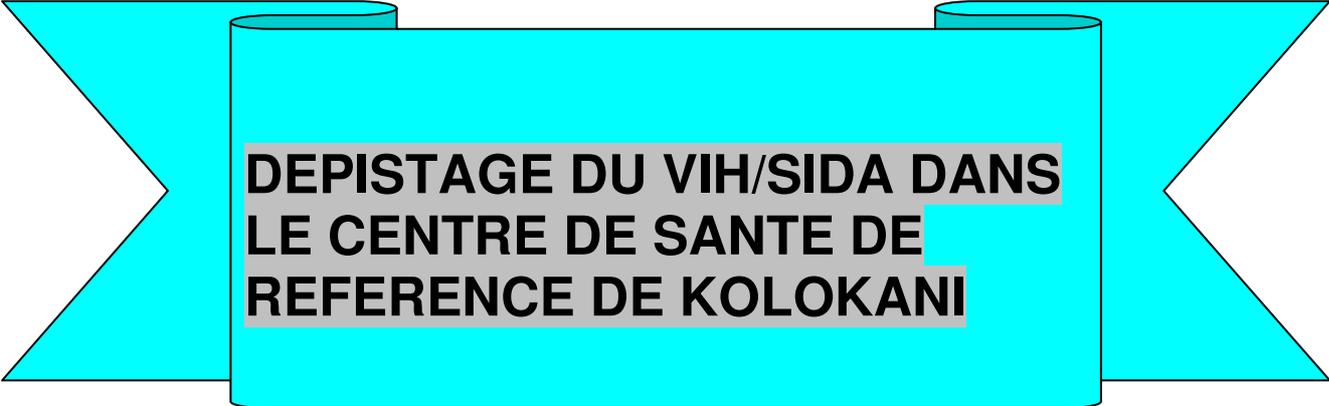


MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SECONDAIRE,
SUPERIEUR, ET DE LA RECHERCHE
SCIENTIFIQUE
UNIVERSITE DE BAMAKO

REPUBLIQUE DU MALI
Un Peuple – Un But – Une Foi

FACULTE DE MEDECINE DE PHARMACIE ET D'ODONTO – STOMATOLOGIE
Année Scolaire 2009 – 2010

N°/...../



**DEPISTAGE DU VIH/SIDA DANS
LE CENTRE DE SANTE DE
REFERENCE DE KOLOKANI**

THESE

Présentée et soutenue publiquement à Heures
Devant la faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odonto – Stomatologie

Par

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

JURY

Président :
Membre :
Directeur de thèse
Co-Directeur :

DEDICACES

-Au tout puissant<<ALLAH>>

Le tout Puissant, le Miséricordieux

Je remercie le bon Dieu de m'avoir montré ce jour si précieux et le prie pour qu'il nous guide sur le droit chemin.

Je dédie ce travail :

– A mon grand-père et Famille

Durant toutes mes études , vous m'avez hébergée et conseillée. Le mot me manque pour vous remercier. Que l'Eternel vous donne une longévité dans ce bas monde !

-A mon père Bakary DAGNOKO

Cher père, depuis l'enfance vous nous avez montrés la voie du bonheur par le travail ! Je ne saurais apprécier à leur minimum de valeur tout ce que vous avez fait et continuez à faire pour nous. Priez pour que nous puissions en faire de même pour nos enfants.

-A ma mère Sira SAKILIBA

Très chère mère, tu es pour nous un exemple de bonté, de courage et d'amour. en tant que maman .

Que Dieu nous permette de vous témoigner longtemps notre attachement !

-A ma Tante Sétou COULIBALY

Je ne saurais vous remercier pour tout ce que vous avez fait pour nous .

Je vous présente ce travail en guise de reconnaissance !

-A mes frères et sœurs

Vous êtes très sympathiques et travailleurs. Je vous exhorte à persévérer dans la patience et le courage.

Ce travail est le votre.

– A tous mes collègues

Je vous remercie de votre esprit de bonne collégialité!

-A mes tantes et oncles

Je vous suis très reconnaissantes ! Que DIEU vous bénisse !

Nous adressons nos vifs remerciements à :

tout le personnel du Rectorat de l'Université du Mali

Merci de votre capacité de gestion en ressources humaines qualifiées !

tout le corps professoral et à tout le personnel de la FMPOS

Merci de votre pédagogie, votre formation de qualité !

tout le personnel de la Bibliothèque de la FMPOS

Vous avez le sens de l'organisation et de l'accueil !

tous les Notables du Point-G

Merci de votre hospitalité !

au Médecin-chef du Centre de Santé de Référence de Kolokani et à tout le personnel socio-sanitaire de Kolokani

Je vous remercie de votre soutien sans faille dans le cadre de cette étude sur le dépistage du VIH/SIDA dans votre structure sanitaire !

tous mes collègues de service, tous mes amis(es), tous mes collègues de la faculté:

Merci de votre collaboration !

Toutes les PVVIH

Je vous remercie de votre compliance au traitement ARV .

Bonne guérison !

A notre Maître et Président de Jury :

Professeur

Chef du DER de Santé Publique à la Faculté de Médecine, de Pharmacie et D'Odontostomatologie

Cher Maître

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

Votre bonté , votre humanisme et votre rigueur scientifique font de vous un Maître respecté et admiré de tous.

Acceptez ici nos remerciements les plus sincères.

A notre maître et membre de jury

Cher Maître

C'est un grand honneur pour nous de vous avoir comme membre de ce jury.

Votre courtoisie, votre humilité, votre sens du travail bien fait font de vous une référence.

Vous avez fait montre d'une grande disponibilité pour parfaire ce document.

Trouvez ici l'expression de notre profonde reconnaissance!

A notre Maître et Codirecteur de thèse

Dr Séga KONATE Médecin au Centre de Santé de Référence de Kolokani
Spécialiste en Santé Communautaire Orientée vers la lutte contre le VIH/SIDA

Cher Maître, nous avons été marqués par vos qualités humaines, votre dévouement, votre détermination et votre acharnement pour le travail bien fait.
Vous n'avez ménagé aucun effort malgré vos multiples préoccupations pour la réalisation de ce travail dans une atmosphère sereine.

Soyez assuré, cher Maître, de notre grande reconnaissance !

A notre Maître et Directeur de thèse :

Pr Jean TESTA

Maître de conférences en santé publique à la FMPOS

Cher Maître

Ce travail est le vôtre, vous avez toujours fait preuve d'une large disponibilité et d'une grande sympathie dans la réalisation de ce travail.

Votre humanisme, votre simplicité et votre courtoisie font de vous un Maître respecté et respectable.

Vous avez contribué, à travers vos conseils et correction, à la perfection de ce travail

Veillez accepter, Cher Maître, l'expression de notre profonde gratitude !

LISTE DES ABREVIATIONS

SIGLES ET ABREVIATIONS	DEFINITION
VIH	Virus de l'immunodéficience Humaine
SIDA	Syndrome d'Immunodéficience Acquis
DCI	Dénomination commune internationale
ARV	Antirétroviraux
EDSM IV	Enquête démographique de Santé Mali IV
IST	Infections Sexuellement Transmissibles
CCDV	Centre de Conseil et de Dépistage Volontaire
PTME	Prévention de la Transmission Mère Enfant
CSREFKni	Centre de Santé de Référence de Kolokani
SNIS	Système National Informatique Sanitaire
CDV	Centre de Dépistage Volontaire
CSCOM	centres de santé communautaires
PMA	Paquet Minimum d'Activités
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
ADERA	Association de Développement par la Recherche –Action
ADAF-GALLE	
CARD	Carrefour de Développement
CAP	Connaissance Attitude Pratique
INRSP	Institut National de Recherche en Santé Publique
PVVIH	Personne Vivant avec le VIH
PEC	Prise En Charge

SOMMAIRE

1	INTRODUCTION.....	1
2	OBJECTIFS DE L'ETUDE	3
2.1	Objectif général :.....	3
2.2	Objectifs spécifiques :	3
3	GENERALITES	4
3.1	Généralités sur le dépistage du VIH-SIDA	4
3.1.1	Définition du dépistage du VIH/SIDA.....	4
3.1.2	Intérêt du dépistage	4
3.1.3	Indications du dépistage	4
3.1.4	Programme national de dépistage du VIH-SIDA au Mali	5
3.1.5	Les principes directeurs des centres de conseils et de dépistage volontaire (CDV) au Mali	6
3.1.6	Le diagnostic biologique du VIH	7
3.1.7	Schéma de l'algorithme des tests en parallèle.....	9
3.1.8	Schéma de l'algorithme des tests en série	10
3.2	Généralités sur le cercle de Kolokani.....	11
3.2.1	Données géographiques.....	11
3.2.2	Données démographiques :	11
3.2.3	Données socio-économiques :	11
3.2.4	La situation sanitaire :	12
3.2.5	L'Education	14
4	METHODOLOGIE.....	15
4.1	Cadre de l'étude	15
4.2	Type d'étude.....	15
4.2.1	Population d'étude.....	15
4.2.2	Période de l'enquête	15
4.2.3	Critères d'inclusion	15
4.2.4	Critères de non inclusion.....	16
4.2.5	Echantillonnage	16
4.2.6	Méthode et outils de recueil des données.....	16
4.2.7	Déroulement	17
4.2.8	Méthode d'analyse	17
4.2.9	Les données	17
4.2.10	Mise en œuvre	18
4.2.11	Activités	18
4.2.12	Considérations éthiques.....	18
5	RESULTATS	19
5.1	Organisation du dépistage du VIH/SIDA à Kolokani.....	19
5.1.1	Le circuit du patient sur le dépistage dans le district sanitaire de Kolokani	19
5.1.2	Diagnostic sérologique du VIH à Kolokani :	20
5.2	Etude globale sur les dépistages réalisés de 2004 à 2008	21
5.2.1	Etude descriptive des dépistages réalisés	21
5.2.2	Résultat du test de dépistage VIH	26
5.3	Etude du dépistages volontaire réalisé de 2004 à 2008.....	30
5.3.1	Etude descriptive des dépistages volontaires réalisés	30
5.3.2	Résultat du test de dépistage volontaire	34
5.4	Enquête CAP sur le dépistage du VIH/SIDA.....	36
5.4.1	Description de la population étudiée.....	36

5.4.2	Connaissance de la gratuité du test de dépistage.....	37
5.4.3	Connaissance d'un lieu où faire le test de dépistage.....	38
5.4.4	Attitude et pratique par rapport à la réalisation du test de dépistage	39
5.4.5	Attitude et pratique par rapport aux relations sexuelles.....	42
6	COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS	48
6.1	Organisation du dépistage du VIH/SIDA à Kolokani.....	48
6.2	L'étude rétrospective portant sur les patients dépistés (VIH/SIDA) au CSREF de Kolokani.....	48
6.2.1	Fiabilité et difficultés de l'étude :	48
6.2.2	Fréquentation.....	48
6.2.3	Résultat du test de dépistage du VIH	50
6.3	Dépistage volontaire.....	52
6.3.1	Dépistage volontaire par année de dépistage	52
6.3.2	Statut sérologique.....	52
6.4	L'enquête CAP.....	53
6.4.1	Représentativité de l'échantillon.....	53
6.4.2	Connaissance d'un lieu de dépistage et de la gratuité.....	53
6.4.3	Attitude face au test VIH.....	53
6.4.4	Motif de la réalisation du test de dépistage du VIH/SIDA.....	54
6.4.5	Comportement sexuel.....	54
6.4.5.2	L'usage de moyens de prévention avec un partenaire différent de l'époux/épouse	55
7	CONCLUSION	56
8	REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	58
9	ANNEXES	60

1 INTRODUCTION

Le VIH/SIDA touche toutes les couches de la société et tous les secteurs et domaines de développement.

Depuis un quart de siècle le VIH/SIDA avec le paludisme ont imposé un déficit important de toute l'humanité [1].

L'augmentation des maladies et des décès dus au SIDA dans les régions du monde les plus touchées, notamment en Afrique subsaharienne a anéanti des années de développement à tous les niveaux et dans l'ensemble de la société [2].

Si l'on se fie à l'histoire de l'épidémie, le VIH est susceptible de nous réserver d'autres surprises auxquelles le monde doit se préparer. Par dessus tout, les dimensions de l'épidémie restent stupéfiantes.

Près de 33 millions de personnes vivent avec le VIH et 2,7 millions de nouvelles infections se sont produites en 2007. L'épidémie de VIH demeure une menace majeure pour la santé dans le monde [3].

Il est devenu une des premières causes de morbidité et de mortalité. Il constitue à terme une menace pour la stabilité et la survie de notre pays, parce que touchant les forces vives de la nation.

L'Afrique quant à elle demeure toujours l'épicentre de l'épidémie. En effet, n'hébergeant que 10 % de la population mondiale, l'Afrique comptait à elle seule 63 % des personnes infectées par le VIH en 2006 [2].

L'Afrique au sud du Sahara reste la partie du monde la plus touchée par l'épidémie. Deux tiers des personnes vivant avec le VIH/SIDA s'y trouvent. On estime à 3, 2 millions le nombre de nouvelles infections à VIH en Afrique sub-saharienne, en 2005 [4].

Au Mali les résultats de la dernière étude de séroprévalence de l'infection à VIH réalisée en 2006 dans la population générale adulte au cours de l'Enquête Démographie et Santé (EDS IV), ont montré une baisse du taux de prévalence du sida de 1,7% à 1,3% faisant du Mali un pays à faible prévalence [5,6]. Cependant certains groupes de population présente des taux de prévalence élevée, en particulier les professionnelles du sexe, les vendeuses du secteur informel [enquête EDS].

On note un déficit du dépistage du VIH/SIDA au Mali puisque seulement 7% de la population adulte connaît son statut sérologique [3]. Le diagnostic de l'infection à VIH se fait par la sérologie. Le dépistage est l'un des moyens de prévention du VIH/SIDA. Il permet de faire une surveillance de la pandémie et de lutter de façon efficace, contre le VIH/SIDA selon l'évolution de la séroprévalence.

L'OMS (Organisation Mondiale de la Santé), qui prône l'élargissement considérable des services de dépistage du VIH et de counselling, s'est ralliée à l'idée d'utiliser des tests rapides dans un grand nombre de sites [7].

Dans 39 pays à revenu faible ou intermédiaire, dont 19 pays d'Afrique subsaharienne, le nombre total déclaré de tests du VIH a plus doublé entre 2007 et 2008 [3].

Est-ce que je suis infecté par le VIH ? Est-ce que mon partenaire est infecté ? Dans le monde entier la plupart des hommes et des femmes ne connaissent pas la réponse à ces deux questions.

Le recours au service de counselling et de dépistage volontaire (CDV) du VIH, afin d'accroître le nombre de personnes qui connaissent leur statut sérologique, est nécessaire dans un but de prévention et de prise en charge des personnes infectées mais également pour améliorer la surveillance épidémiologique de cette affection.

Le CDV a été d'abord mis en place à Bamako et les capitales régionales et se met progressivement en place au niveau des districts sanitaires.

Les enquêtes CAP (Connaissance Attitude Pratique) sur le dépistage volontaire, bien qu'importantes pour connaître l'évolution des comportements se font rarement.

Etant en stage au CSREF de Kolokani, où il n'existe pas une structure de CDV (Centre de Dépistage Volontaire), il nous a paru intéressant d'étudier le dépistage du VIH-SIDA dans ce centre de santé et de compléter cette étude par une enquête CAP sur le dépistage volontaire.

2 OBJECTIFS DE L'ETUDE

2.1 Objectif général :

Etudier le dépistage du VIH/SIDA au niveau du district sanitaire de Kolokani entre 2004 et 2008

2.2 Objectifs spécifiques :

- Décrire l'organisation du dépistage du VIH-SIDA à Kolokani
- Décrire le profil des personnes dépistées
- Décrire l'évolution du dépistage
- Evaluer la séroprévalence du VIH/SIDA chez les patients dépistés
- Déterminer le profil épidémiologique des patients séropositifs
- Décrire les Connaissances Attitudes et pratiques par rapport au dépistage volontaire du VIH/SIDA et aux comportements sexuels d'un échantillon des habitants de Kolokani

3 GENERALITES

3.1 Généralités sur le dépistage du VIH-SIDA

Les services de conseils/dépistage du VIH constituent un point d'entrée important pour la prévention, le traitement et le soutien en matière de VIH.

3.1.1 Définition du dépistage du VIH/SIDA

C'est la détection du VIH/SIDA à un stade latent.

3.1.2 Intérêt du dépistage

Le dépistage est important pour les raisons suivantes :

3.1.2.1 Connaissance du statut sérologique

Connaissance du niveau de propagation de l'infection au niveau du couple (il permet de savoir si l'un et/ou l'autre partenaire est infecté ou non)

De façon pré-nuptiale il permet d'éclairer les partenaires sur leur statut

De façon régulière il permet de s'imprégner sur le niveau de participation communautaire

Améliorer la surveillance épidémiologique

3.1.2.2 Suivi et traitement précoce

La déclaration de politique nationale de lutte contre le VIH et le sida recommande d'assurer la gratuité des soins et des médicaments (ARV) à tous les PVVIH ayant besoin d'un traitement sans distinction aucune.

