

MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT,
SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE
SCIENTIFIQUE

UNIVERSITE DES SCIENCES, DES TECHNIQUES
ET DES TECHNOLOGIES DE BAMAKO

REPUBLIQUE DU MALI

UN PEULE-UN BUT-UNE FOI



Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie (FMPOS)

ANNEE UNIVERSITAIRE 2010-2011

N°...../

TITRE

**Connaissances, attitudes et pratiques
comportementales en matière de
prévention du VIH et du SIDA en
commune V du district de Bamako(Mali)**

THESE

Présentée et soutenue publiquement le 14/01/2012 devant la Faculté de Médecine, de Pharmacie et
D'Odonto-Stomatologie du Mali

Par M. Jérémie DIONE

Pour obtenir le grade de DOCTEUR en Pharmacie (Diplôme d'État)

JURY

Président : Professeur Sounkalo DAO

Membres : Docteur Seydou DIARRA

Docteur Zoumana DIARRA

Directeur : Professeur Samba DIOP

DEDICACE

ET

REMERCIEMENTS

Dédicace

A ma mère : Tabita Dao

Mère exemplaire, tu es la meilleure des possessions que Dieu m'ait offerte.

Ton amour pour tes enfants n'a jamais fait défaut.

Tu n'as jamais ménagé tes efforts pour les nombreux sacrifices que tu as consentis pour mes frères et moi.

Tes conseils et ton optimisme pour ma réussite dans la vie ont permis l'aboutissement de mes études.

Chère mère, je voudrais te dire que je t'aime, car sans ton appui constant et ton soutien indéfectible, je ne serais pas là aujourd'hui. Je n'oublierai jamais ce cadeau emballé dans un pagne (syllaber) au moment des mes premiers jours d'école ce geste a été et c'est une essence inépuisable qui m'aide à avancer je ne l'oublierai jamais.

Trouve ici chère mère l'expression de toute ma reconnaissance.

Que Dieu te garde longtemps en bonne santé auprès de nous !

Remerciements

J'adresse mes remerciements à :

Eternel Dieu Tout Puissant Créateur des cieux et de la terre,

Merci de nous avoir créé et merci de nous soutenir malgré nos manquements ; la certitude de Ta présence constante nous a donné la joie et la volonté de vivre.

Au Seigneur le Tout Puissant « mon âme bénit l'Eternel ! Que tout en moi (bénisse) son Saint nom ! Mon âme, bénit l'éternel, et n'oublie aucun de ses bienfaits ! » Ps 103 :1-2

Que Ta volonté soit faite en tout moment au nom du Père, du Fils et du Saint-Esprit Amen.

A mon père : Etienne Dioné

Ton amour pour mes frères et moi n'a jamais fait défaut. Tu nous as toujours soutenus et guidés sur le droit chemin. Je ne saurais jamais te remercier pour tout ce que tu fais pour nous. Ce travail est aussi le tien.

Trouvez ici « cher Père », l'expression de notre très sincère reconnaissance.

A mes frères: Job Dioné, Youssouf Zanga Dioné, Benjamin Mamadou Dioné et notre soeur Rosaline Mossodiè Dioné

Mes chers frères le chemin est long, ce travail est aussi le votre qu'il vous incite à faire comme moi ou plus. Je vous aime beaucoup.

Que Dieu vous accorde santé et longue vie. Unis nous avancerons

A mes grands parents: Sidiki Dioné (in memorium), Mossodiè Ballo, Zanga Dao, Mariam Dao

Merci pour vos prières incessantes, Que Dieu vous accorde santé et longue vie.

A tous mes oncles, tantes : Dioné, Dao, Coulibaly et Traoré

Merci pour vos prières, soutien et conseils que Dieu vous récompense ce travail est le votre.

A tous mes cousins et cousines : Dioné, Dao, Coulibaly, Traoré et Sidibé

Merci pour vos conseils, aides et prières ce travail est le votre.

Au Groupe Biblique des Élèves et Etudiants au Mali(GBEEM)

Merci pour tous ces temps passés ensemble que le mouvement avance plus que Dieu vous bénisse.

A mes maîtres des écoles fondamentales et secondaires

Particulièrement M. Boubacar Cissé

A mes Professeurs de la FMPOS

Au personnel du D.E.R de santé publique de la FMPOS

Vous êtes pour moi des tantes, oncles frères et sœurs. Merci pour votre humanisme et disponibilité. Trouvez ici ma profonde reconnaissance.

A mes aînés, amis, camarades et promotionnaires :

Dr Michel Coulibaly, Dr Modibo Konaté, Dr Pierre F Sanou, Dr Vincent Sanogo, Dr Ousmane Sanogo, Dr Ousmane Sidibé, Eléazar Dao, Emmanuel Théra et Bakary Diabaté mes co-chambriers de tout le temps, Domo Traoré, Mohamed L Traoré, Modibo Diallo, Aissata Sanogo, Maria Kamaté , Boubacar Koné, Koura, Ra, Alassane Traoré, Oumou Gassambé, Jules A Togo, mon fiston Aliou Baldé, ma voisine Oumou Traoré, tous mes amis de la promotion Massa Sanogo et tous ce que j'ai oublié.

A Dr Josué Coulibaly et tout le personnel de la pharmacie Kita Pharm.

A Dr Aminata Gakou et tout le personnel de la pharmacie Amina.

A Dr Richard Boubacar et tout le personnel de la pharmacie Fatoumata Sidibé.

A tous ceux qui ont accepté de participer à notre étude.

A mes conseillers et tonton : Colonel Bina Coulibaly et M. Youssef Traore
Que tous ceux qui, de près ou de loin, ont contribué à l'élaboration de ce travail et dont les noms ne sont pas cités; trouvent ici l'expression de ma profonde reconnaissance.

**HOMMAGES AUX
MEMBRES DU
JURY**

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

Président : Pr Soukalo Dao

- Maître de conférences à la FMPOS
- Diplômé de Maladies Infectieuses et Tropicales
- Investigateur clinique au centre de recherche et de formation sur les VIH /TB, SEROFO/FMPOS/NIAID Université de Bamako
- Président de la société malienne des maladies infectieuses et tropicales SOMAPIT

Cher maître,

Vous nous avez fait un grand honneur en acceptant de présider cette thèse.

