDARA

First name: Moulaye Idrissa

Titrate thesis: knowledges and attitudes of the hairdresser's customers face to AIDS/HIV

Year: 2007-2008

Countries of origin :Mali

Town of defense: Bamako

Discharge point: Library of the odonto-stomatologie and pharmacy, faculty of medicine.

Phone : 910 29 88

Summary

The aim of our study is to estimate practical knowledges and attitudes of hairdresser's customers face to AIDS/HIV. In them of the study, we can lead to following conclusion:

- The hairdressermen's customers haven't know enough the voices of HIV transmission.
- The majority of customers knowed the means of prevention. All time certains ignored all the HIV prevention.

We have sensibilised the population during this study on the transmissions voices and AIDS prevention.

In order to consider the HIV in this sector, we have written the recommendations.

Crossword keys: AIDS/VIH, Customers, Bamako, Mali

SERMENT D'HYPPOCRATE

En présence des maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hypocrate, 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 viennent s'interposés entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès sa conception. Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre l'humanité.

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

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

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

JE LE JURE