Il a été envisagé au Mali d'assurer des soins de qualité reposant sur une bonne dispensation des médicaments antirétroviraux, la continuité du suivi clinique et biologique, l'éducation thérapeutique des patients et la formation continue du personnel. Le traitement précoce a comme avantages de rétablir le système immunitaire.

3.1.2.3 Prévention du VIH/SIDA

Le dépistage est un moyen de prévention car à travers le counselling :

Le client, s'il est déclaré séropositif, prend une décision de ne pas infecter les partenaires potentiels

Par contre s'il est séronégatif, le client prend les mesures pour ne pas être infecté

3.1.3 Indications du dépistage

Il existe 4 indications pour le conseil dépistage :

- Volontaire
- But diagnostique
- Systématique
- Obligatoire

Le Conseil dépistage volontaire : L'OMS préconise que les soignants offrent le conseil dépistage à toute personne qui pourrait tirer profit de la connaissance de son statut et bénéficier des progrès réalisés en matière de prévention et de traitement

Le Conseil dépistage Diagnostic : il est demandé de proposer le conseil dépistage à tout patient présentant des signes d'infections opportunistes à VIH/SIDA

Le Conseil dépistage Systématique est indiqué au cours des événements suivants :

- Grossesse:
- PTME (Prévention de la Transmission Mère Enfant)
- IST (Infection sexuellement transmissible)
- Toxicomanie
- Tuberculose
- Viol
- Abus sexuels

Le Conseil dépistage obligatoire en cas de :

- Transfusion sanguine
- Fabrication de produits dérivés du sang
- Don d'organes ou liquides biologiques
- Le dépistage n'est pas obligatoire dans les bilans préopératoires

3.1.4 Programme national de dépistage du VIH-SIDA au Mali

A partir de 2002, le 1^{er} Centre de Conseil et de Dépistage Volontaire (CDV) a vu le jour à Bamako (Centre Eveil), et 21 autres CDV sont aujourd'hui fonctionnels dans les localités de Bamako, Bougouni, Banamba, Kayes, Koutiala, Kita, Mopti, San, Sikasso et Zégoua. A ceux ci il faut ajouter les centres PTME assurant un dépistage volontaire et confidentiel chez les femmes enceintes.

Un document de politique de normes et procédures a été élaboré et validé en Juillet 2002. Ce document n'a pas été multiplié et diffusé.

L'évolution de la lutte contre le VIH/SIDA et l'engagement des partenaires dans le processus de dépistage ont entraîné la révision ce document. Sur le plan technique, un algorithme de dépistage a été adopté et validé.

Le conseil à la clientèle est assuré au niveau des CDV et les centres PTME par le personnel formé. Mais le dépistage pour les besoins de diagnostic ne fait pas toujours l'objet de conseil pré et post test. Les clients sont référés sans que leur soit notifié le résultat des tests car les agents à ce niveau ne sont pas formés. Il y a une insuffisance qualitative et quantitative du personnel pour réaliser le dépistage-conseil dans les laboratoires.

La confidentialité mérite d'être adaptée au contexte de la lutte contre le SIDA conformément au code de déontologie médicale (article 29) et à la loi sur la santé de la reproduction (loi 02/044).

Le code de déontologie médicale et la loi sur la santé de la reproduction (loi 02/044) sont insuffisamment connus.

Les principaux problèmes du dépistage conseil se présentent comme suit :

- L'insuffisance dans le contrôle de qualité des centres de dépistage de l'infection par le VIH ;
- La non diffusion des politiques, normes et procédures en matière de dépistage du VIH ;
- L'insuffisance des mesures de protection des personnels et des utilisateurs des établissements de santé ;
- La faible capacité du personnel des établissements pour le dépistage du VIH et le counselling des clients ;
- L'insuffisance dans le système de gestion des données relatives au fonctionnement des centres de dépistage du VIH ;
- La mauvaise organisation dans l'installation et l'extension adéquate des CDV à travers le pays ;
- La non intégration des CDV aux établissements de santé publics et privés ne facilite pas leur pérennisation
- La faible fréquentation des CDV
- La lourdeur du suivi biologique ;
- La rupture des réactifs de dépistage et des CD4.

Depuis 1987 de nombreuses études ont été mises en œuvre soit pour estimer la séroprévalence soit pour apprécier la vulnérabilité des différents groupes cibles à travers les comportements. La connaissance de la situation réelle de l'infection à VIH/SIDA a été le thème de recherche principal.

Compte tenu de la situation épidémiologique du VIH/SIDA au Mali d'une part, et des missions du Ministère de la Santé dans le cadre de la lutte contre cette pandémie, les objectifs spécifiques du plan sectoriel pour la période 2005-2009 sont les suivants :

- Promouvoir l'utilisation des services de santé et l'implication des communautés dans la réponse multisectorielle et décentralisée
- Intégrer le VIH /Sida dans le SNIS
- Renforcer la notification, la surveillance épidémiologique et comportementale des IST/VIH/SIDA
- Mener des études et recherches cliniques, biologiques, pharmacologiques, économiques, sociologiques et anthropologiques en matière de VIH/SIDA.

3.1.5 Les principes directeurs des centres de conseils et de dépistage volontaire (CDV) au Mali

- Le Conseil et le Dépistage Volontaire sont promus comme stratégie de prévention du VIH/SIDA et d'amélioration de l'accès à la prise en charge.
- Le test de dépistage du VIH est volontaire, anonyme et confidentiel
- La disponibilité et l'accessibilité aux services de CDV de bonne qualité doivent être garanties par les promoteurs.
- Le consentement éclairé et la confidentialité doivent être garantis à tous les clients
- Au Mali, les personnes âgées de moins de 18 ans doivent être accompagnées de tuteur ou d'un parent, et doivent recevoir les conseils/informations/sensibilisation.
- Le CDV pré-nuptial doit être encouragé.

- Le personnel du centre de CDV doit être bien formé et se conformer strictement aux bonnes pratiques professionnelles et aux règles de déontologie.
- Le CDV ne peut pas se substituer au laboratoire.

3.1.6 Le diagnostic biologique du VIH

Il ne faut pas compter sur les signes cliniques avant longtemps, après la contamination. Le diagnostic va donc nécessairement être biologique, utilisant des méthodes diverses, plus ou moins sophistiquées, plus ou moins réalisables en Afrique. Actuellement, on n'admet plus d'affirmer la séropositivité à l'aide d'une seule réaction sérologique, il faut au moins deux réactions différentes pour pouvoir le faire.

Le diagnostic de l'infection à VIH est avant tout sérologique. Le diagnostic se fait selon les algorithmes retenus au niveau national. Ces algorithmes utilisent les tests validés par le ministère de la santé.

3.1.6.1 Les tests de dépistage :

3.1.6.1.1 Les tests de dépistage classiques:

Les tests de la chaîne ELISA :

- GienScreen,
- Murex VIH1.2.0,
- Vironostika.

3.1.6.1.2 Les tests de dépistage rapides:

Les tests non-discriminatoires :

- Determine
- Oraquick
- HemaStrip (Fast check)
- Double check Gold

Les tests discriminatoires :

- Immunocombs II
- Génie II

3.1.6.2 Algorithme de diagnostic du VIH/SIDA au labo au Mali

L'algorithme utilisera les tests validés par le Ministère de la Santé. Cet algorithme est appliqué selon le lieu d'exécution :

Niveau périphérique

CSCOM :

Pour faire le dépistage de CDV il faut utiliser trois tests rapides

Pour donner un résultat positif il faut :

- Utiliser deux tests rapides différents.
- Utiliser les tests selon un algorithme en série ou en parallèle

CDV : 2 tests rapides (Determine-Oraquick) sur goutte de sang, troisième test (HemaStrip) pour les discordances

Centres de santé de référence (CSREF) :

2 tests rapides sur sérum (Determine-Immunocomb II), troisième test (Génie II ou Double check) pour les discordances

Niveau intermédiaire (Hôpitaux régionaux)

Idem CSR ou ELISA puis un test discriminant VIH1/2 et un troisième test pour les discordances.

Niveau central

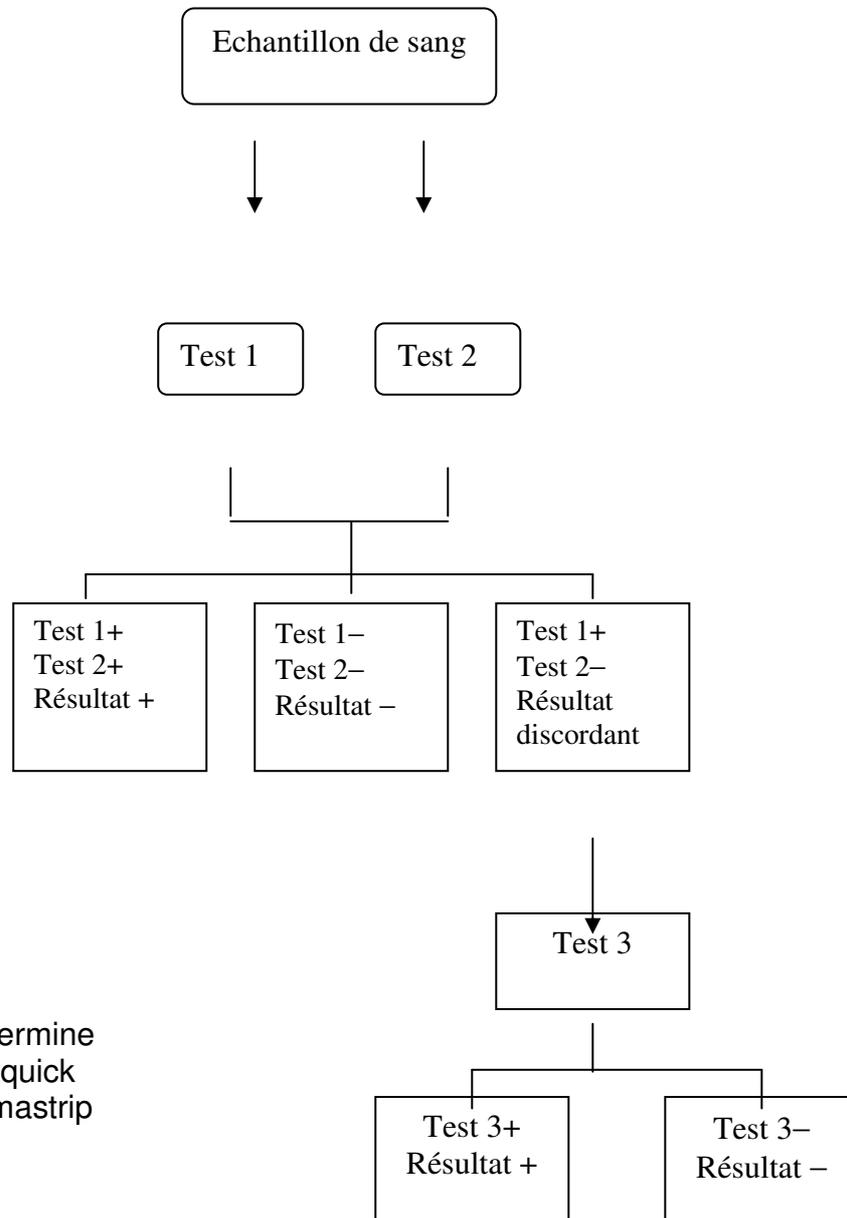
INRSP (Institut National de Recherche en Santé Publique) , CNAM , HPG (Hôpital du Point-G) , HGT(Hôpital Gabriel Touré) , CNTS(Centre National de Transfusion Sanguine)

Algorithme niveau intermédiaire ou

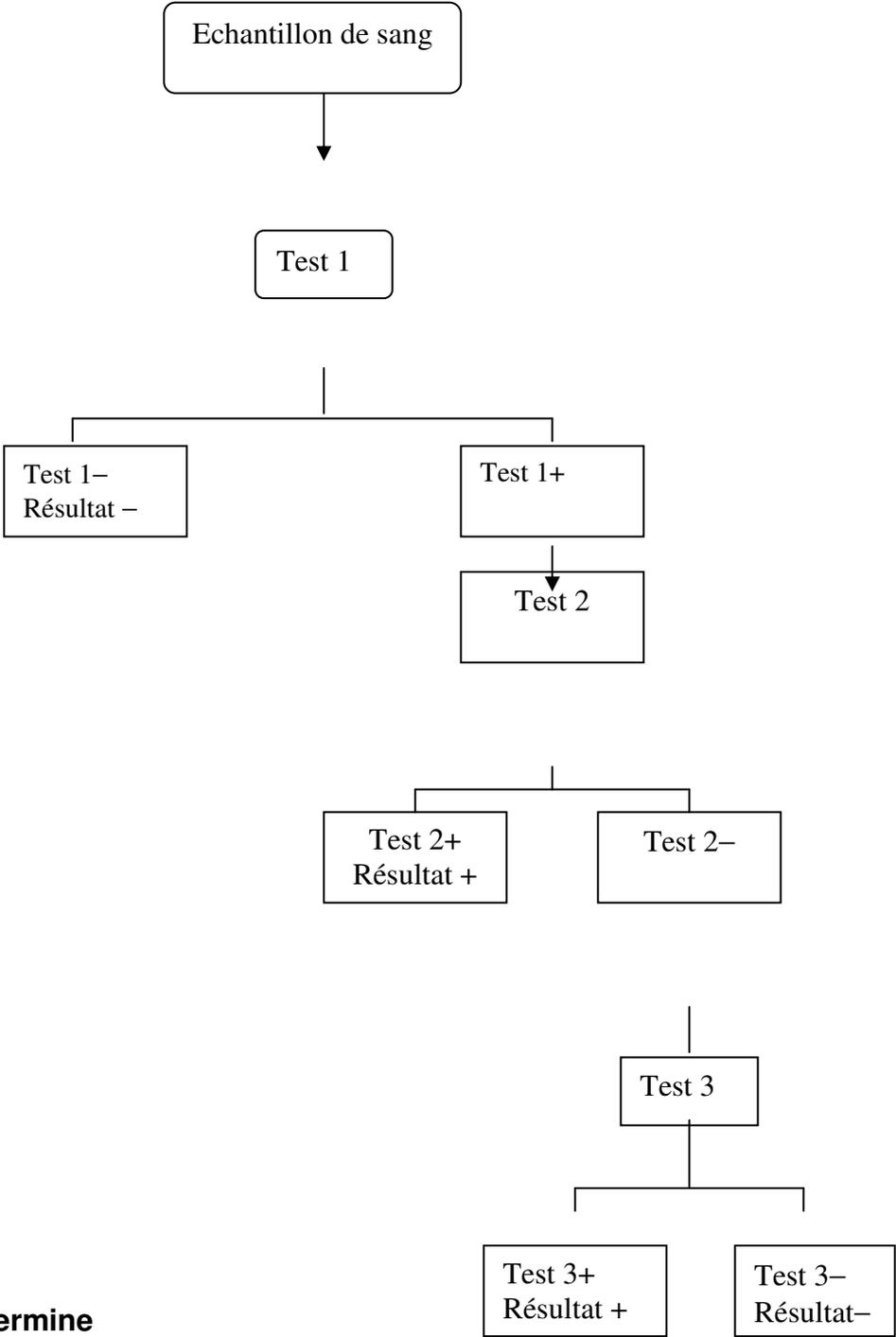
2 ELISA (un discriminant) + 1 ELISA (cas de discordance)

Confirmation : Western blot

3.1.7 Schéma de l'algorithme des tests en parallèle



3.1.8 Schéma de l’algorithme des tests en série



Légende :
Test 1 = Determine
Test 2 = Oraquick
Test 3 = Hemastrap
+=positif
-=négatif

3.2 Généralités sur le cercle de Kolokani

3.2.1 Données géographiques

Le cercle de Kolokani est l'un des sept cercles de la région de Koulikoro. Il couvre une superficie de 14.380 km². La ville de Kolokani est située à 119 km du district de Bamako sur l'axe Bamako-Nara (route nationale n° 3),

Le cercle est limité :

- Au nord par le cercle de Nara,
- A l'est par le cercle de Banamba,
- A l'Ouest et au nord- Ouest par les cercles de Kita et Diéma,
- Au Sud et au Sud-Ouest par le cercle de Kati et,
- Au Sud-est par le cercle de Koulikoro.

3.2.2 Données démographiques :

Sur le plan démographique, le cercle compte une population résidente de 214601 habitants en 2008.

Le Cercle de Kolokani, bénéficie d'une quasi-unicité ethnique dominée par les bamanans qui représentent près de 90% de la population, à côté d'eux vivent une faible proportion de peulhs éleveurs, de Soninkés et de Kakolos.

Dans le cadre de la transhumance, le cercle reçoit pendant la saison sèche les peulhs et maures de Nara, Diema et de Mauritanie.