Votre simplicité, votre disponibilité et surtout votre souci constant pour notre formation, forcent l'admiration et font de vous un maître de référence.

Veillez accepter cher maître nos sincères remerciements.

Membre : Dr Seydou Diarra

- Assistant en Anthropologie médicale à la FMPOS
- Candidat PhD en Anthropologie médicale et de la santé à l'Université de Paris 8(France)
- Spécialiste en Anthropologie médicale et santé
- Responsable des cours d'anthropologie médicale et de la santé à la faculté de Lettres, Langues, Arts et Sciences Humaines (FLASH)
- Responsable des cours d'anthropologie médicale et de la santé à la faculté de Médecine, de Pharmacie, et d'odontostomatologie (FMPOS)
- Chercheur sur les politiques et système de santé, et l'initiative de la mise en œuvre de la gratuité de la prise en charge du paludisme chez les enfants de 0 à 5 ans et la femme enceinte au Mali

Cher maître,

Nous tenons à vous remercier pour votre grande bonté, la chaleur de votre accueil, votre discrétion et votre rigueur dans le travail bien fait.

Puisse ce travail constituer un gage de notre profonde gratitude et nos vifs remerciements.

Membre : Dr Zoumana Diarra

- Médecin généraliste
- Coordinateur de l'unité de soins d'accompagnement et de conseils des personnes infectées par le VIH et le SIDA du CSREF (Centre de Santé de Référence) de la commune V du district de Bamako

Cher maître,

Nous sommes comblés par la spontanéité avec laquelle vous avez accepté malgré vos multiples occupations d'être membre du jury de ce modeste travail. Ce choix n'est pas fortuit. Permettez nous, cher maître, de vous exprimer nos vifs remerciements et notre profond respect.

Directeur de thèse : Pr Samba Diop

- Maître de conférences en anthropologie médicale
- Enseignant chercheur en écologie humaine, anthropologie et éthique en santé au DER de santé publique à la FMPOS
- Responsable de l'unité de recherche formative en sciences humaines, sociales et éthique de SEROFO / VIH / SIDA / FMPOS.
- Responsable du cours « Anthropologie de la lutte contre la cécité : aspect sociaux et éthique », Centre hospitalier universitaire de l'institut d'ophtalmologie tropicale d'Afrique (IOTA).
- Responsable du cours « Sciences et éthique » du DEA d'anthropologie, Institut supérieur pour la formation à la recherche appliquée ISFRA, Université de Bamako
- Responsable du réseau «Chantier jeune» à la FMPOS /ISFRA-Université de Bamako /laboratoire de démographie –Université Genève (Suisse).
- Responsable du cours «Culture et éthique» du centre d'enseignement virtuel en Afrique, Ecole nationale des ingénieurs (ENI), Université de Bamako
- Membre du comité d'éthique de la FMPOS.

Cher maître,

Nous ne saurions jamais vous témoigner avec exactitude ce que nous ressentons. Nous avons été témoins des qualités exceptionnelles d'un homme modeste, simple mais rigoureux, soucieux de notre bonne formation, du travail bien fait et aussi en quête permanente de la perfection. Aussi nous avons été émerveillés par vos conseils si précieux ainsi que votre appui constant. Nous prions l'Eternel qu'Il vous donne longue vie.

SIGLES ET ABREVIATIONS

LISTE DES SIGLES ET DES ABREVIATIONS

3TC : Lamivudine

ADN : Acide Désoxyribonucléique

AEEM : Association des Elèves et Etudiants du Mali

ARN: Acide Ribonucléique

AUG: Adénine-Uracile-Guanine

AZT : Zidovudine

CAP: Connaissances, Attitudes et Pratiques

CD4 : Cluster of Differentiation four

CDC: Center of Diseases Control

CMV: Cytomégalovirus

CSREF : Centre de Santé de Référence

D4T : Stavudine

EDS: Enquête Démographique et de la santé

EFV : Efavirenz

ELISA : Enzyme-Linked Immunosorbent Assay, test d'immunoabsorption enzymatique.

HTLV: Human T-cells Leucemia/Lymphoma Virus

IDV : Indinavir

IEC : Information, Education et Communication

INNTI : Inhibiteurs Non Nucléosidiques de la Transcriptase Inverse

INTI : Inhibiteurs Nucléosidiques de la Transcriptase inverse

INtTI : Inhibiteurs Nucléotidiques de la Transcriptase Inverse

IST : Infection sexuellement transmissible

L.E.M.P : leuco-encéphalite multifocale progressive

LAV : Lymphadenopathy Associated Virus ou virus associé à la Lymphadénopathie

LTR: Long terminal repeat

NVP: Nevirapine

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONG : Organisation Non Gouvernementale

ONU: Organisation des Nations Unies

PCR : Polymerase Chain Reaction, réaction en chaîne par polymérase.

RER: Réticulum Endoplasmique Rugueux

RTV : Ritonavir

SIDA : Syndrome Immunodéficience Acquis

TDF : Ténofovir

TI : Transcriptase Inverse

UNESCO : Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture.

V.I.H : Virus de l'Immunodéficience Humaine

VEB: Virus Epstein Barr

TABLES DES MATIERES

Table des Matières

I.	Introduction.....	2
II.	Cadre théorique.....	5
	1. Définitions opérationnelles des concepts.....	5
	2. Généralités sur le VIH/SIDA.....	7
	2.1 Historique.....	7
	2.2 Epidémiologie de l'infection par le VIH.....	8
	2.2.1 Situation de l'infection par le VIH dans le monde.....	9
	2.2.2 Afrique et SIDA.....	9
	2.2.3 Situation du VIH et du SIDA au Mali.....	10
	2.2.4 Situation du VIH et du SIDA en commune V de Bamako.....	10
	2.2.5 Agent pathogène.....	10
	2.2.6 Caractères virologiques.....	12
	2.2.7 L'infection par le VIH et le SIDA.....	23
	2.2.8 Physiopathologie.....	23
	2.2.9 Modes de transmissions.....	33
	2.2.10 Diagnostic Biologique.....	37
	2.2.11 Relation entre le VIH et les attitudes comportementales.....	40
	3. Justification.....	43
	4. Hypothèse.....	44
	5. Objectifs.....	46
	5.1 Objectif général.....	46
	5.2 Objectifs spécifiques.....	46
III.	Démarche méthodologique.....	48
	1. Type d'étude.....	48
	2. Lieu d'étude.....	48
	3. Population d'étude échantillon.....	53
	3.1 Critères d'inclusion.....	53