Sur le plan de l'organisation sociale, la famille élargie est la base de la société dans le Bélé Dougou.

3.2.3 Données socio-économiques :

La principale production vivrière est le mil, destiné à l'autoconsommation.

L'arachide est la culture de rente (source de revenus agricoles).

Les espèces élevées sont :

- Les ovins, caprins et bovins
- Les volailles
- Les chevaux et porcins.

La cueillette :

Elle se résume au ramassage des noix de karité, de néré et de Tamarin.

Cette activité rapporte un revenu substantiel aux femmes.

D'une manière générale, la population du Bélé Dougou est une population pauvre.

3.2.4 La situation sanitaire :

Aperçu de la carte sanitaire de Kolokani



L'organisation sanitaire est basée sur le système de santé du district à deux échelons.

Le premier échelon est constitué par le réseau des centres de santé communautaires CSCOM conformément à la politique sectorielle de santé et de population.

Le deuxième échelon est représenté par le centre de santé de référence.

Les structures sanitaires de premier échelon assurent le PMA (paquet minimum d'activités).

Elles réfèrent ou évacuent les cas de maladies plus complexes vers le centre de santé de référence où il existe un plateau technique plus approprié.

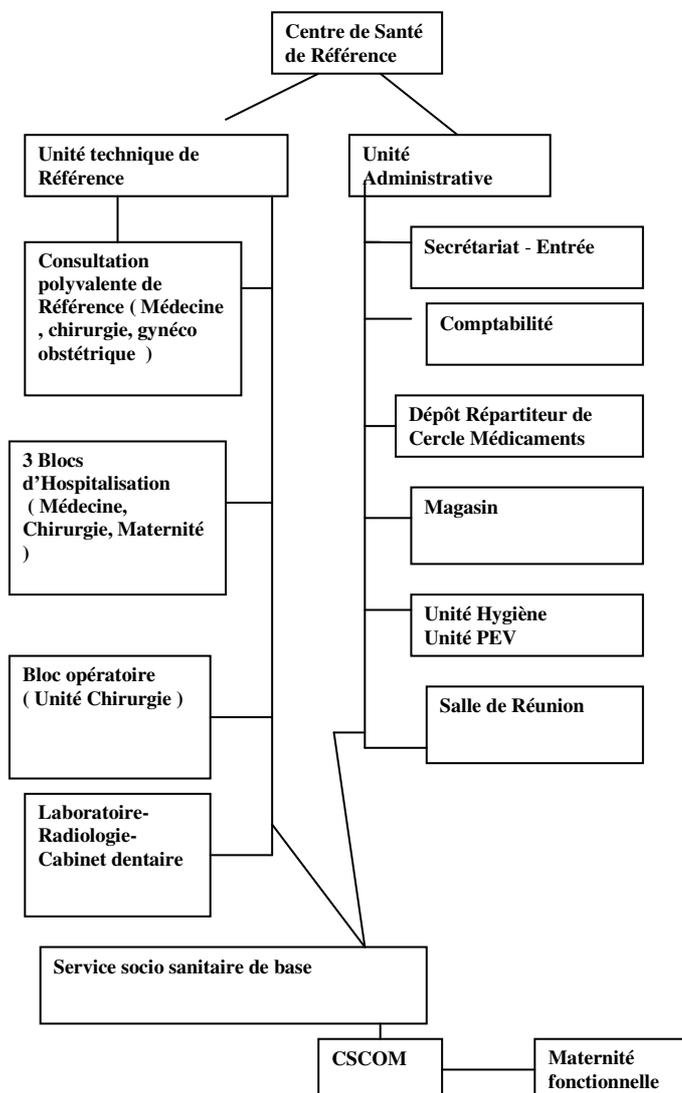
Le district sanitaire de Kolokani se compose :

- d'un Centre de santé de référence de Kolokani
- d'un service du développement social et de l'économie solidaire de Kolokani
- de quinze aires (CSCOM) de santé fonctionnelles
- de sept aires de santé non fonctionnelles

Ressources humaines du Centre de Santé de Référence de Kolokani en 2008

- 4 Médecins
- 3 Assistants Médicaux
- 3 Sage Femmes
- 2 Techniciens supérieurs en Santé
- 1 Technicien sanitaire
- 2 Infirmiers du premier cycle
- 1 Infirmière obstétricienne
- 1 Matrone
- 1 Gérant du dépôt de vente
- 1 Aide soignant

Organigramme de structure sanitaire de Kolokani



3.2.5 L'Education

Dans le cercle de Kolokani, l'éducation est tributaire de nombreux aléas qui sont l'insuffisance d'infrastructures scolaires, de matériel didactique, de personnel enseignant. On compte pour tout le cercle de Kolokani deux écoles secondaires : le lycée Famolo Coulibaly.
une école professionnelle « Institut de Formation Professionnelle Djitaba Soucko »

4 METHODOLOGIE

4.1 Cadre de l'étude

Notre étude a été réalisée au CSREF de Kolokani et dans la ville de Kolokani.

4.2 Type d'étude

Nous avons réalisé 2 types d'étude :

- Une étude descriptive, rétrospective, basée sur le recueil des données des patients ayant subi le test de dépistage du VIH/SIDA au niveau du Centre de Santé de Référence de Kolokani du 1^{er} Janvier 2004 au 31 Décembre 2008.
- Une enquête CAP par questionnaire, descriptive et transversale.

4.2.1 Population d'étude

L'étude rétrospective a porté sur les patients dépistés (VIH/SIDA) au niveau du Centre de Santé de Référence de Kolokani du 1^{er} Janvier 2004 au 31 Décembre 2008.

L'enquête CAP a été réalisée sur un échantillon de la population comportant un choix raisonné de 4 groupes de population :

- des élèves du lycée Famolo Coulibaly de Kolokani,
- des vendeuses de Kolokani,
- des commerçants de Kolokani,
- des chauffeurs de Kolokani.

4.2.2 Période de l'enquête

Concernant l'étude rétrospective l'enquête s'est déroulée du 2 décembre 2008 au 05 janvier 2009.

Pour l'enquête CAP les personnes ont été interrogées entre le 1er février 2009 et le 16 mars 2009.

4.2.3 Critères d'inclusion

Au niveau de l'étude rétrospective

- tout patient venant du cercle de Kolokani ayant subi le test de dépistage du VIH/SIDA au niveau du Centre de Santé de Référence de Kolokani
- et dont l'âge est supérieur à 18 mois

Au niveau de l'enquête CAP

- tout élève du lycée Famolo Coulibaly de Kolokani ayant été sélectionné au hasard.

- toute vendeuse, tout commerçant et tout chauffeur de Kolokani présent au moment de l'enquête.

4.2.4 Critères de non inclusion

S'agissant de l'étude rétrospective:

Ont été exclus de l'étude rétrospective tout patient:
dont l'âge est inférieur à 18 mois
ne venant pas du cercle de Kolokani.

4.2.5 Echantillonnage

S'agissant de l'étude rétrospective nous avons procédé à une étude de type exhaustif pour les patients dépistés.

Concernant l'enquête CAP il s'agissait d'un échantillonnage par choix raisonné. Les individus des populations (élève, vendeuse, commerçant, chauffeur) concernées ont été tirés au hasard pour les personnes présentes au moment de l'enquête.

Pour les élèves nous avons procédé à un regroupement des élèves tirés au hasard à partir de la liste des élèves du lycée.
La liste des autres individus (vendeuse, commerçant, chauffeur) n'étant pas disponible, l'enquête se faisait de façon individuelle selon un choix au hasard. Dès que l'enquêteur rencontre un individu appartenant à ces 3 groupes, il l'administrait le questionnaire s'il donne son accord.

4.2.6 Méthode et outils de recueil des données

4.2.6.1 Méthode :

L'étude rétrospective

Nous avons procédé à l'exploitation des supports suivants:

- des registres de consultation curative
- registres de laboratoire
- fiche signalétique des CSCOM
- registre de consultation prénatale
- registre PTME (prévention de la transmission mère enfant).

Concernant les registres disponibles au laboratoire, il y avait 3 types (registre de dépistage des cas suspects à visée diagnostique, un registre de dépistage volontaire de l'ONG ADERA, un registre de dépistage volontaire de l'ONG CAEB).

L'enquête CAP

Les données ont été collectées à l'aide d'un questionnaire. Cette enquête a été réalisée à l'aide d'un questionnaire auto administré pour les élèves.

Pour les autres l'enquête se faisait à travers le remplissage du questionnaire par l'enquêteur selon les réponses fournies par l'enquêté.

4.2.6.2 Outils de collecte

- Formulaire (fiche d'enquête) pour recueillir les informations au niveau des supports de consultation/dépistage VIH/SIDA
- Questionnaire pour l'enquête CAP.

4.2.7 Déroulement

L'étude rétrospective a été exécutée selon la démarche suivante au Centre de Santé de Référence de Kolokani :

- Dépouillement des supports de collecte des données
- Remplissage de la fiche d'enquête à travers des supports de collecte
- Dépouillement des fiches d'enquête
- Elimination des fiches émanant des patients de moins de 18 mois et des patients ne venant pas du cercle de Kolokani

Pour chaque collecte, la responsable de l'enquête s'était faite aidée par le personnel de l'unité (laboratoire, maternité, médecins).

Etant donné que le nom des aires de santé ne figure pas au niveau des registres, la fiche signalétique des CSCOM servait de guide pour retrouver le nom des aires de santé correspondantes.

En tout le district sanitaire de Kolokani dénombre 22 aires de santé.

Donc tout patient qui n'était pas originaire de l'une de ces aires était considéré comme ne venant pas du cercle de Kolokani.

Quant à l'enquête CAP :

- Pour chaque cible les enquêteurs ont procédé à une lecture expliquée du questionnaire.
- Pour les élèves nous avons procédé à un regroupement.
- Pour les autres l'enquête se faisait de façon individuelle selon un choix au hasard.
- Pour les analphabètes l'enquêteur remplissait selon les réponses de l'enquêté.
- Au terme de ce travail les fiches ont été collectées et saisies à l'ordinateur.

4.2.8 Méthode d'analyse

Les données recueillies ont été saisies et traitées avec le logiciel Epi-Info 2000 version 3.2 (étude rétrospective), le logiciel SPSS (enquête CAP).

4.2.9 Les données

Les variables : âge, sexe, résultat du test, résidence, résultat du traitement, résultat de la sérologie VIH.

Les données sur les connaissances –attitudes pratiques

Les indicateurs à calculer :

Proportion de patients séropositifs
Sex-ratio
Age moyen
Répartition selon les classes d'âge
Répartition selon la profession
Répartition des patients selon l'aire de santé

4.2.10 Mise en œuvre

Ressources humaines

Enquêteurs : 2 agents de santé du CSREF de Kolokani, un enseignant du Lycée Famolo Coulibaly de Kolokani.
La responsable de l'enquête.

4.2.11 Activités

Préparation de l'enquête et procédures administratives.
Information des autorités sanitaires locales de la tenue de cette étude.
Formation des enquêteurs.
Validation du formulaire en apportant quelques améliorations.
Recueil des données.

4.2.12 Considérations éthiques

Cette étude a été faite avec l'autorisation des autorités sanitaires.
L'enquête a été faite avec le respect de la confidentialité.
N'ont été enquêtés que ceux qui ont donné leur consentement.

5 RESULTATS

5.1 Organisation du dépistage du VIH/SIDA à Kolokani

La lutte contre le VIH/SIDA à Kolokani est organisée comme suit :

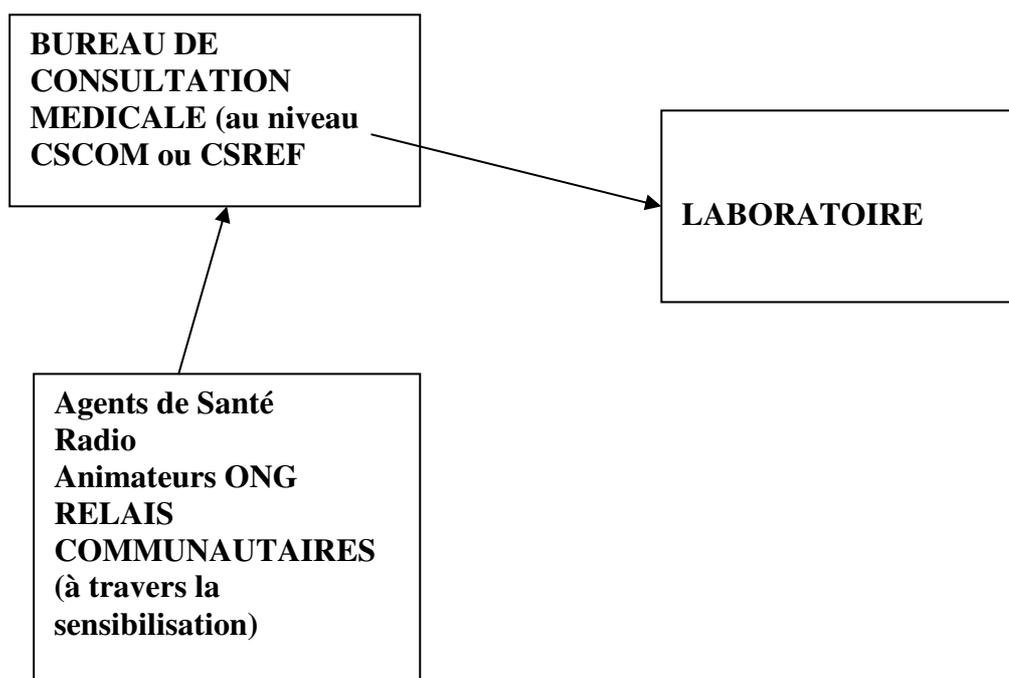
Dépistage au niveau des structures sanitaires

Dépistage au niveau communautaire par les ONG (ADERA, ADRA MALI, CAEB, ADAF Gallé, CARD)

Sensibilisation communautaire avec les couches suivantes (ONG, Relais communautaires, leaders communautaires, radios locales...)

Existence d'un conseil locale de lutte contre le VIH/SIDA, présidé par le Préfet, regroupant les acteurs locaux de la lutte contre le VIH/SIDA au niveau du cercle.

5.1.1 Le circuit du patient sur le dépistage dans le district sanitaire de Kolokani



Les relais communautaires, les animateurs d'ONG, les animateurs de radio orientent les personnes vers les structures sanitaires pour le dépistage volontaire.

Les agents de santé font le counselling pré et post dépistage aux patients. Les agents de santé orientent les patients au laboratoire pour le dépistage du VIH/SIDA.

Malgré tout cela les insuffisances demeurent :

Rupture de réactifs au niveau des CSCOM

Non continuité de ces activités de dépistage communautaire par les ONG locales (ces ONG ont des projets d'un an d'activité en général)

Insuffisance dans le volet formation continue du personnel socio sanitaire en matière de counselling VIH/SIDA
Non organisation des PVVIH en association.

5.1.2 Diagnostic sérologique du VIH à Kolokani :

Les différents tests rapides sont utilisés :

Le Génie II, l'Immunocoumb, le Détermine et l'Oraquick.

Les algorithmes utilisés sont les tests en série et les tests en parallèle.

L'interprétation des résultats

Si les deux tests sont négatifs, la personne peut être considérée comme non infectée. En cas de doute, comme un comportement à risque récent, un autre test est refait 3 mois plus tard.

Si les deux tests sont positifs, la personne est considérée comme infectée.

A Kolokani, le test de dépistage du VIH est volontaire, anonyme et confidentiel
Il n'existe pas une structure de CDV. Le CDV pré-nuptial n'est pas systématiquement effectué.

5.2 Etude globale sur les dépistages réalisés de 2004 à 2008

5.2.1 Etude descriptive des dépistages réalisés

De 2004 à 2008, 1318 personnes ont effectué un test de dépistage au CSREF de Kolokani.

5.2.1.1 Distribution par année de dépistage

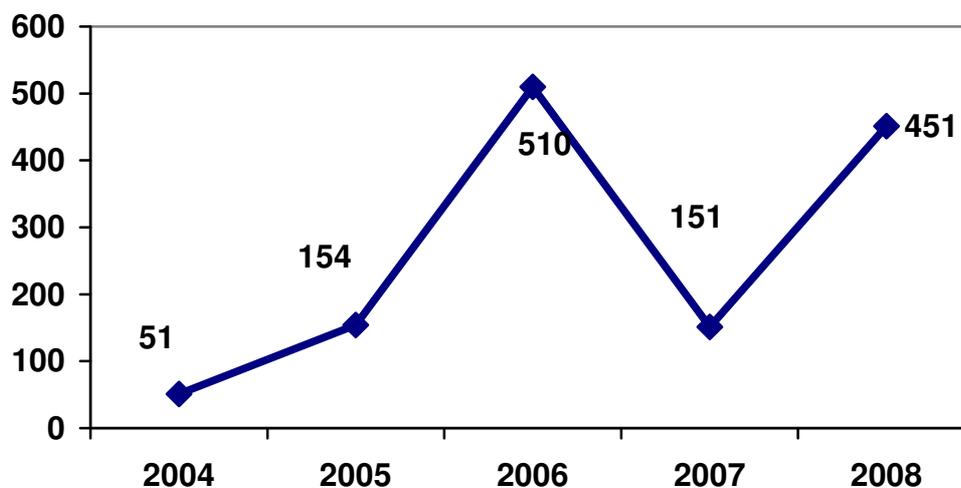


Figure 1: Répartition des patients dépistés selon l'année

Le plus grand effectif de test de dépistage a été observé en 2006 (510 tests effectués). Après une augmentation progressive de 2004 à 2006, on note une diminution importante en 2007 suivie d'une reprise en 2008.

5.2.1.2 Distribution par sexe

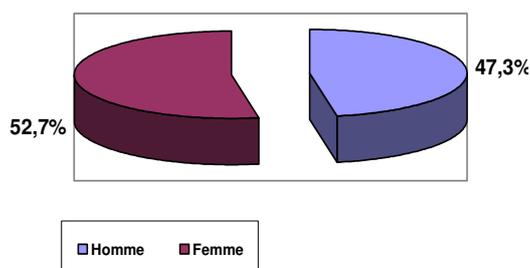


Figure 2 : Répartition des patients ayant subi le test de dépistage VIH/SIDA selon le sexe

Globalement les patientes de sexe féminin étaient légèrement majoritaire (52,7%). Avec un sex-ratio de 1,1.

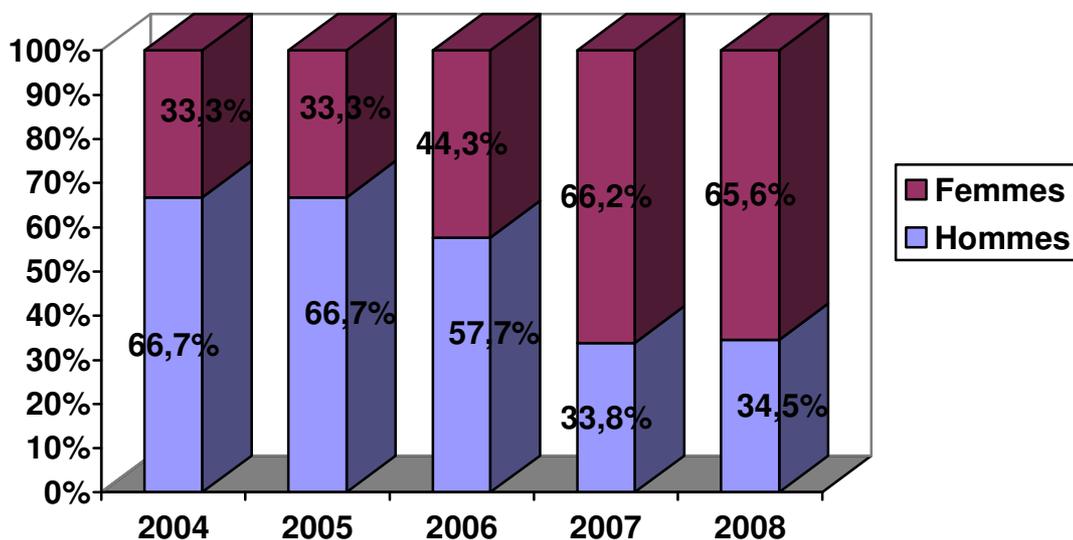


Figure 3 : Evolution de la proportion des hommes et des femmes dépistée

De 2004 à 2006 la plus grande proportion de dépistage effectué se situait au niveau des patients de sexe masculin, mais à partir de 2007 les patientes de sexe féminin sont devenues majoritaires.

5.2.1.3 Distribution par âge

L'âge moyen était de 29,1 ans, l'âge médian de 28 ans, la mode était de 30 ans, le minimum de 2 ans et le maximum de 87 ans.

Tableau I : Répartition des patients ayant subi le test de dépistage VIH/SIDA selon leur classe d'âge

Classe d'âge	Effectif n	Pourcentage (%)
Moins de 10 ans	22	1,8
10 - 19 ans	168	14,0
20 - 29 ans	494	41,3
30 - 39 ans	319	26,7
40 - 49 ans	129	10,8
50 - 59 ans	40	3,3
60 ans et plus	24	2,0
Total	1196	100

La classe d'âge la plus représentée au niveau de l'échantillon était celle de 20 – 29 ans (41,3%).

5.2.1.4 Distribution par profession

Tableau II : Répartition des patients ayant subi le test de dépistage VIH/SIDA selon la profession

Profession	Effectif	Pourcentage
Cultivateur	280	21,2
Ménagère	453	34,4
Enseignant	24	1,8
Commerçant	3	0,2
Commerçant/ vendeuses	28	2,1
Elève/ étudiant	74	5,6
Agents de santé	18	1,4
Autres	47	3,6
Profession non enregistré	391	29,7
Total	1318	100

Les ménagères étaient les plus nombreuses (34,4%) au niveau des professions recensées suivis par les cultivateurs (21,2 %).

5.2.1.5 Distribution par aire de santé

Tableau III: Répartition des patients ayant subi le test de dépistage VIH/SIDA selon leur aire de santé

Aire de santé	Effectif	Pourcentage
Kolokani Central	873	66,2
Guihoyo	13	1,0
Sébékoro-1	29	2,2
Toussana	6	0,5
Didiéni	88	6,7
Ségué	16	1,2
Mercoya	5	0,4
Sonkégné	7	0,5
Manta	48	3,6
Sagabala	9	0,7
Masantola	25	1,9
Doubabougou	5	0,4
Samantara	1	0,1
Koumi	35	2,7
Aire de santé non enregistrée	52	3,9
Sériwala	28	2,1
Sabougou	21	1,6
Sirakoroba	2	0,2
Sabougou	2	0,2
Nonkon	8	0,6
Ouolodo	12	0,9
Nossombougou	8	0,6
Tioribougou	25	1,9
Total	1318	100

L'aire de santé la plus retrouvée au niveau de l'échantillon était Kolokani central (66,2 %).

5.2.1.6 Distribution par type de dépistage

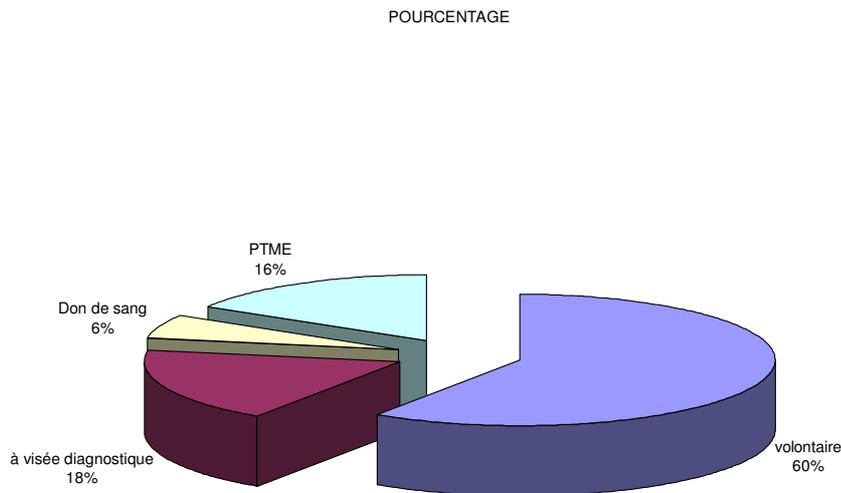


Figure 4 : Répartition des patients dépistés selon le type de dépistage

Le dépistage volontaire représentait plus de la moitié des dépistages (60%).

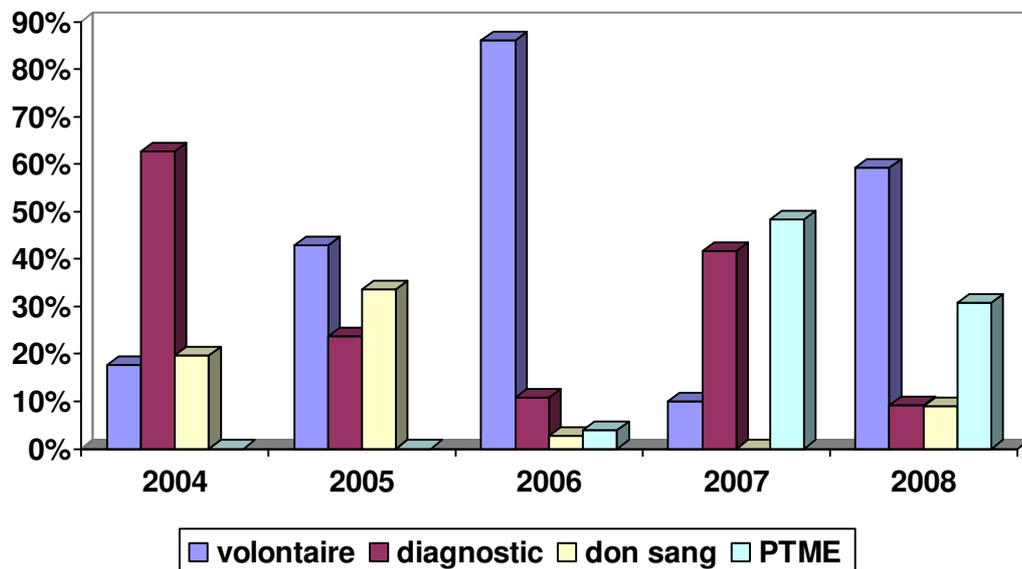


Figure 5 : Répartition des patients dépistés au CSREF de Kolokani en fonction du motif de dépistage et de l'année

Si en 2004 le dépistage à visée diagnostique était largement majoritaire, en 2005, 2006, il a fortement diminué en 2006 et 2008.

5.2.2 Résultat du test de dépistage VIH

5.2.2.1 Globalement

Globalement, sur les 1318 dépistages réalisés, la séroprévalence était de 15,8%.

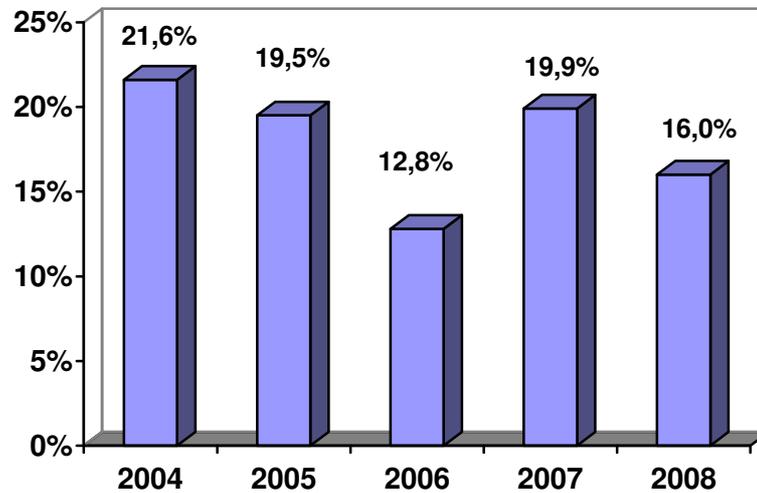


Figure 6: Evolution de la séroprévalence chez les jeunes dépistés en fonction de l'année

Le plus grand taux de séroprévalence a été observé en 2004 (21,6%).

5.2.2.2 Répartition par type de VIH

Le typage du VIH a été très récemment introduit à Kolokani et seulement 9 typages ont été réalisés, tous de type VIH1.

5.2.2.3 Prévalence du VIH par sexe

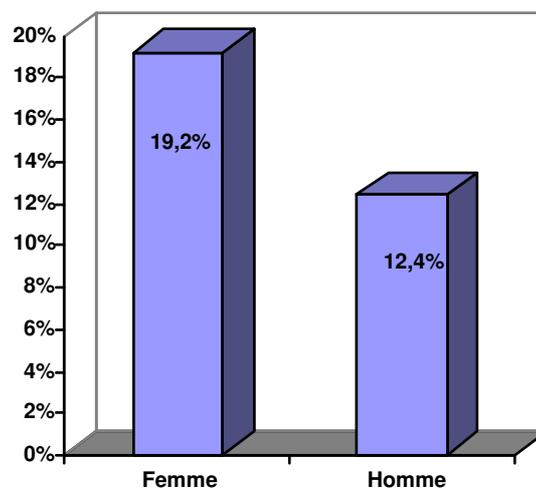


Figure 7 : Evolution de la séroprévalence chez les dépistés en fonction du sexe.

Le taux de séroprévalence était plus élevé chez les patients de sexe féminin (19,2 %).

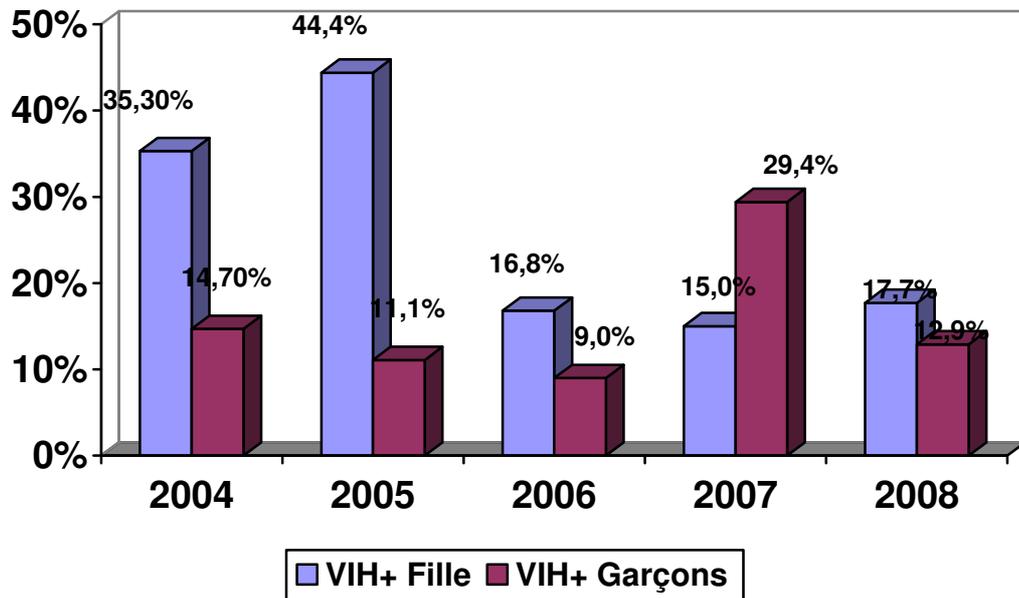


Figure 8 : Répartition du taux de prévalence du VIH chez les patients dépistés en fonction du sexe et de l'année

Le taux de dépistage du VIH/SIDA était important chez les patients de sexe féminin en 2004 et 2005, et a diminué à partir de 2006.

5.2.2.4 Séroprévalence par tranche d'âge

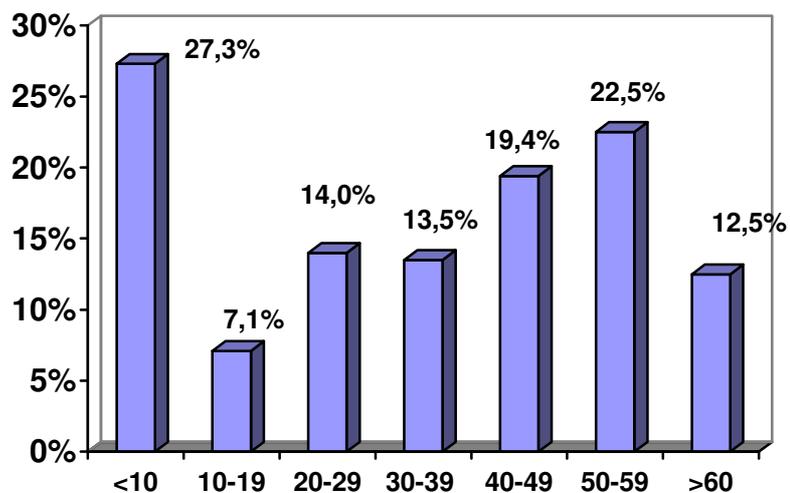


Figure 9 : Séroprévalence selon les tranches d'âge

En dehors de la séroprévalence chez les moins de 10 ans qui était particulièrement élevée, le taux de prévalence augmente progressivement jusqu'à la tranche d'âge de 50 à 59 ans et redescend ensuite.

5.2.2.5 Répartition par profession

Tableau IV: séroprévalence (VIH/SIDA) selon la profession

Profession	Effectif	Séroprévalence (%)
Cultivateur	280	10,7
Ménagère	453	14,4
Enseignant	24	16,7
Commerçant	3	0
Vendeuses	28	17,9
Elève/ étudiant	74	8,1
agents de santé	18	0
Autres	47	17
Non précisée	286	19,9

Les vendeuses avec 17,9%, suivies des enseignants avec 16,7 % étaient les professions les plus touchées par le VIH/SIDA.