3.2 Critères de non- inclusion.....	53
4. Considérations éthiques.....	54
5. Diagramme de GANTT.....	54
6. Questions, opinions et suggestions de la population d'étude sur les CAP.....	54
7. Traitement et analyses des données.....	57
IV. Résultats.....	59
V. Commentaires et discussions.....	67
VI. Conclusions et suggestions.....	74
VII. Références bibliographiques.....	79
VIII. Annexes.....	84

**LISTE DES
TABLEAUX ET
FIGURES**

Liste des tableaux et figures

Tableaux

Tableau I : Le SIDA dans le monde.....	8
Tableau II : Répartition des enquêtés par sexe.....	59
Tableau III : Répartition des enquêtés par profession.....	59
Tableau IV : Répartition des enquêtés par âge.....	60
Tableau V : Répartition des enquêtés selon la formation sur le VIH /SIDA..	60
Tableau VI : Répartition des enquêtés selon le cadre de formation.....	61
Tableau VII : Répartition des enquêtés selon le module de formation.....	61
Tableau VIII: Répartition des enquêtés selon leurs connaissances des différents modes de transmission.....	62
Tableau IX : Répartition des enquêtés selon leurs connaissances des différents modes de prévention.....	62
Tableau X : Répartition des enquêtés selon leurs connaissances des proches séropositifs.....	63
Tableau XI : Répartition des enquêtés selon leurs sources d'information.....	63
Tableau XII : Discrimination à l'égard des séropositifs connus.....	64
Tableau XIII : L'annonce du statut séropositif d'un collègue.....	64
Tableau XIV : Poursuite de la carrière professionnelle.....	65
Tableau XV : Changement favorable de comportement sexuel depuis l'avènement du VIH/SIDA.....	65

Figures

Figure 1 : Schéma de la structure du VIH.....	14
Figure 2 : Structure génomique du VIH.....	15
Figure 3 : Processus d'attachement du VIH.....	17
Figure 4 : Cycle de réplication du virus de l'immunodéficience humaine.....	20
Figure 5 : Bourgeonnement d'un virion sur un lymphocyte en culture.....	21
Figure 6 : L'évolution de l'infection par le VIH.....	27
Figure 7 : Situation et limitation de la commune V.....	49
Figure 8 : Répartition de la population par quartier.....	50
Figure 9 : Carte sanitaire de la commune V.....	51
Figure 10 : Evolution de l'enquête	54

INTRODUCTION

I. INTRODUCTION

Depuis son apparition aux États-Unis d'Amérique en 1981, le nombre de cas d'infection par le virus de l'immunodéficience humaine ne cesse d'augmenter. L'infection à VIH est actuellement la pandémie la plus importante qui touche à des degrés variables tous les peuples de tous les pays du monde sans exclusion [7] [21].

Isolé en 1983 à l'Institut Pasteur de Paris par l'équipe du Pr Luc Montagnier, le V.I.H. fait partie de la famille des rétrovirus (virus à A.R.N., capables de copier celui-ci en A.D.N. pro viral grâce à une enzyme qu'ils contiennent, la transcriptase inverse) ; un premier rétrovirus humain, responsable de leucémies chez l'homme, avait été isolé dès 1979 par le Pr Robert Gallo aux États-Unis. Cependant, l'existence du virus remonte à une date largement antérieure : des sérums sanguins contaminés par le virus et stockés en 1954 aux États-Unis, en 1959 au Zaïre et au Royaume-Uni, en 1963 en Ouganda et en 1973 en France ont été retrouvés [11].

En 1986, des chercheurs français ont démontré l'existence d'un deuxième virus, baptisé V.I.H.2, de structure proche du V.I.H.1, dont l'origine géographique se situerait essentiellement en Afrique de l'Ouest (Mali). Il n'y a à ce jour aucune certitude quant à l'origine du V.I.H.1, même si sa prévalence (nombre de cas par rapport à la population totale) est très importante en Afrique centrale. Selon les derniers chiffres publiés par l'ONU/SIDA et l'OMS (dans le point sur l'épidémie mondiale du SIDA 2009), on estime à 33,3 millions le nombre de personnes vivant avec le VIH. 2,6 millions de personnes ont été nouvellement infectées et 1,8 millions de personnes sont décédées du sida. Il y a eu 1,8 millions de nouvelles infections en Afrique subsaharienne. La région reste toutefois très sévèrement touchée. Quelques 22,5 millions de personnes vivant

avec le VIH, soit 68% du nombre des cas recensés dans le monde se trouvent ainsi en Afrique subsaharienne [14].

Selon l'UNAIDS quelque 34 millions de personnes vivaient avec le VIH fin 2010[23].

Le Mali, en tant que pays du tiers monde, n'est pas épargné par cette pandémie avec un taux de prévalence de 1,3% dans la population générale. Ce taux est plus élevé chez les femmes 1,5% que chez les hommes 1% [5].

C'est chez les jeunes de 15-24 ans que l'on constate la moitié de toutes les infections à VIH au monde. Chaque jour, plus de 6000 nouvelles infections surviennent dans ce groupe d'âge [19] [14].

CADRE THEORIQUE

II. CADRE THEORIQUE

1. DEFINITIONS DES CONCEPTS OPERATIONELS

Les définitions ci-après concernent l'usage qui fait des termes dans notre étude :

Connaissance : l'ensemble des idées ou des informations partielles, complètes ou utiles sur le VIH et le SIDA

Attitude : manière d'être à l'égard des autres faces au VIH et le SIDA.

Comportement sexuel : manière de se conduire sexuellement face au VIH et au SIDA.

Comportement à risque : tout comportement qui expose celui qui l'adopte ou d'autres au risque de contracter une infection à VIH, par exemple des relations sexuelles sans protection.

Éducation sexuelle : éducation conçue pour faire mieux comprendre les aspects biologiques, socioculturels, psychologiques, spirituels et éthiques du comportement sexuel humain.

Adulte : qui est dans l'âge compris entre l'adolescence et la vieillesse. Etat de maturité.

Partenaire sexuel(le) : toute fille ou garçon avec qui l'adulte a des rapports intimes ; qu'il y ait ou non des rapports sexuels.

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine.

SIDA : Syndrome d'Immunodéficience Acquise.

Prévention : La prévention est une attitude et/ou l'ensemble de mesures à prendre pour éviter une situation (maladie sociale, environnementale,...)

Transmission : est un moyen de propagation d'un phénomène donné (agent pathogène,...).

GENERALITES

2. GENERALITES

2.1 Historique

L'histoire du SIDA commence dans deux villes des Etats Unis (New York et Los Angeles) où des cas cliniques ont été observés dans des communautés d'homosexuel par le Docteur Gohlieb et collaborateurs entre octobre 1980 et Mai 1981 et par le Docteur Pozalki [3] [8] [19].

La nature infectieuse et transmissible du SIDA suspectée auparavant fut confirmée par les travaux du Professeur Luc Montagnier et son équipe qui en 1983 isolent le virus du SIDA à partir du ganglion lymphatique d'un sujet atteint du syndrome de Lymphadénopathie chronique. Le virus du SIDA qui fut appelé Lymphadenopathy Associated Virus (LAV) ou virus associé à la Lymphadénopathie. C'est l'identification du V.I.H1. Ensuite, en 1984, le même virus fut identifié par Robert Gallo qui l'appela HTLV III.

- En 1986, un deuxième rétrovirus humain (LAV III) causant le SIDA fut isolé à l'institut Pasteur chez les malades d'origine Ouest Africaine hospitalisés à l'hôpital Claude Bernard de Paris. Ce même virus fut retrouvé par M. Essex et appelé HTLV IV la même année. En revanche, en Mai 1986, le comité international de la taxonomie (CIT) des virus a recommandé une nouvelle appellation, virus de l'immunodéficience humaine «Human Immuno Deficiency Virus (HIV)». Au cours de cette année le Mali a diagnostiqué son premier cas à l'hôpital Gabriel Touré.
- En 1988 découverte du VIH du groupe O
- En 1993, la classification CDC du virus est faite.
- En 1995, ce fut le développement de la bi thérapie et de la mesure de la charge virale
- En 1996, les trithérapies se développent.
- En 1998 découverte du VIH du groupe N. [3] [19]

2.2 Epidémiologie de l'infection par le VIH :

1. Tableau I : LE SIDA DANS LE MONDE [14]

Région	Début de l'épidémie	Personnes séropositives ou atteintes du sida	Personnes nouvellement infectées par le V.I.H	Prévalence parmi les adultes en %	Décès liés au Sida
Afrique du Nord et Moyen-Orient	fin des années 1970 - début des années 1980	460 000	75 000	0,2	24 000
Afrique subsaharienne	idem	22 500 000	1 800 000	5	1 300 000
Amérique du Nord	idem	1 500 000	70 000	0,5	26 000
Caraïbes	idem	240 000	17 000	1,0	12 000
Amérique latine	idem	1 400 000	92 000	0,5	58 000
Europe occidentale et centrale	idem	820 000	31 000	0,2	8 500
Océanie	idem	57 000	4 500	0,3	1 400
Europe orientale et Asie centrale	début des années 1990	1 400 000	130 000	0,8	76 000
Asie de l'Est	fin des années 1980	770 000	82 000	0,1	36 000
Asie du Sud et du Sud-est	fin des années 1980	4 100 000	270 000	0,3	260 000
TOTAL (arrondi)		33 300 000	2 600 000	0,8	1 800 000

2.2.1 Situation de l'infection par le VIH dans le monde :

Selon les estimations de l'ONUSIDA en 2009, 33,3 millions de personnes vivent avec le VIH et le SIDA depuis le début de la pandémie dont 17,3 millions de femmes et 2,5 millions d'enfants de moins de 15 ans. Le nombre de nouveaux cas en 2009 s'élevait à un total de 2,6 millions de personnes dont 2 millions d'adultes et 640 mille enfants de moins de 15 ans. Le nombre total de décès dû au SIDA dans le monde en 2004 et en 2009 s'est respectivement élevé à 3,1 et à 1,8 millions de personnes sur des populations vivant avec le VIH estimée respectivement à 39,4 –33,3 millions de personnes, soit un taux de décès de 7,9% en 2004 et de 5,4% en 2009. [14] [19]

2.2.2 Afrique et SIDA :

En 2009 dans le monde, un peu plus de 33,3 millions d'adultes et enfants sont porteurs du VIH ; 94% de cette population vit dans les pays en développement 22,5 millions en Afrique subsaharienne qui reste la région la plus touchée ; comparativement à 2002 où ce nombre était estimé à 24,4 millions.

En Afrique Subsaharienne, les épidémies semblent se stabiliser de manière générale avec une prévalence de 5% parmi les adultes de 15-49 ans pour toute la région. Mais, cette stabilité cache une réalité beaucoup plus triste, car elle signifie qu'il n'y a pas de grande différence entre les nombres de nouveau cas et les décès dus au SIDA. Les conflits ouverts, les catastrophes écologiques ou naturelles, les guerres ont contraint des milliers d'Africains à abandonner leur domicile et à se tourner vers des moyens de survie comportant des pratiques sexuelles à très haut risque ; ces déplacements des populations ont provoqué une propagation du VIH et du SIDA. De bons renseignements sont la clé pour une action appropriée. Pour cela il faut absolument des données comportementales, sociologiques et contextuelles fiables pour atteindre des taux plus faibles ainsi qu'un arrêt définitif de la propagation du virus. [14] [19]

2.2.3 Situation du VIH et du SIDA au Mali

Au Mali, la prévalence du VIH et du SIDA dans la population générale est estimée à 1,3 % dont 1,5% chez les femmes et 1% chez les hommes soit 76 000 personnes vivant avec le VIH et le SIDA (Global Report 2010 de l'ONUSIDA). On estime que 42 000 d'entre elles ont besoin d'un traitement ARV (WHO, UNAIDS, UNICEF, Towards Universal Access Scaling up priority HIV/AIDS interventions in the health sector 2010). Selon la même source, la tranche d'âge la plus affectée est de 29 à 35 ans. La dépendance socioculturelle et économique de la femme en Afrique est un facteur de vulnérabilité au VIH et au SIDA. La sensibilité de ces patients aux agents bactériens, parasitaires, viraux, mycobactériens et fongiques est bien connue.