5.2.2.6 Répartition par type de dépistage

Tableau – V : Séroprévalence selon le type de dépistage

Raison Du test	Effectif	Séroprévalence (%)
Volontaire	782	11,3
A visée diagnostique	240	45
Don de sang	79	1,3
PTME	214	4,7

Le dépistage à visée diagnostique avait recensé le plus grand taux de séroprévalence (45%).

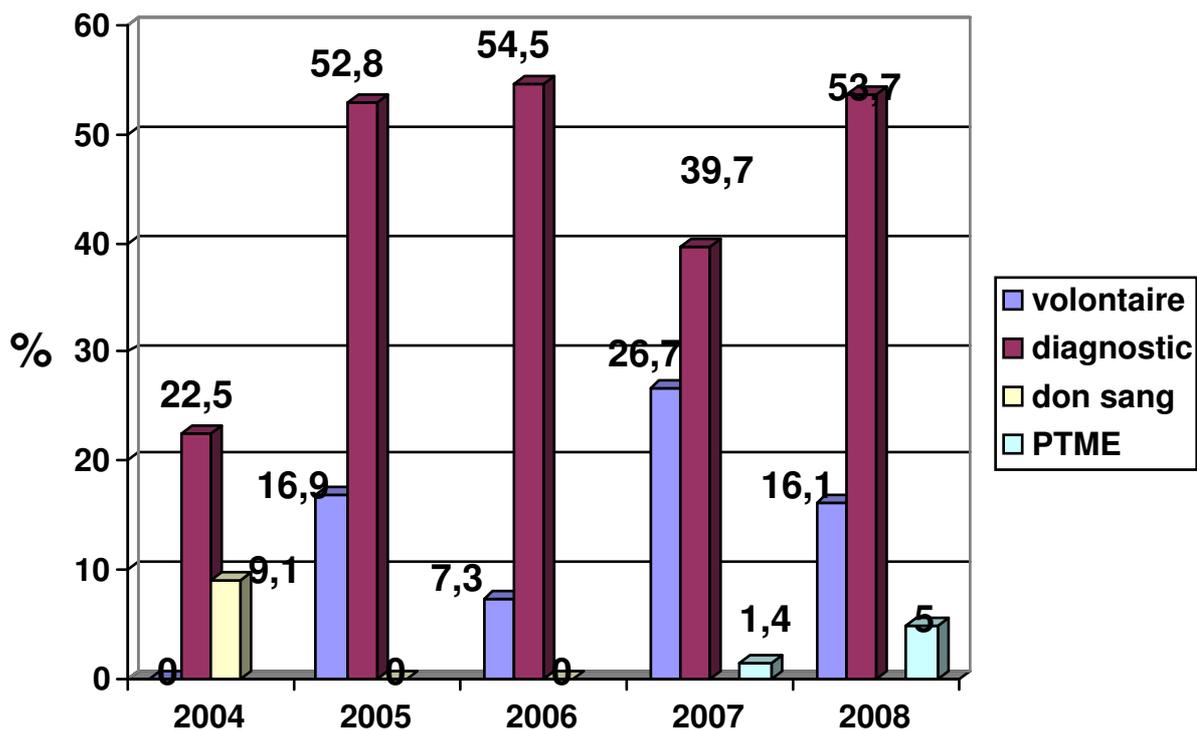


Figure 10 : Répartition de la séroprévalence du VIH en fonction du motif de dépistage et de l'année.

5.3 Etude du dépistage volontaire réalisé de 2004 à 2008

5.3.1 Etude descriptive des dépistages volontaires réalisés

Il y avait en tout 782 dépistages volontaires au niveau de l'échantillon

5.3.1.1 Distribution par année de dépistage

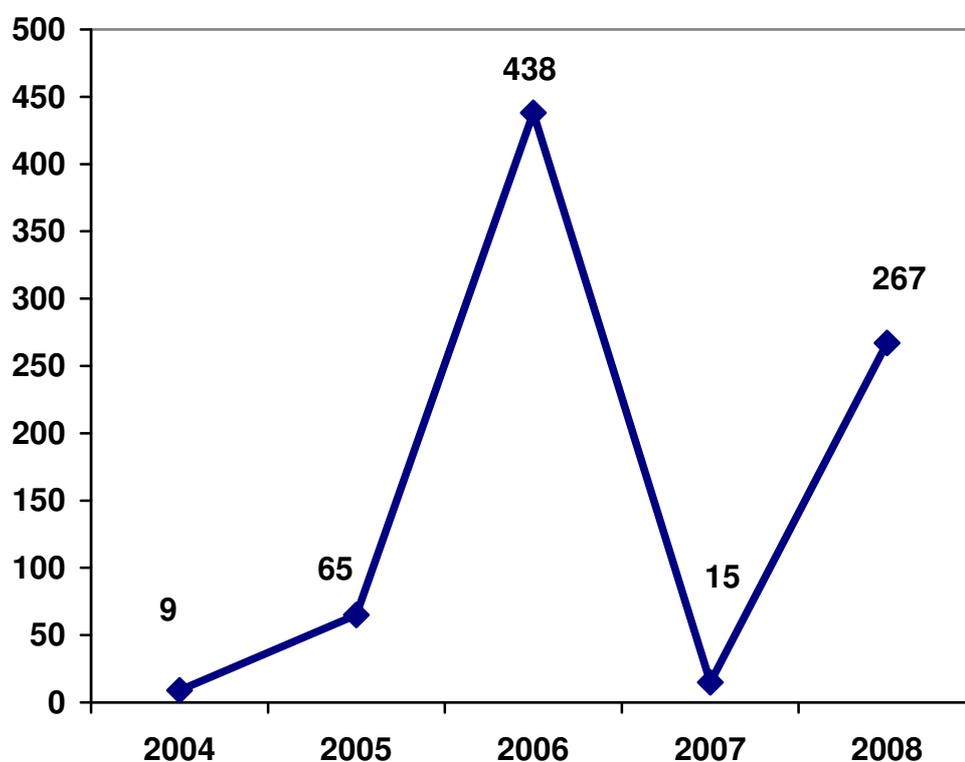


Figure 11 : Répartition des patients ayant subi le test de dépistage Volontaire VIH/SIDA par année

C'est en 2006 qu'il y a eu le plus grand nombre de dépistage volontaire réalisé (soit 438 patients dépistés) et il faut noter la très forte diminution du nombre de dépisté volontaire en 2007.

5.3.1.2 Distribution par sexe

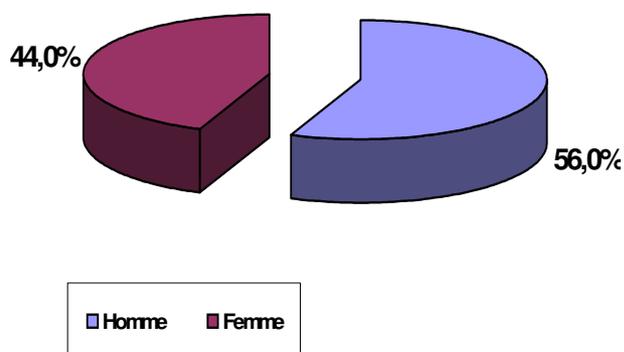


Figure 12 : Répartition des patients ayant subi le test de dépistage volontaire VIH/SIDA selon le sexe

Globalement les patients de sexe masculin représentaient la majorité de l'échantillon (56 %) avec un sex-ratio de 1,3 en faveur du sexe masculin.

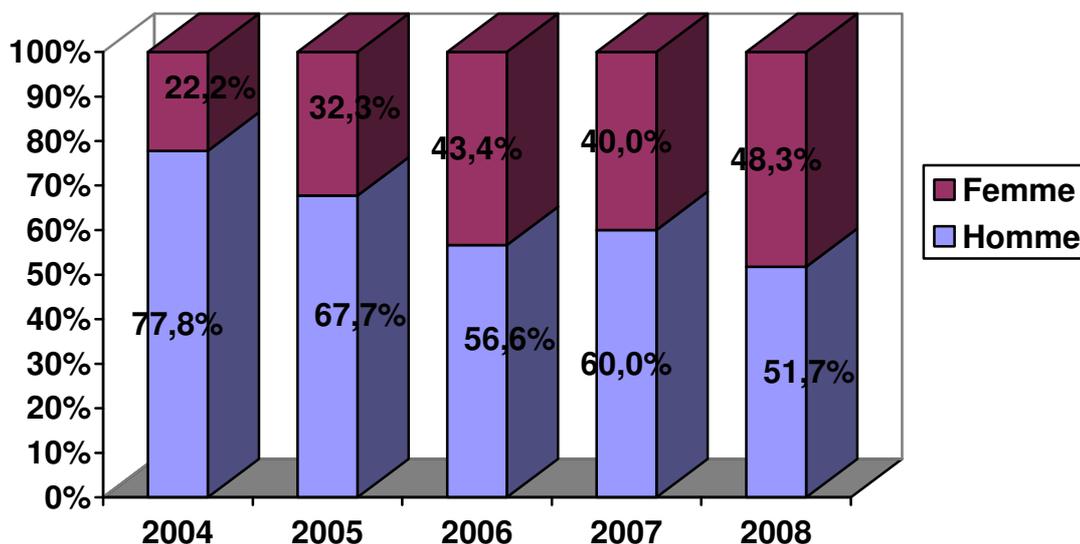


Figure 13 : Evolution de la proportion par sexe des dépistés volontaires

La proportion des hommes, largement majoritaire en 2005, a progressivement diminué pour être similaire à celle des femmes en 2008.

5.3.1.3 Distribution par âge

L'âge moyen des dépistés volontaire était de 29,4 ans et la médiane de 28 ans.

Tableau –VI : Répartition des patients ayant subi le test de dépistage volontaire du VIH/SIDA selon leur tranche d'âge

Tranche d'âge	Effectif	Pourcentage
10 à 19 ans	103	13,7
20 à 29 ans	313	41,6
30 à 39 ans	204	27,1
40 à 49 ans	92	12,2
50 à 59 ans	24	3,2
60 ans et plus	17	2,3
Total	753	100

La tranche d'âge la plus représentée au niveau de l'échantillon était celle de 20 – 29 ans (41, 6%).

5.3.1.4 Distribution par profession

Tableau VII: Répartition des patients ayant subi le test de dépistage volontaire du VIH/SIDA selon la profession

Profession	Effectif	Pourcentage
		%
Cultivateur	228	30,2
Ménagère	200	26,5
Enseignant	22	2,9
Commerçant	2	0,3
Commerçant/ vendeuses	24	3,2
élève/ étudiant	64	8,5
Agents de santé	14	1,9
Autres	38	5,0
Non mentionnée	164	21,7
TOTAL	756	100,0

Les cultivateurs étaient les plus nombreux (30,2%) au niveau des professions recensées.

5.3.1.5 Distribution par aire de santé

Tableau –VIII : Répartition des patients ayant subi le test de dépistage volontaire du VIH/SIDA selon leur Aire de santé

Aire de santé	Effectif	Pourcentage
Kolokani Central	634	81,7
Guihoyo	3	0,4
Sébékoro-1	0	0,0
Toussana	1	0,1
Didiéni	25	3,2
Ségué	4	0,5
Mercoya	2	0,3
Sonkégné	0	0,0
Manta	35	4,5
Sagabala	3	0,4
Masantola	11	1,4
Doubabougou	1	0,1
Samantara	0	0,0
Koumi	24	3,1
Aire de santé non enregistrée	7	0,9
Sériwala	4	0,5
Sabougou	10	1,3
Sirakoroba	0	0,0
Nonkon	1	0,1
Ouolodo	2	0,3
Nossombougou	0	0,0
Tioribougou	9	1,2
TOTAL	776	100,0

L'aire de santé la plus retrouvée au niveau de l'échantillon était : Kolokani Central (81,7%).

5.3.2 Résultat du test de dépistage volontaire

5.3.2.1 Résultat global du test de dépistage volontaire

La séroprévalence était de 11,3% au niveau de l'ensemble des dépistés volontaires.

5.3.2.2 Distribution par année de dépistage

En 2007, nous avons observé la séroprévalence la plus élevée (26,70%). Mais cette prévalence a été calculée en 2007 sur un effectif très faible (15).

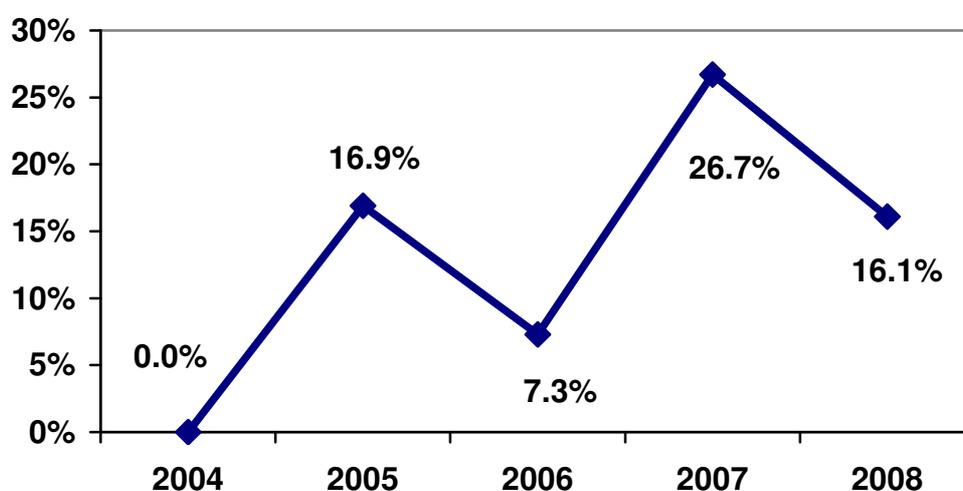


Figure 14 : Distribution selon l'année de dépistage

5.3.2.3 Répartition par sexe

Tableau IX : Séroprévalence selon le sexe

Sexe	Effectif	Séroprévalence (%)
Masculin	433	7,6
Féminin	343	15,7

Le taux de séroprévalence était deux fois plus élevé chez les patients de sexe féminin (15,7 %).

5.3.2.4 Répartition par tranche d'âge

Tableau – X : Répartition des patients dépistés volontairement selon les tranches d'âge et selon la séroprévalence

Classe âge	Effectif	Séroprévalence (%)
10 -19 ans	103	4,9
20 - 29 ans	313	11,8
30 - 39 ans	204	9,8
40 - 49 ans	92	15,2
50 - 59 ans	24	20,8
60 et plus	17	11,8

La tranche d'âge la plus touchée par le VIH était celle de 50 à 59 ans (20,8%).

5.3.2.5 Répartition par profession

Tableau XI: Répartition des patients dépistés (VIH/SIDA) selon la profession

Profession	Effectif	Prévalence VIH %
Cultivateur	228	7,0
Ménagère	200	16,5
Enseignant	22	13,6
Commerçant	2	0,0
commerçant/ vendeuses	24	12,5
élève/ étudiant	64	6,3
Agents de santé	14	0,0
Autres	38	15,8
Profession non mentionnée	164	11,0
TOTAL	756	11,0

Les professions les plus touchées par le VIH/SIDA étaient :
16,5% des ménagères dépistées volontaires étaient séropositives.
13,6% des enseignants dépistés volontaires étaient séropositifs.

5.4 Enquête CAP sur le dépistage du VIH/SIDA

5.4.1 Description de la population étudiée

L'échantillon avait porté sur 200 personnes.

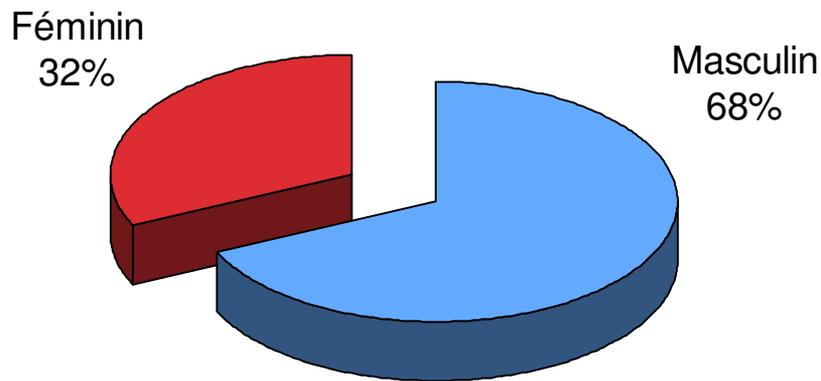


Figure 15: Distribution par sexe des enquêtés

Dans 68 % des cas les personnes interrogées étaient de sexe masculin.