L'épidémie au Mali est surtout urbaine avec une prévalence de 1,6 % dans les villes mais de 0,9 % en milieu rural; la prévalence maximale étant à Bamako où elle atteint 1,9 % (Enquête de démographie et de santé du Mali de 2006 - EDMS IV) [5] [14].

2.2.4 Situation du VIH et du SIDA en commune V de Bamako

Selon les données recueillies auprès de l'unité de soins d'accompagnement et de conseils pour les personnes infectées par le VIH et le SIDA du CSREF de la commune V, cette prévalence au 31 Décembre 2010 serait de 1,1% au niveau de la commune soit 2823 personnes vivant avec le VIH et le SIDA sur une population de 249 727 [5].

2.2.5 Agent pathogène

Il y'a deux types de virus : VIH1 (partout dans le monde) et VIH2(en Afrique de l'ouest). Les virus sont classés en plusieurs groupes et les groupes en plusieurs sous groupes. Le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) est un rétrovirus appartenant à la famille des Rétroviridae. Il possède une enzyme (la transcriptase inverse) qui a la propriété de rétro transcrire le matériel génétique

ARN viral en ADN pro viral), et aux sous familles des lentivirus (groupe de virus à l'origine de maladies à évolution lente). [4] [12]

Ce virus a été identifié en 1983 comme étant l'agent étiologique du SIDA. Le VIH possède les caractéristiques communes qui sont :

- La possibilité de transcrire la molécule d'ARN de la cellule infectée en une molécule d'ADN virale à partir de l'ADN de la cellule infectée grâce à une enzyme appelée la transcriptase reverse.
- L'ADN néoformé possède à chaque extrémité une même séquence répétitive de taille variable dite LTR (long terminal repeat). Il peut alors s'intégrer de manière stable dans l'ADN chromosomique de la cellule devenant alors un provirus.
- La latence : Ce provirus peut rester silencieux et être transmis aux cellules filles par mitose. Il peut aussi s'exprimer et être transcrit en ARN puis traduit en protéine virale et donner des particules virales identiques aux virus infectieux de départ ;
- La variabilité génétique : Elle explique la possibilité de résistance à certains traitements. [1] [4]

Deux types de VIH présentant des pronostics et des taux de transmissions différents ont été identifiés :

VIH 1 : isolé en France puis aux Etats-Unis en 1983, il fut synonyme de LAV et de HTLV III. Ce virus se divise en trois groupes :

- Groupe M (majeur) il inclut la quasi-totalité des variants isolés de par le monde et est lui-même séparé en 11 sous types de A à K ;
- Groupe O (out lier)

Ils regroupent un nombre limité de variants très éloignés de M qui représenteraient près de 50% de divergence avec les autres VIH1 ;

- Le groupe nouveau (N) ou non M et non O :

Le premier isolat a été identifié 1995 chez des patients Camerounais [19].

VIH2 : isolé en Afrique en 1986 plus proche du virus de l'immunodéficience simienne (Kurt et coll.), car présentant des propriétés communes : morphologie et morphogénèse tropisme pour les cellules possédant la molécule CD4, cytopathogénicité, pathogénicité (immunodéficience) ; organisation génomique surtout pour les gènes de régulation. Le VIH2 peut être aussi classé en sous-types [1].

La pandémie SIDA est due aux virus VIH1 rattachés au groupe M. Les autres sont rares. [4]

Le sous-type B, est apparu en Amérique, Europe, Australie et Japon et les variants A, C, D, E, G et H sont constatés en Afrique. [4]

2.2.6 Caractères virologiques

1) Structure : [12] [21]

Le VIH a un aspect globalement sphérique pour un diamètre variant de 90 à 120 nanomètres.

Comme de nombreux virus infectant les animaux, il comporte :

1. Une enveloppe composée des restes de la membrane de la cellule infectée.

Cette enveloppe est recouverte de deux types de glycoprotéines : la première est la gp41 qui traverse la membrane ; la seconde est la gp120, elle recouvre la partie de la gp41 qui sort de la membrane.

Une très forte liaison existe entre la gp120 et le récepteur des marqueurs CD4 présent à la surface des cellules CD4+ du système immunitaire.

C'est pour cette raison que le VIH n'infecte que des cellules ayant ce récepteur à leur surface et qui sont en très grande majorité des lymphocytes CD4+.

A l'intérieur de l'enveloppe, se trouve une matrice protéique composée de protéines p17 et une capsid composée de protéines p24.

2. Une capsid composé de protéines p6 et p73

3. Un génome constitué d'un simple brin d'ARN en double exemplaire

accompagné d'enzymes qui :

- Transcrit l'ARN viral en ADN viral, c'est la transcriptase inverse p64
- Intègre l'ADN viral à l'ADN cellulaire, c'est l'intégrase p32
- Participe à l'assemblage du virus, c'est la protéase p17.

Ces trois enzymes sont les principales cibles des traitements antirétroviraux, car spécifiques aux rétrovirus.

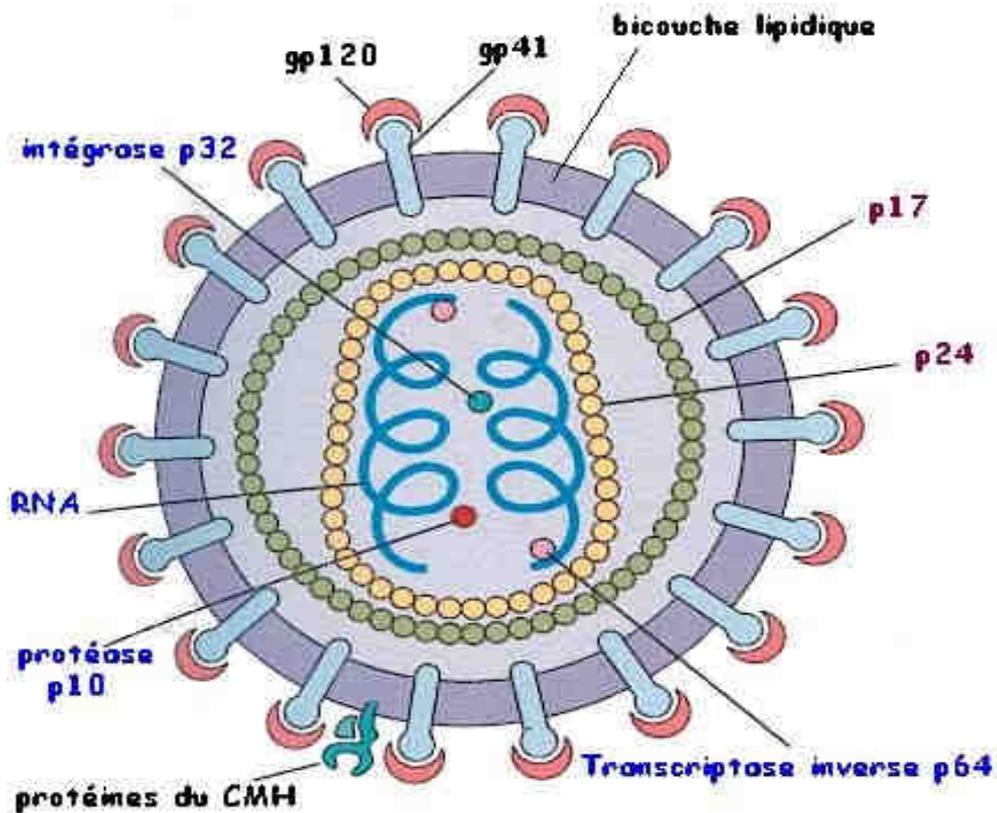


Figure 1 : schéma de la structure du VIH [8] [21]

Le génome du VIH est composé de neuf gènes. Les trois principaux sont **gag**, **pol** et **env** qui définissent la structure du virus et sont communs à tous les rétrovirus. Les six autres gènes sont **tat**, **rev**, **nef**, **vif**, **vpr** et **vpu** (ou **vpx** pour le VIH-2) qui codent des protéines régulatrices, dont les fonctions ne sont pas connues avec précision.

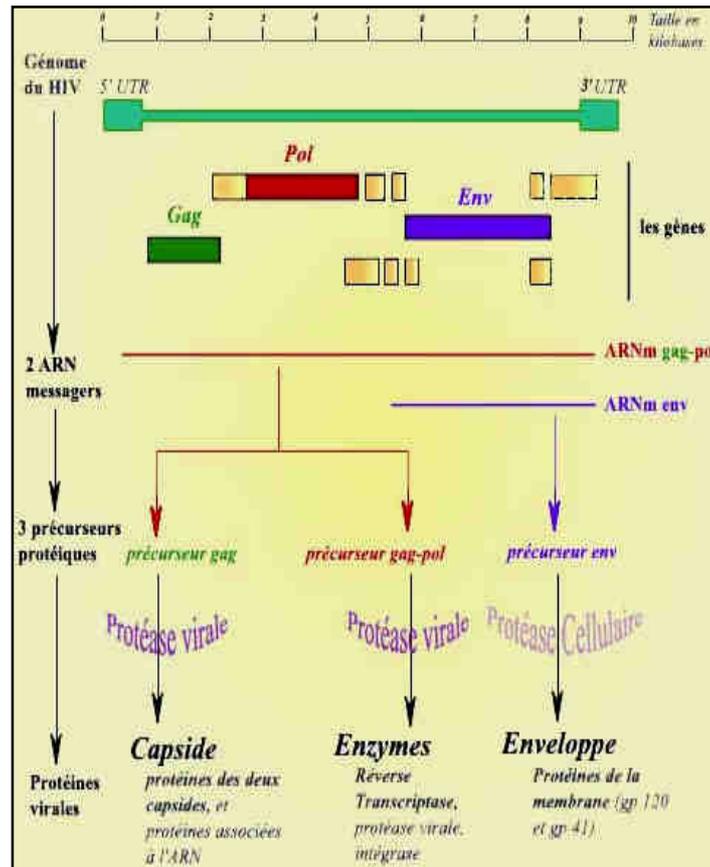


Figure 2 : structure génomique du VIH [6] [21]

2) Réplication du virus [12] [21]

Les cellules cibles du VIH sont celles présentant des récepteurs CD4 à leur surface. Ainsi, les lymphocytes T CD4+, les macrophages, les cellules dendritiques et les cellules micro gliales cérébrales peuvent être infectés par le VIH. La réplication virale a lieu dans plusieurs tissus et se déroule en plusieurs étapes :

- **La fixation ou attachement à une cellule.**

Cette étape repose sur une reconnaissance entre les protéines de surface du virus (gp120) et les récepteurs CD4 de la cellule cible. Après l'union avec un récepteur CD4, gp120 change de conformation et est attiré vers un co-récepteur devant également être présent à côté de la molécule CD4. Plus d'une dizaine de corécepteurs ont été identifiés, mais les principaux sont CXCR4 pour les lymphocytes T CD4+ et CCR5 pour les macrophages.

- **La fusion, la pénétration et la décapsidation.**

C'est la seconde étape de l'infection intervenant juste après l'union de gp120 avec le corécepteur. Cette union libère la protéine gp41 qui se fixe sur la membrane cytoplasmique. Par repli sur elle même, gp41 attire l'enveloppe virale vers la membrane cytoplasmique et la fusion des membranes cellulaire et virale a lieu grâce à un peptide de fusion présente dans gp41. La capside du VIH pénètre alors dans le cytoplasme de la cellule ; une fois à l'intérieur de la cellule, elle se désagrège libérant les deux brins d'ARN et les enzymes qu'elle contenait. Ainsi, la protéine gp120 est responsable de l'attachement et gp41 de la fusion puis pénétration au sein de la cellule.