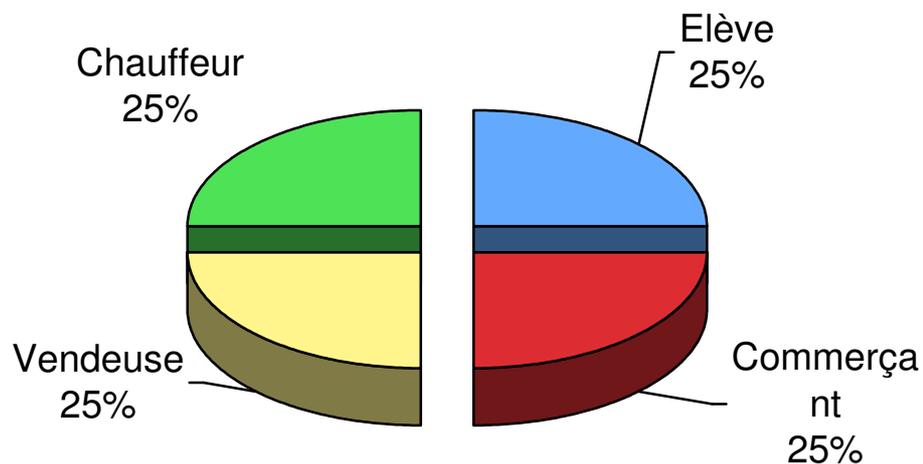


Figure 16 : Répartition des personnes interrogées selon la profession

Il y avait la même proportion de personne par profession (25%).

Les professions concernées étaient : élève, commerçant, vendeuse, chauffeur.

Tableau - XII: Répartition des personnes interrogées selon les tranches d'âge

Tranche d'âge	Effectif	%
10 – 20 ans	55	27,5
20 – 29 ans	69	34,5
30 – 39 ans	36	18
40 – 49 ans	25	12,5
50 – 59 ans	9	4,5
60 ans et plus	1	0,5
Age non enregistré	5	2,5
Total	200	100

La tranche d'âge la plus fréquente, au niveau de l'échantillon, était celle de 20- 29 ans (34,5%).

L'âge moyen était de 28,2 et l'âge médian était de 25 ans.

5.4.2 Connaissance de la gratuité du test de dépistage

5.4.2.1 Globalement

Dans 85,8 % \pm 5,8% des cas les personnes interrogées avaient une connaissance sur la gratuité du test de dépistage du VIH/SIDA.

5.4.2.2 En fonction du sexe

Tableau –XIII : Répartition des personnes interrogées, par sexe, selon la connaissance de la gratuité du test de dépistage du VIH/SIDA

Sexe	Effectif	Connaissance %
Masculin	130	86,9
Féminin	60	83,3

Il n'y avait pas de différence significative entre sexe pour la connaissance de la gratuité ($\chi^2 = 0,43$ $p=0,51$).

5.4.2.3 En fonction de la tranche d'âge

Tableau –XIV : Répartition des personnes interrogées, par tranche d'âge, selon la connaissance de la gratuité du test de dépistage du VIH/SIDA

Tranche d'âge	Effectif	Connaissance %
10 -19 ans	50	82
20 - 29 ans	65	89,2
30 - 39 ans	34	85,3
40 ans et plus	36	86,1

La connaissance de la gratuité ne différait pas significativement en fonction de la classe d'âge ($\chi^2 = 1,24$ $p = 0,74$).

Tableau –XV : Répartition des personnes interrogées, par profession, selon la connaissance de la gratuité du test de dépistage du VIH/SIDA

Profession	Effectif	Connaissance %
Elève	50	92
Commerçant	49	89,8
Vendeuse	46	80,4
Chauffeur	45	80

Dans 92% des cas les élèves savaient que le test du SIDA est gratuit.

5.4.3 Connaissance d'un lieu où faire le test de dépistage

5.4.3.1 Globalement

Dans $94,7\% \pm 4,3$ des cas les personnes interrogées connaissaient un endroit où on peut faire le test SIDA.

Tableau –XVI : Répartition des personnes interrogées, par sexe, selon la connaissance d'un lieu où l'on peut faire le test de dépistage du VIH/SIDA

Sexe	Effectif	Connaissance %
Masculin	136	94,1
Féminin	63	93,7

La connaissance d'un lieu où faire le dépistage ne différait pas en fonction du sexe ($\chi^2 = 0,02$ $p = 0,89$).

TABLEAU- XVII : Répartition des personnes interrogées, par tranche d'âge, selon la connaissance d'un endroit où on peut faire le test de dépistage du VIH/SIDA

Tranche d'âge	Effectif	Connaissance %
10 - 19 ans	52	90,4
20 - 29 ans	69	94,3
30 - 39 ans	36	91,4
40 ans et plus	36	100

La connaissance d'un endroit où faire le test du VIH/SIDA était supérieur à 90% quelle que soit la tranche d'âge.

Tableau XVIII : Répartition des personnes interrogées, par profession, selon la connaissance d'un endroit où on peut faire le test de dépistage du VIH/SIDA

	Effectif	Connaissance %
Elève	50	92
Commerçant	50	100
Vendeuse	49	93,9
Chauffeur	50	90

La connaissance d'un endroit où faire le test du VIH/SIDA était supérieur ou égale à 90% quelle que soit la profession.

5.4.4 Attitude et pratique par rapport à la réalisation du test de dépistage

Globalement 56,6% \pm 7,2% des personnes interrogées avaient déjà réalisé le test de dépistage du VIH/SIDA.

TABLEAU- XIX: Répartition des personnes interrogées, par sexe, selon la réalisation du test de dépistage du VIH/SIDA

Sexe	Effectif	% de réalisation test VIH
Masculin	135	55,6
Féminin	63	58,7

Il n'y avait pas de différence significative entre la réalisation du test chez les hommes et chez les femmes ($\chi^2 = 0,12$, $p = 0,647$).

Tableau XX: Répartition des personnes interrogées, par tranche d'âge, selon la réalisation du test de dépistage du VIH/SIDA

Tranche d'âge	Effectif	% de réalisation test VIH
10 - 19 ans	53	34,6
20 - 29 ans	69	59,4
30 - 39 ans	36	66,7
40 ans et plus	36	69,4

La réalisation du test du VIH/SIDA augmentait avec l'âge ($\chi^2 = 14,3$ $p < 0,01$).

Tableau XXI: Répartition des personnes interrogées, par profession, selon la réalisation du test de dépistage du VIH/SIDA

Profession	Effectif	% de réalisation test VIH
Elève	50	40
Commerçant	49	63,3
Vendeuse	49	57,1
Chauffeur	50	66

La profession la plus représentée en matière de réalisation du test de dépistage du VIH/SIDA était les chauffeurs (66%). Les élèves avaient, rarement, effectué le test (40%).

Différences significatives : $p < 0,05$ $\chi^2 = 8,3$

Tableau XXII : Répartition des personnes interrogées selon le motif de la réalisation du test de dépistage du VIH/SIDA

Motif de la réalisation du test de dépistage du VIH/SIDA	Effectif	Pourcentage
Pour savoir	65	56,0
Comportement à risque	9	7,8
Demande du partenaire	8	6,9
Don du sang	13	11,2
Autres	21	18,1

Dans 56% des cas les personnes interrogées avaient fait le test du VIH/SIDA pour connaître leur statut.

Tableau XXIII : Répartition des personnes interrogées selon le motif de la non réalisation du test de dépistage du VIH/SIDA

Motif de la non réalisation du test de dépistage du VIH/SIDA	Effectif	Pourcentage
Ne savait pas qu'on pouvait faire ce test	7	8,6
Peur de connaître mon statut	13	16
Peur d'une contamination lors du prélèvement	19	23,5
Autres	42	51,9
Total	81	100

Les proportions suivantes ont été obtenues :

23,5 % des personnes avaient peur d'une contamination lors du prélèvement
16 % des personnes avaient peur de connaître leur statut.

5.4.5 Attitude et pratique par rapport aux relations sexuelles

5.4.5.1 Expérience sexuelle

Globalement 88,3 ± 5,4 % de la population étudiée avait eu des rapports sexuels.

Tableau XXIV : Répartition des personnes interrogées, par sexe, selon l'expérience sexuelle

Sexe	Effectif	Rapport sexuel %
Masculin	134	88,1
Féminin	62	88,7

Il n'y avait pas de différence statistique entre l'expérience sexuelle chez les hommes et chez les femmes ($\chi^2=0,02$ $p = 0,99$).

Tableau XXV : Répartition des personnes interrogées, par tranche d'âge, selon l'expérience sexuelle

Tranche d'âge	Effectif	Rapport sexuel %
< 19 ans	52	76,9
20 - 29 ans	67	84,18
30 - 39 ans	35	100
40 ans et plus	26	97,2

On observait une augmentation des rapports sexuels avec l'âge (mais χ^2 non valide).

Tableau XXVI: Répartition des personnes interrogées, par profession, selon l'expérience sexuelle

Profession	Effectif	Rapport sexuel %
Elève	50	62
Commerçant	48	97,9
Vendeuse	48	93,8
Chauffeur	50	100

Les élèves avaient moins d'expérience sexuelle que les autres catégories ($\chi^2 = 45$ $p < 10^{-8}$).

5.4.5.2 Nombre de partenaire

Le nombre moyen de partenaire était de $5,2 \pm 0,7$.

Le nombre moyen de partenaire ne différait pas chez les hommes (5,1) et les femmes (5,5).

Tableau XXVII : Répartition des personnes interrogées, par tranche d'âge, selon le nombre moyen de partenaire

Tranche d'âge	Effectif	Nb moyen de partenaire
< 19 ans	40	3,1
20 - 29 ans	43	5,1
30 - 39 ans	28	7,8
40 ans et plus	15	6,5

Différence significative (Test non paramétrique de Kruskal-Wallis : $p < 10^{-4}$).

Tableau XXVIII: Répartition des personnes interrogées, selon la profession, selon le nombre moyen de partenaire

Profession	Effectif	Nb moyen de partenaire
Elève	31	3,1
Commerçant	35	5,9
Vendeuse	40	5,9
Chauffeur	23	5,9

Il existe une différence significative entre le nombre moyen de partenaire chez les élèves par rapport aux autres professions ($H = 8,9$ $p < 0,05$).

5.4.5.3 Utilisation de moyens de prévention avec un partenaire différent de l'époux.

Globalement 74,4% ± 9,3% avaient utilisé des moyens de prévention avec un partenaire différent de l'époux.

Tableau XXIX: Répartition des personnes interrogées, en fonction du sexe, selon l'usage de moyens de prévention avec un partenaire différent de l'époux/épouse

Sexe	Effectif	Utilisation moyen de prévention (%)
Masculin	77	76,6
Féminin	44	70,5

Pas de différence significative $p=0,46$

Tableau XXX: Répartition des personnes interrogées, en fonction de l'âge, selon l'usage de moyens de prévention avec un partenaire différent de l'époux/épouse

Tranche d'âge	Effectif	Utilisation moyen de prévention (%)
< 19 ans	36	63,9
20 – 29 ans	42	73,8
30 – 39 ans	28	82,1
40 ans et plus	12	83,3

Pas de différence significative $p=0,33$

Tableau XXXI: Répartition des personnes interrogées, selon la profession, selon l'usage de moyens de prévention avec un partenaire différent de l'époux/épouse

Profession	Effectif	Utilisation moyen de prévention
Elève	27	74,1
Commerçant	33	78,8
Vendeuse	36	63,9
Chauffeur	25	84

Avec un partenaire différent de l'époux, 63,9% des vendeuses avaient utilisées un moyen de prévention.

5.4.5.4 Utilisation du préservatif avec un partenaire différent de l'époux/épouse

Sur les 121 personnes ayant eu des rapports sexuels avec un partenaire différent de l'époux ou de l'épouse, le préservatif avait été utilisé de la façon suivante :

- De temps en temps 36,5%
- Souvent 42,1%
- Toujours 21,4%

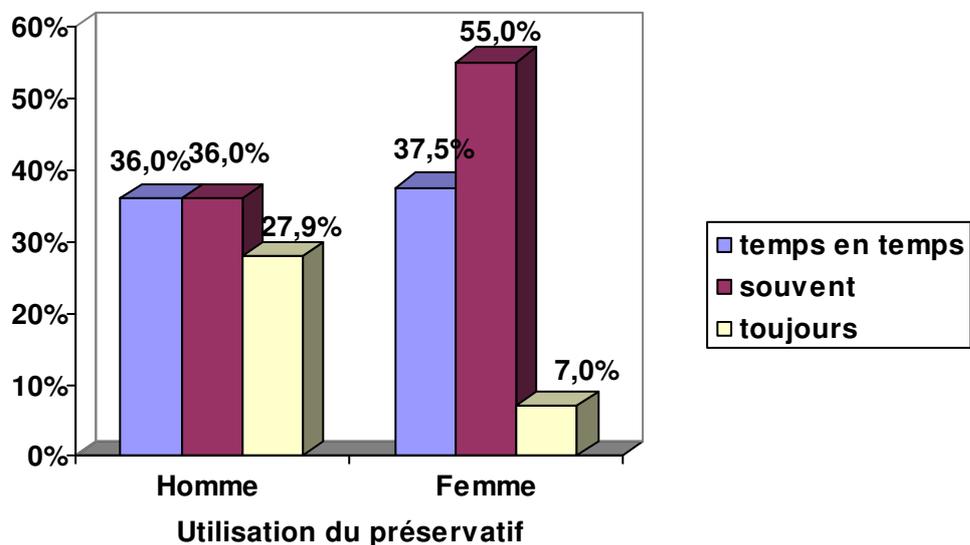


Figure 17 : Répartition des personnes interrogées, par sexe, selon la fréquence de l'usage du préservatif avec un partenaire différent de l'époux/épouse

La proportion de femmes utilisant « souvent » ou « toujours » était sensiblement la même que chez les hommes, par contre les hommes mettaient « toujours » un préservatif 4 fois plus souvent que les femmes ($p < 0,05$)

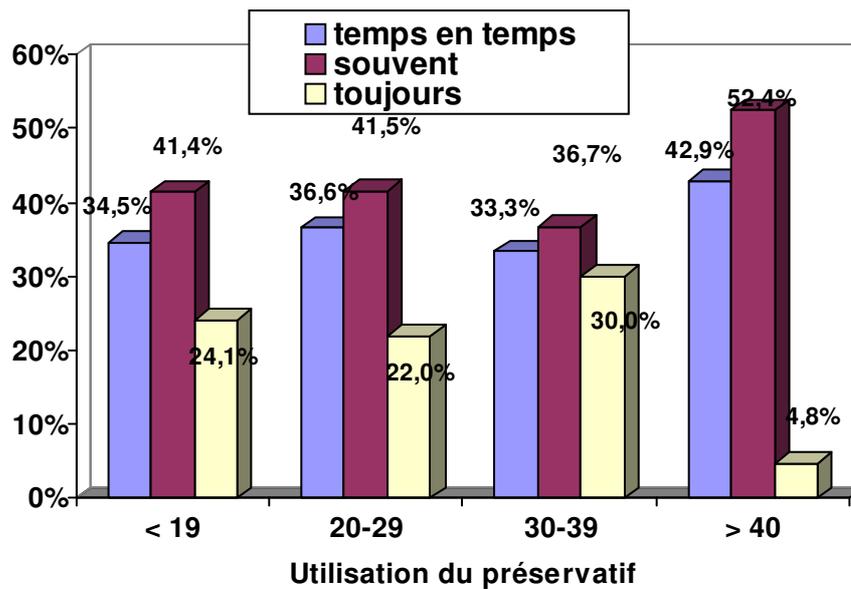


Figure 18 : Répartition des personnes interrogées, par âge selon la fréquence de l'usage du préservatif avec un partenaire différent de l'époux/épouse

On ne notait pas de différence significative en fonction de l'âge ($p = 0,55$)

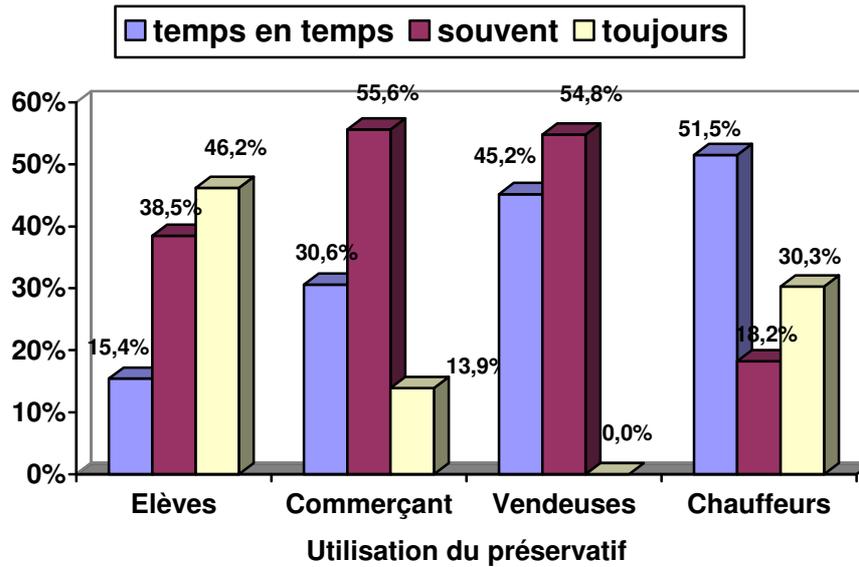


Figure 19 : Répartition des personnes interrogées, par profession, selon la fréquence de l'usage du préservatif avec un partenaire différent de l'époux/épouse

Les comportements différaient significativement en fonction de la profession ($p < 0,001$), en particulier on pouvait noter qu'avec un partenaire différent de l'époux, les groupes professionnels suivants utilisaient le préservatif à chaque rapport dans la proportion de :

- 13,9 % des commerçant
- 0% des vendeuses
- 30,3% du chauffeur
- 46,2% des élèves

6 COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS

6.1 Organisation du dépistage du VIH/SIDA à Kolokani

Contrairement à Bamako où le dépistage du VIH/SIDA est maintenant bien organisé, il n'existait pas d'organisation rationnelle du dépistage à Kolokani du fait de l'absence de CDV et le manque de coordination entre les différentes structures réalisant le dépistage (par exemple réalisation de dépistage par les ONG qui certaines années réfèrent les cas positifs au CESREF pour confirmation et parfois non). Ceci a influencé sur la fluctuation des résultats présentés dans cette étude.