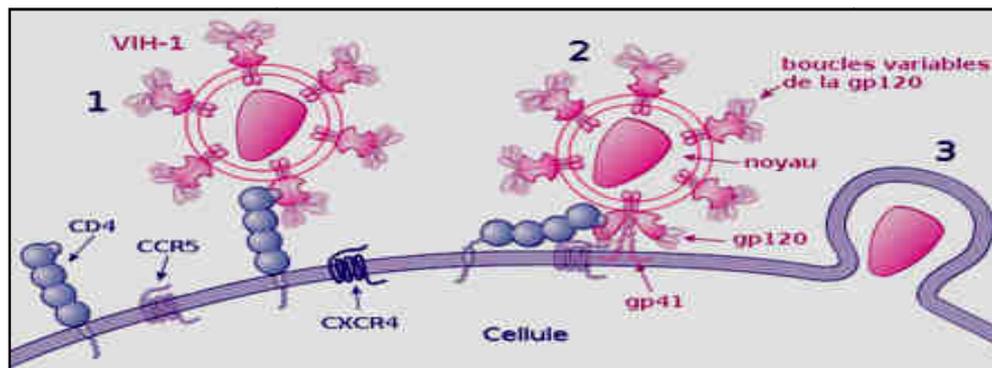


Figure 3 : Processus d'attachement du VIH [12] [21].

- 1) Fixation de la gp120 au récepteur CD4
- 2) Fixation d'une boucle variable de la gp120 au co-récepteur et fixation de la gp41 sur la membrane cellulaire
- 3) Pénétration dans la cellule

- **La transcription inverse.**

Cette étape est spécifique aux rétrovirus. Ces derniers ayant pour génome de l'ARN et non de l'ADN, une opération de transcription, "convertissant" l'ARN viral en ADN viral est nécessaire. Car seul l'ADN peut être intégré dans le génome de la cellule cible. Cette transcription est réalisée par l'enzyme de transcriptase inverse (TI). La TI parcourt l'ARN viral et le transcrit en ADN. Ce processus de transcription a très souvent lieu avec des erreurs caractérisant ainsi la non fidélité de la transcriptase inverse dans sa mission : telle est la particularité de cette enzyme. C'est la raison pour laquelle le VIH a une très grande variabilité génétique. Les deux brins d'ARN sont transcrits en ADN par la TI et forment par la suite un ADN bi caténaire aussi appelé ADN en double brin.

- **L'intégration.**

L'ADN bi caténaire, alors circularisé, pénètre dans le noyau cellulaire et s'intègre au hasard dans le génome de la cellule cible sous l'effet de l'enzyme intégrase.

Les deux brins d'ADN de la cellule « s'écartent » localement sous l'effet de l'ARN polymérase. Des bases azotées libres du noyau viennent prendre la complémentarité de la séquence et se polymérisent en une chaîne monobrin : l'ARNm (ARN messenger).

L'ARNm ainsi obtenu est hétérogène. En effet, il est constitué d'une succession d'introns (parties non codantes) et d'exons (parties codantes). Cet ARNm doit subir une maturation pour pouvoir être lu par les ribosomes. Il se produit alors une excision des introns, pour ne laisser que les exons.

- **La traduction de l'ARN.**

Une fois sorti du noyau par l'un des pores nucléaires, l'ARNm est lu par les ribosomes du RER (réticulum endoplasmique rugueux). L'ARNm vient en fait se glisser entre les deux sous unités du ribosome. Pour chaque codon (groupe de

trois nucléotides) de l'ARNm, le ribosome attribue un acide aminé. Les acides aminés se polymériseront au fur et à mesure que la lecture se poursuit. Un codon initiateur AUG (Adénine-Uracile-Guanine) fait débiter la synthèse tandis qu'un codon stop (UAA; UGA; UAG) en marque la fin.

Les polypeptides, ainsi formés ne sont pas encore opérationnels. Ils doivent subir une maturation dans l'appareil de Golgi.

- **L'assemblage.**

Les protéines de structure du virus (matrice, capsid et nucléocapsid) sont produites sous forme de polyprotéines. Elles sortent de l'appareil de Golgi liées entre elles et sont transportées dans la membrane pour rejoindre les glycoprotéines virales membranaires. Des ARN viraux rejoignent les protéines virales. Les protéines de structure s'assemblent pour former la capsid et la matrice, englobant cet ensemble.

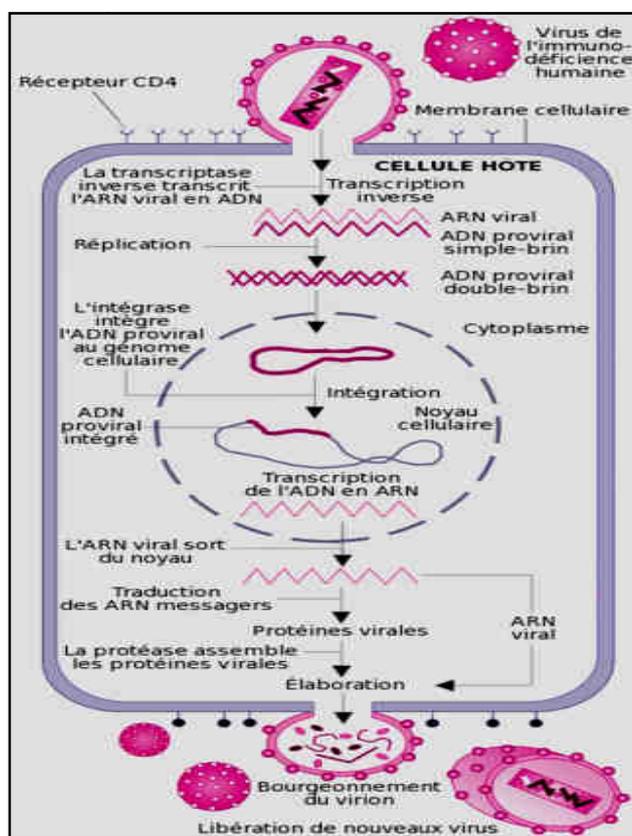


Figure 4 : Cycle de réplication du virus de l'immunodéficience humaine [12] [21].