6.2 L'étude rétrospective portant sur les patients dépistés (VIH/SIDA) au CSREF de Kolokani

6.2.1 Fiabilité et difficultés de l'étude :

Les données de cette enquête ont été obtenues à travers les supports du CSREF de Kolokani.

Les difficultés rencontrées étaient :

- insuffisance de remplissage des données au niveau des supports (âge, aire de santé, village, type de dépistage, type de VIH) surtout en 2007
- canevas non uniforme au niveau des registres de dépistage du laboratoire
- non enregistrement des résultats de dépistage du VIH/SIDA au niveau des registres de consultation médicale

L'analyse des données de l'année 2007 est biaisée du fait du faible nombre de personnes dépistées.

6.2.2 Fréquentation

Il s'agissait de la première enquête sur le dépistage du VIH/SIDA dans le cercle de Kolokani.

6.2.2.1 Patients ayant subi le test de dépistage VIH/ SIDA selon l'année

Le plus grand effectif de test de dépistage a été observé en 2006 (510 tests effectués). Après une augmentation progressive de 2004 à 2006, on a noté une diminution importante en 2007 suivie d'une reprise en 2008.

L'évolution du dépistage était irrégulière à cause de l'intervention périodique des ONG. En 2007 il y a eu peu de dépistage (151 cas dépistés en tout). Ceci s'explique par les activités de dépistage communautaire effectuées par les ONG car ces dépistages n'étaient pas enregistrés au niveau du laboratoire du CSREF de Kolokani.

6.2.2.2 Patients ayant subi le test de dépistage VIH/SIDA selon le sexe

De 2004 à 2006 la plus grande proportion de dépistage effectué se situait au niveau des patients de sexe masculin. Pendant cette période les activités de sensibilisation de masse n'avaient pas commencé.

Dans la plupart des pays [3] les femmes sont plus nombreuses que les hommes à avoir accès aux services de conseil et dépistage du VIH ce qui rend la situation du dépistage à Kolokani de 2004 à 2006 assez particulière. Dans l'enquête menée au CESAC par Diarra, ce même phénomène avait été observé.

Mais à partir de 2007 les patientes de sexe féminin sont devenues majoritaires. Ceci pourrait s'expliquer par l'intervention périodique des ONG. Avec les activités de sensibilisation, les patientes de sexe féminin ont été plus nombreuses car :

- les femmes sont fréquemment regroupées en association
- les femmes écoutent et assistent mieux les séances d'IEC que les hommes.

6.2.2.3 Patients ayant subi le test de dépistage VIH/SIDA selon l'âge

La classe d'âge la plus représentée au niveau de l'échantillon était celle de 20 – 29 ans avec (41,3%) suivi de celle de 30 à 39 ans avec 26,7 %.

La prédominance de ces deux tranches pourrait s'expliquer par la fréquence plus élevée de comportement à risque dans ces tranches d'âges.

6.2.2.4 Le dépistage du VIH/SIDA selon la profession

Les ménagères sont les plus nombreuses (34,4%) au niveau des professions recensées, suivies par les cultivateurs (21, 2%).

Ceci s'explique par la prédominance de ces deux couches à Kolokani (zone à vocation agro-pastorale).

Au niveau de l'éducation peu de personnes se font dépister :

- 5,6% des patients dépistés étaient des étudiant / élèves
- 1,8% de l'échantillon était constitué par les enseignants.

Ceci témoigne que la couche intellectuelle se dépiste rarement au niveau du cercle de Kolokani, mais aussi de la faible proportion de cette couche au niveau de la population de Kolokani.

Au niveau des écoles fondamentales (de la première à la 9^{ème} année) il n'y a pas de structures sanitaires fonctionnelles. Seul le lycée de Kolokani abrite un dispensaire qui n'a pas été fonctionnel de façon continue.

D'où la nécessité d'intensifier la sensibilisation sur l'importance du dépistage volontaire au niveau des écoles.

6.2.2.5 Le test de dépistage VIH/SIDA selon l'aire de santé

La plus faible proportion de dépistage du VIH/SIDA a été observée à Samantara (0,1%). Ceci s'explique par l'éloignement de cette aire de santé (non fonctionnelle) du CSREF de Kolokani (soit 120 kilomètres).

Les autres aires de santé ayant une faible proportion de dépistage (0,2%) sont Sirakoroba et Sabougou. Les raisons pourraient être :

- le CSCOM de Sirakoroba se situe à proximité du cercle de Banamba, ceci a comme corollaire la fréquentation du CSREF de Banamba afin de minimiser le coût de la prise en charge (distance)
- pour le CSCOM de Sabougou, le motif pourrait se situer au niveau de la faible référence des cas vers le CSREF de Kolokani.

6.2.2.6 Le test de dépistage VIH/SIDA selon le type

Le dépistage volontaire représente plus de la moitié des dépistages effectués (60%). Une étude au CESAC durant la même période avait retrouvé 47,4% de dépistage

volontaire, mais avec une augmentation progressive de la proportion de dépisté volontaire [8]

6.2.3 Résultat du test de dépistage du VIH

6.2.3.1 Taux de séroprévalence

Au niveau de l'échantillon on a recensé 15,8% de patients séropositifs.

Ce taux est dix fois supérieur à celui de EDSM-IV [5] (1,3 %). qui est représentatif du taux de séroprévalence de la population des adultes au niveau national.

Mais pour le CSREF de Kolokani le dépistage se fait pour les 4 raisons (diagnostique, obligatoire, volontaire et systématique) . Ceci a tendance à augmenter le nombre de personne séropositive car :

- En demandant le test chez les patients symptomatiques, on a une forte chance de retrouver un résultat positif.
- Pour le dépistage obligatoire et systématique la personne est testée avant les indications concernées (don de sang, PTME, IST, Tuberculose ...).
- Une partie des personnes réalisant le dépistage volontaire le font du fait d'un comportement à risque.

Devant l'importance de ces chiffres, une étude épidémiologique est nécessaire pour évaluer la séroprévalence du VIH/SIDA au sein de la population générale.

Cependant ce taux est très inférieur au taux de prévalence noté au CESAC de Bamako (49,1%) mais qui s'explique par une population plus à risque qui était dépistée [8].

6.2.3.2 Séroprévalence au niveau de l'échantillon de 2004 à 2008 selon l'année de dépistage

Selon l'évolution annuelle le taux de séroprévalence le plus élevé a été observé en 2004 (21,6 %). Ceci est dû au fait qu'en 2004 le dépistage volontaire de façon communautaire (avec l'intervention des ONG) n'avait pas commencé. Le dépistage à visée diagnostique était proposé aux patients lors des consultations médicales.

En 2007, le taux de prévalence est biaisé car il a porté sur un effectif faible et venu principalement pour un motif de dépistage clinique car durant cette période de nombreuses activités de sensibilisation communautaire et de dépistage volontaire étaient réalisées par les ONG

6.2.3.3 Patients dépistés séropositifs (VIH/SIDA) selon le type de VIH

Seulement 9 typages ont été réalisés, tous de type VIH1.

Selon les données de la sérosurveillance sentinelle et les données 2005 de la zone Afrique de l'OMS il existe une prédominance du VIH 1 sur le VIH 2 [9].

Cette faible réalisation du sérotypage s'explique par le manque de réactifs pour réaliser ces analyses.

6.2.3.4 VIH/SIDA selon les tranches d'âge

La tranche d'âge la plus touchée par le VIH est celle des enfants du fait du dépistage lors de la PTME (27,3%).

Selon EDSM IV [5] :

Chez les jeunes, la prévalence du VIH tend à augmenter avec l'âge et la tranche d'âge la plus touchée était celle des 15-49 ans.

Les données de la littérature attribuent également à cette population sexuellement active (15-49 ans) le risque le plus élevé d'infection par le VIH [10].

Le VIH/SIDA est devenu un problème de santé qui n'épargne aucune tranche d'âge.

Les jeunes sont les premières victimes du SIDA et donc les cibles de prédilection pour les activités de prévention [11].

Les jeunes sont une cible à privilégier afin de limiter les risques d'infection par le VIH et autres infections sexuellement transmissibles au moment où ils découvrent et explorent leur sexualité. Avec l'espoir qu'une sensibilisation dès le jeune âge leur permettra d'adopter des comportements à moindre risque pour le restant de leur vie [12].

Les raisons du taux élevé de séropositivité chez les moins de 10 ans mettent en évidence une insuffisance dans l'exécution de la PTME.

6.2.3.5 La séropositivité selon la profession

Parmi les professions, réalisant le test de dépistage, les plus touchées par le VIH/SIDA sont :

17,9% des vendeuses sont séropositives.

16,7% des enseignants sont séropositifs.

14,4 % des ménagères sont séropositives

Ces taux sont supérieurs à ceux de TRAORE. L [13] où les proportions suivantes ont été obtenues par profession en matière de séropositivité :

- vendeuses ambulantes (8,57%)
- ménagères (10,76%)

Les vendeuses ont, en général, peu de revenus. La pauvreté limite la protection sociale et économique, le soutien des individus, des familles et des communautés contre l'impact de l'épidémie du VIH/SIDA [1].

Cet état de fait a comme conséquences d'entraîner la propagation de la pandémie car les enfants ne sont pas bien encadrés sur le plan éducatif et financier.

Le taux de prévalence élevé chez les enseignants et élèves, reflète probablement leur connaissance des facteurs de risque et une sélection de cette catégorie professionnelle ayant un comportement à risque et désireuse de connaître son statut sérologique.

Selon une étude [14] l'enseignement sur le VIH / sida et le CDV devraient également être incorporés dans les programmes scolaires afin de réduire le taux élevé au niveau des écoles.

6.2.3.6 Séroprévalence en fonction du sexe

Le taux de séroprévalence est plus élevé chez les patientes de sexe féminin (19,2 %).

Ces données sont similaires aux résultats des études précédentes [15] où on a conclu que les femmes représentent la moitié de toutes les personnes vivant avec le VIH dans le monde et plus de 60% des infections à VIH en Afrique subsaharienne et celles de Ouédraogo au Burkina [16] qui avaient noté une prédominance féminine.

Diarra au CESAC a mis en évidence, quelque soit l'année étudiée, que le taux de séroprévalence était 4 fois supérieur chez les femmes [8].

Cette prédominance féminine pourrait être en rapport avec les pratiques socioculturelles telles le lévirat, le sororat, les mariages forcés et souvent précoces, la difficulté pour les femmes d'accéder aux ressources, la vulnérabilité anatomique et biologique (la concentration virale dans le sperme est plus élevée que la concentration dans les fluides vaginaux et les femmes ont une surface muqueuse plus grande qui est exposée au virus pendant de longues durées).

6.3 Dépistage volontaire

Au cours de cette étude nous avons constaté que plus de la moitié des dépistages effectués (soit 60%) entre dans le cadre du dépistage volontaire.

6.3.1 Dépistage volontaire par année de dépistage

Le dépistage volontaire a progressivement augmenté de 2004 à 2006 du fait des efforts de sensibilisation communautaire menée par certaines ONG. Mais en 2007 la réalisation pratique du dépistage par certaines ONG a fait chuter la fréquentation au niveau du CESREF.

En 2008 on a recensé une augmentation du nombre de personnes dépistées (267 cas dépistés). Ceci s'expliquerait par la fin des activités de dépistage communautaire avec la rupture des réactifs VIH consécutive à la fin des projets financés. Ainsi la plupart des patients venus au niveau des CSCOM sont référés vers le CSREF de Kolokani, d'où une augmentation de l'effectif.

6.3.2 Statut sérologique

La séroprévalence était de 11,3% au niveau de l'échantillon.

Ce taux élevé pourrait être dû d'une part à la référence des dépistés positifs par certaines ONG et d'autre part par le dépistage d'une population plus à risque que la population générale.

En 2007, nous avons observé le plus grand taux de séropositivité (soit 26,7% des cas dépistés) mais ce résultat est biaisé car il n'y a eu que 15 cas de dépistage volontaire effectués.

Au CESAC de Bamako, le taux de prévalence chez les dépistés volontaires de 2005 à 2008 était de 23,4% et s'explique par une population fréquentant le CESAC plus à risque qu'à Kolokani [8].

6.4 L'enquête CAP

6.4.1 Représentativité de l'échantillon

Notre échantillon a été de 200 personnes et a été réalisé sur quatre catégories professionnelles (élèves, commerçants, vendeuses et les chauffeurs) choisis par choix raisonné.

Ceci induit bien entendu un biais d'échantillonnage, mais il faut considérer cette enquête comme une étude préliminaire qui donne déjà des résultats extrapolables aux catégories professionnelles enquêtées.

6.4.2 Connaissance d'un lieu de dépistage et de la gratuité

Il y avait une forte proportion de personnes qui connaissaient la gratuité du test au Mali (85,8 % \pm 5,8%).

La plupart des répondants connaissaient un lieu de dépistage du VIH/SIDA (94,7% \pm 4,3%).

Ces taux élevés de connaissance d'un lieu de dépistage et de la gratuité du test pourraient s'expliquer par le travail conjugué de sensibilisation de masse (média, ONG, leaders communautaires) sur l'orientation de la population vers le dépistage. Avec l'ONG ADERA, les animatrices sillonnent tous les villages du cercle pour faire la sensibilisation et le dépistage du VIH. Les autres ONG ont des activités concentrées au niveau des communes ou des aires de santé.

Ce taux est deux fois plus élevé que celui observé lors d'une enquête CAP dans la population des jeunes de la commune III de Bamako [8].

Mais ce taux peut être influencé par un biais possible d'échantillonnage.

6.4.3 Attitude face au test VIH

Globalement 56,6% \pm 7,2% des personnes interrogées avaient déjà réalisé le test de dépistage du VIH/SIDA.

Les résultats obtenus au cours de notre étude sont les suivants :

- **Réalisation du test de dépistage du VIH/SIDA selon le sexe**

-Pour les personnes de sexe masculin (55,6 %)

-Pour les personnes de sexe féminin (58,7%)

Il n'y avait pas de différence significative entre la réalisation du test chez les hommes et chez les femmes ($\chi^2 = 0,12$, $p = 0,647$).

Ces résultats sont supérieurs à ceux d'EDSM IV [5] où la grande majorité de femmes (93 %) et d'hommes (92 %) n'ont jamais été testés pour le VIH.

Ces taux élevés de dépistage pourraient s'expliquer par :

- les actions conjuguées de sensibilisation et de dépistage du VIH par les ONG et les structures sanitaires de 2005 à 2008.
- les activités ciblées des ONG tel que l'ADERA qui avait son projet dénommé « Vers un axe routier sans SIDA ». Ainsi le syndicat des chauffeurs participait fortement à ce projet.

- l'intervention de l'ONG CAEB au niveau du lycée de Kolokani. Ainsi cet ONG a eu à former des pairs éducateurs (élèves) et quelques enseignants afin d'augmenter le taux de dépistage du VIH au lycée.
- toutes les ONG du cercle menaient des activités favorables au dépistage.
- mais ce taux peut également s'expliquer par un biais possible d'échantillonnage.

Obstacles au dépistage du VIH/SIDA :

Lorsqu'on planifie les services de santé, on tend à se centrer sur la planification du point de vue de l'offre. On néglige souvent de se demander si ces services seront, en fait, utilisés, même quand il est clair que certains facteurs peuvent limiter la demande. Le déni, la peur, la stigmatisation, la discrimination et les coûts élevés risquent de contenir la demande et l'utilisation de services de santé et tout spécialement le recours à des services pour des affections tel que le VIH et la tuberculose, qui suscitent toutes deux la peur, la discrimination et la stigmatisation.

De cette enquête, on a identifié les obstacles au dépistage du VIH/SIDA :

- 23,5% des personnes ont peur d'une contamination lors du prélèvement, ce qui témoigne de la méfiance de la population aux structures sanitaires
- 16 % des personnes ont peur de connaître leur statut ; ce qui pourrait s'expliquer par la peur d'être stigmatisé.

Par contre selon l'étude de TRAORE .S.T [17] 97,5% des femmes estimaient que l'on doit se faire dépister pour connaître son statut.

Pour riposter à l'épidémie de VIH durablement et avec tout le succès voulu, il va falloir sans relâche travailler et avancer sur les questions relatives aux violations des droits humains, des inégalités sexospécifiques, de la stigmatisation et de la discrimination [15].

D'après une étude [18] les principaux obstacles à l'utilisation de CDV chez les hommes étaient liés aux difficultés d'accès, à la stigmatisation et à la confidentialité des services.

Ces obstacles, pourront, être surmontés par la sensibilisation de la population sur les bienfaits de la connaissance du statut sérologique.

6.4.4 Motif de la réalisation du test de dépistage du VIH/SIDA

Dans 56% des cas les personnes interrogées ont fait le test du VIH/SIDA pour connaître leur statut.

Ces résultats sont inférieurs à ceux d'une autre étude [13] où la majorité (62,5%) de ceux qui avaient subi un test de dépistage allaient juste pour savoir leur statut VIH.

6.4.5 Comportement sexuel

6.4.5.1 Expérience sexuelle

Dans 62% des cas les élèves ont eu des rapports sexuels.

Ces résultats sont supérieurs à ceux de KONATE.S [19] où 51,46 % des élèves ont eu des rapports sexuels.

Ces résultats se rapprochent de ceux observés par Diarra chez les jeunes de 18 à 25 ans dans la commune III de Bamako [8]

6.4.5.2 L'usage de moyens de prévention avec un partenaire différent de l'époux/épouse

Les préservatifs masculins et féminins sont les seules méthodes capables de prévenir la transmission d'IST, VIH y compris [20].

La plus forte proportion de personnes ayant utilisé le préservatif avec un partenaire différent de l'époux/épouse se trouve chez les chauffeurs (84%).

Les élèves en ont utilisé moyennement (soit 74,1%).

La plus faible proportion, en matière d'usage du préservatif, a été retrouvée chez les vendeuses (63,9 %).

Ces proportions sont supérieures à celles obtenues dans les études suivantes :

- Le recours au préservatif s'est révélé rare : au Burkina Faso, par exemple, près de 90% des couples cohabitants participant à l'enquête ont déclaré n'avoir pas utilisé de préservatif lors du dernier rapport sexuel (de Walque, 2007)[15] .
- Gakou. B [21] où 53,59% des chauffeurs n'avaient pas utilisé de moyens de prévention avec un partenaire différent de l'épouse.
- TRAORE .B. N [22] où 61,31% des élèves avaient toujours utilisé le préservatif avec partenaire occasionnel.

Environ 43% des nouvelles infections en 2005 sont survenues chez des femmes, dont la plupart ont été infectées par leur époux ou des partenaires qui avaient eu des rapports sexuels non protégés ou avaient utilisé du matériel d'injection contaminé (OMS, 2007).

En Inde, une proportion importante des femmes infectées par le VIH a probablement été infectée par un partenaire régulier qui avait acheté des faveurs sexuelles (Lancet, 2006)[14].

Ces résultats témoignent qu'il y a un obstacle à l'usage du préservatif chez les personnes interrogées. Ce qui est en phase avec les résultats des études précédentes [5, 6].

7 CONCLUSION

Notre étude a porté sur le dépistage du VIH/SIDA à Kolokani et a comporté 2 volets :
Une étude rétrospective sur le dépistage du VIH/SIDA de 2004 à 2008 au CSREF de Kolokani.

Une étude CAP sur le dépistage sur un échantillon de la population de Kolokani.

Pour l'étude rétrospective de 2004 à 2008 au CSREF de Kolokani :

Il n'existait pas à Kolokani une organisation formelle du dépistage du fait de l'absence de Centre de dépistage volontaire.

Le plus grand effectif de test de dépistage a été observé en 2006 (510 tests effectués).

Après une augmentation progressive de 2004 à 2006, on a noté une diminution importante en 2007 suivie d'une reprise en 2008.

L'évolution du dépistage est irrégulière du fait de l'intervention périodique des ONG. Hormis 2007, le taux de dépistage volontaire a connu une augmentation en 2004 et 2008.

De 2004 à 2006 la plus grande proportion de dépistage concernait les patients de sexe masculin, puis de 2007 à 2008, du fait du dépistage communautaire, les patientes de sexe féminin sont devenues majoritaires.

Globalement le taux de prévalence était de 18,5%; selon l'évolution annuelle le plus grand taux de séroprévalence a été observé en 2004 (21,6%) mais était toujours de 16% en 2008. Ceci serait dû au fait qu'en 2004, c'était le dépistage à visée diagnostique qui était majoritairement proposé aux patients lors des consultations médicales. Chez les dépistés volontaires, la séroprévalence était de 16,1% en 2008, soit 10 fois supérieur à la moyenne nationale.

Concernant l'enquête CAP nous avons retenu les conclusions suivantes :

Dans 94,7 des cas les répondants connaissaient un lieu de dépistage du VIH/SIDA et dans 85,8 % des cas les personnes interrogées avaient une connaissance sur la gratuité du test de dépistage du VIH/SIDA.

Plus de la moitié de l'échantillon disaient avoir réalisé le test de dépistage.

Ces chiffres sont très supérieurs à la moyenne nationale et témoignent du dynamisme des campagnes d'information et de sensibilisation sur le dépistage mais font également discuter un biais d'échantillonnage.

Le questionnaire sur les comportements sexuels a mis en évidence des comportements à risque.

Il demeure urgent d'agir de façon efficace afin de réduire les facteurs de propagation de cette pandémie.

Ces résultats nous ont conduits à formuler quelques recommandations :

8- RECOMMANDATIONS

Aux autorités sanitaires et sociales

- Promouvoir le dépistage du VIH/SIDA et le conseil auprès de la population ;
- Créer un CDV intégré au CSREF de Kolokani ;
- Rendre disponibles les réactifs de dépistage du VIH/SIDA au niveau des CSCOM ;
- Coordonner l'action des ONG
- Elaborer et disséminer un registre de dépistage du VIH/SIDA avec un canevas uniforme aux structures sanitaires ;
- Mettre à disposition les fonds pour la formation/recyclage des prestataires sur le counselling VIH/SIDA ;
- Améliorer l'enregistrement des données relatives au dépistage (laboratoire, counselling) ;
- Renforcer la collecte et le traitement des données (système informatique) pour mesurer périodiquement les progrès accomplis dans le cadre de la lutte contre le VIH/SIDA ;
- Dynamiser les activités de lutte contre le VIH/SIDA au niveau du CSREF et des CSCOM.

Aux autorités administratives locales de Kolokani

- Faciliter le dépistage communautaire en faisant un plaidoyer au niveau du Haut conseil National de lutte contre le VIH/SIDA ;
- Instaurer un mécanisme de suivi des PvVIH après le dépistage.

Aux autorités scolaires de Kolokani

- Intégrer un module sur le VIH/SIDA dans le programme scolaire afin d'augmenter le taux de dépistage au niveau des élèves ;
- Faire des journées de dépistage volontaire, de façon trimestrielle, au niveau scolaire.

8 REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- 1 Cellule de coordination du comité sectoriel de lutte contre le VIH.
Cadre Stratégique de Lutte Contre le VIH/SIDA du Mali. Vol 1 Juillet 2006, 2006-2010.
65 p.
2. Programme national de lutte contre le SIDA.
Compétences en Consulting en Matière de VIH/Sida. Manuel de référence Mai-aout
2006;124 pages.
3. WHO, UNAIDS and UNICEF.
Towards universal access: scaling up priority HIV/AIDS interventions in the health
sector.Consulté le 01/10/2009.
URL: http://www.who.int/hiv/data/ua08_reportingform_25feb_en.
4. ONUSIDA /OMS
Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA) 2008
Le point sur l'épidémie de SIDA. Décembre 2005.
5. Enquête Démographique et de Santé du Mali (EDSM-IV)-2006.
6. Haut Conseil National de lutte contre le VIH/SIDA au Mali.
Politique et protocoles de prise en charge antirétrovirale du VIH et du SIDA. Avril 2008.
76 pages.
7. World Health Organization (WHO).
Rapid HIV Test: Guide lines for Use in HIV Testing and Counselling Services in
Resource- Constrained Settings. Geneva, Switzerland, WHO, 2004. Consulter le
12/06/2009. URL: <http://www.who.int/hiv/pub/vct/en/rapidhivtests/en.pdf>
8. Diarra O.
Le dépistage du VIH/SIDA chez les jeunes de 18 à 25 ans au CESAC de Bamako.
Thèse médecine : FMPOS, Bamako. 2009
9. OMS bureau régional de l'Afrique.
VIH/SIDA Rapport sur la surveillance épidémiologique du VIH/SIDA dans la Région
OMS de l'Afrique : mise à jour 2005, décembre 2005.
- 10- Rapport ONUSIDA 2006, Le point sur l'épidémie, 2006.
- 11- Cellule de coordination du comité sectoriel de lutte contre le VIH.
Cadre Stratégique de Lutte Contre le VIH/SIDA du Mali. Contexte et Justification de la
lutte contre le VIH/SIDA en République du Mali, 2006-2010.

12- Cellule de coordination du comité sectoriel de lutte contre le VIH.
Cadre stratégique de lutte contre le VIH/SIDA du Mali 2006-2010
Analyse de la situation et de la réponse.

13 – Traoré. L. D

Dépistage volontaire de l'infection à VIH chez les gestantes en consultations prénatales au CSREF de la Commune II du District de Bamako. Thèse Médecine : FMPOS, Bamako. 2007 : N° 119.

14. Ikechebelu IJ, Udigwe GO, Ikechebelu N, Imoh LC.

Les connaissances, attitudes et pratiques des services de conseil et dépistage volontaire (CDV) du VIH / SIDA parmi les étudiants de premier cycle dans une école polytechnique, dans le sud, au Nigeria. 2006Jul-Aug; 15(3):245-9.

15. ONUSIDA.

Report on the global AIDS epidemic 2008. ONUSIDA.

16. Ouédraogo/Diendere E.

Étude des effets de la prise en charge par ARV sur le profil évolutif des PV/VIH au niveau du centre médical avec antenne chirurgicale de Pissy, Ouagadougou/Burkina-Faso Mémoire présenté pour l'obtention du DSGSC, août 2006,50 pages.

17 .Traoré S.T.

Évaluation des connaissances sur le VIH/SIDA des mères ayant leurs enfants suivis au site PTME du service de pédiatrie au CHU Gabriel TOURE. Thèse Médecine : FMPOS, Bamako. 2008 : N° 15.

18.Bwambale FM, Sali SN, Byaruhanga S, Kalyango JN, Karamagi CA.
Volontaire du VIH conseil et de dépistage chez les hommes dans l'ouest du pays rural: implications pour la prévention du VIH. BMC Public Health. 2008 Jul 30; 8:263.

19. Konate S. :

Enquête sur les connaissances –les attitudes – pratiques des élèves sur le VIH/SIDA à Kolokani Mali; Mémoire Diplôme Supérieur de Gestion en Santé Communautaire Orienté vers la lutte contre le VIH/SIDA ; Dakar. Septembre2007. 47p.

20. FHI (Family Health International). No 1 Volume 24. 2007 Page 17.

21. Gakou B.

Connaissances, Attitudes et Pratiques des chauffeurs et apprentis de transport en commun (SOTRAMA) du District de Bamako en matière de VIH/SIDA. Thèse Médecine : FMPOS, Bamako. 2007 : N° 144.

22. Traoré B.N.

Connaissances et comportements face au VIH/SIDA en milieu scolaire. Thèse Médecine : FMPOS, Bamako. 2006 : N° 212.

9 ANNEXES

Annexe 1 : Fiche d'entretien individuel auprès des élèves/ vendeuses/ commerçant/ chauffeurs de Kolokani

Numéro de la fiche : /__ /__ /__ /

Identification de l'enquêté:

AGE :..... SEXE :.....PROFESSION :.....

STATUT MARITAL :

Célibataire ____ marié monogame ____ marié polygame ____ union libre ____
veuf (ve) ____

TEST DE DEPISTAGE

Connaissez –vous un endroit où on peut faire le test ? Oui ____ Non ____

Si oui : où

Avez-vous déjà fait le test VIH ? Oui ____ Non ____

Si oui : pourquoi :

Pour savoir ____

J'ai eu un comportement à risque ____

Demande du partenaire ____

Don de sang ____

Aure _____

Si non pourquoi ?

Ne savait pas qu'on pouvait faire ce test ____

Peur de connaître mon statut ____

Peur d'une contamination lors du prélèvement ____

Autre _____

Savez-vous que le test est gratuit au Mali ? Oui ____ Non ____

COMPORTEMENT

Avez-vous déjà eu des rapports sexuels ? Oui ____ Non ____

Combien de partenaires avez-vous déjà eu ? ____

Combien de partenaires avez-vous déjà eu dans les 3 derniers mois ? ____

Quel est le lien entre vous et votre dernier partenaire ? ____

Si partenaire (différent de l'époux ou épouse), avez-vous utilisé quelque chose pour vous protéger ? Oui ____ Non ____

Si oui lequel ?

Si non pourquoi ?

Utiliser vous le préservatif :

De temps en temps ____ Souvent ____ A chaque rapport ____

Annexe- 2 : Fiche d'enquête sur le dépistage du VIH/SIDA au centre de santé de référence de Kolokani

No de la fiche : _____

Année de dépistage : _____

I -Données socio -démographique

Age _____

Sexe _____

Profession _____

Localité (village) _____

Aire de santé _____

II- Diagnostic :

1-Résultat du test de dépistage VIH/SIDA : positif _____ négatif _____

2- Type de VIH : VIH1 _____ VIH2 _____ VIH1 et VIH2 _____
non enregistré _____

III - Type de dépistage :

Volontaire _____
À visée diagnostique _____
Don de sang _____
PTME _____

FICHE SIGNALITIQUE :

Nom : DAMBA
Prénom : Kani
Titre : Dépistage du VIH/SIDA dans le Centre de santé de référence de Kolokani.
Année : 2009
Ville de soutenance : Bamako
Pays d'origine : Mali
Lieu de dépôt : Faculté de Médecine, de Pharmacie et D'Odontostomatologie
Secteur d'intérêt : Santé publique, VIH/SIDA

RESUME :

Notre thèse a porté sur l'étude du dépistage du VIH/SIDA au CESREF de Kolokani. Pour cela, nous avons réalisé 2 types d'étude :

- Une étude rétrospective descriptive basée sur le recueil des données des patients ayant subi le test de dépistage du VIH/SIDA au niveau du Centre de Santé de Référence de Kolokani du 1er Janvier 2004 au 31 Décembre 2008.
- Une étude transversale et descriptive axée sur une enquête CAP en 2009 (du 1er Février 2009 au 16 Mars 2009).

Au terme de cette étude les constats suivants ont été faits :

Pour l'étude rétrospective de 2004 à 2008 au CSREF de Kolokani :

Il n'existait pas à Kolokani une organisation formelle du dépistage du fait de l'absence de Centre de dépistage volontaire.

Le plus grand effectif de test de dépistage a été observé en 2006 (510 tests effectués).

Après une augmentation progressive de 2004 à 2006, on a noté une diminution importante en 2007 suivie d'une reprise en 2008.

L'évolution du dépistage est irrégulière du fait de l'intervention périodique des ONG.

Hormis 2007, le taux de dépistage volontaire a connu une augmentation en 2004 et 2008.

De 2004 à 2006 la plus grande proportion de dépistage concernait les patients de sexe masculin, puis de 2007 à 2008, du fait du dépistage communautaire, les patientes de sexe féminin sont devenues majoritaires.

Globalement le taux de prévalence était de 18,5%; selon l'évolution annuelle le plus grand taux de séroprévalence a été observé en 2004 (21,6%) mais était toujours de 16% en 2008. Chez les dépistés volontaires, la séroprévalence était de 16,1% en 2008, soit 10 fois supérieur à la moyenne nationale.

Concernant l'enquête CAP nous avons retenu les conclusions suivantes :

Dans 94,7 des cas les répondants connaissaient un lieu de dépistage du VIH/SIDA et dans 85,8 % des cas les personnes interrogées avaient une connaissance sur la gratuité du test de dépistage du VIH/SIDA.

Plus de la moitié de l'échantillon disaient avoir réalisé le test de dépistage.

Ces chiffres sont très supérieurs à la moyenne nationale et témoignent du dynamisme des campagnes d'information et de sensibilisation sur le dépistage mais font également discuter un biais d'échantillonnage.

Le questionnaire sur les comportements sexuels a mis en évidence des comportements à risque.

Mots clés : Dépistage, VIH/SIDA, Enquête CAP, CSREF de Kolokani, Mali

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

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 religions, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

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

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

Je le jure !