- **Le bourgeonnement.**

La capsid sort de la cellule infectée en arrachant une partie de la membrane cellulaire à laquelle ont été préalablement fixées les protéines virales de surface (gp120 et gp41).

- **La maturation des virus.**

Une protéase virale doit cliver les liens qui unissent les différentes protéines de structure (matrice, capsid et nucléocapsid) pour que les virions soient infectieux. Suite aux clivages, les virions sont prêts à infecter de nouvelles cellules.

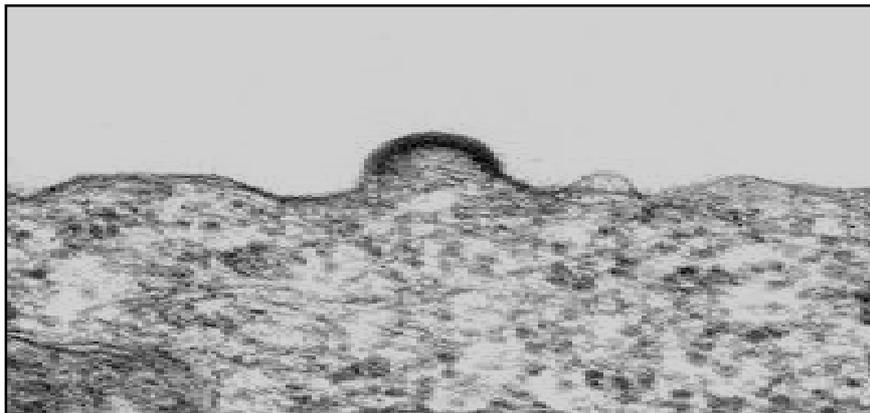


Figure 5 : Bourgeonnement d'un virion sur un lymphocyte en culture [12] [21].

3) Stabilité physico-chimique et affinité [3] [19]

Sensibilité : Le VIH est fragile dans le milieu extérieur il est inactivé par la chaleur à 55 °C pendant 30mn, l'alcool à 70 °C pendant 30mn, l'acide hypochloridrique (eau de javel) dilué au 1 / 10 pendant 40mn, l'eau oxygénée à 0,3% mais résiste au froid ; aux rayons X ; U ; V.

Affinité : le VIH a une affinité pour les cellules porteuses de la molécule CD4 : lymphocytes TCD4, macrophage, monocyte qui sont ses principales cibles ; le VIH affecte également d'autres cellules porteuses de CD4 : précurseurs médullaires, lymphocytes B immortalisés par le virus Epstein Barr (VEB), cellules intestinales, cellules gliales du cerveau, cellules d'endothélium vasculaire avec production d'interleukine 6.

L'infection de certaines de ces cellules se fait par l'intermédiaire du récepteur CD4 par liaison avec le groupe GP 110 du virus. D'autres récepteurs seraient aussi mis en jeu.

Exemple : Les canaux ioniques, ce qui explique la formation du syncytium in vitro et le fait qu'in vivo des cellules ne possédant pas le récepteur CD4 puissent être infectées ; exemples : cellules nerveuses non macrophagiques.

Le récepteur macrophagique CCR-5 découvert en 1996 interviendrait dans la transmission sexuelle du VIH et au début de l'infection.

2.2.7 L'infection par le VIH et le SIDA

1) Définition du SIDA en Afrique : [21]

Le SIDA a été défini lors de la réunion atelier de BANGUI du 22 au 25 octobre 1985. Cette définition a été scindée en deux : chez l'adulte et chez l'enfant.

a) Chez l'adulte.

Le SIDA est défini par l'existence d'au moins deux signes majeurs associés à un signe mineur en l'absence de toutes autres causes d'immunodépressions que les cancers, la malnutrition sévère etc.

De même la présence d'un **sarcome de Kaposi** généralisé, ou d'une **méningite à cryptocoque**, est suffisante pour affirmer le diagnostic du SIDA.

b) Chez l'enfant.

Le SIDA pédiatrique est suspecté chez un enfant présentant au moins deux signes majeurs associés à au moins deux signes mineurs en l'absence de causes connues d'immunodépression.

2.2.8 Physiopathologie [11]

L'infection par le VIH évolue en plusieurs phases pouvant se succéder dans le temps :

1) Phase initiale :

Une fois entré dans l'organisme, le virus peut infecter différentes cellules, principalement des cellules du système immunitaire (les lymphocytes T CD4, dits T4, les macrophages et les cellules de même origine) et certaines cellules du cerveau. La pénétration du virus dans la cellule se fait principalement par l'interaction de la protéine gp120 présente à la surface du virus et un récepteur membranaire (la molécule CD4) de la cellule cible. D'autres interactions d'ordre moléculaire sont impliquées.

Après une période de quelques jours, le virus se multiplie ; il devient détectable dans le sang aux environs du 10^e jour. La réponse immunitaire de l'organisme est ensuite mise en œuvre ; les anticorps anti-V.I.H., notamment, sont détectables à partir du 20^e jour suivant la contamination. Ces anticorps ne peuvent pas détruire le virus. Une fois infectée, la personne est dite « séropositive pour le V.I.H. » (l'usage est de restreindre cette formulation à « séropositivité » ou « séronégativité » par abus de langage).

Des signes cliniques apparaissent, dans 50 à 80 % des cas, entre le 5^e et le 30^e jour qui suivent la contamination ; ce sont principalement une fièvre, une angine, des courbatures, une éruption cutanée. D'autres manifestations plus rares peuvent survenir (méningite lymphocytaire, paralysie faciale). Cette phase de l'infection, nommée primo-infection, guérit spontanément en un mois environ.

2) Phase secondaire d'infection chronique

Cette phase dure plusieurs années et se caractérise par une multiplication du virus, en particulier au niveau des ganglions, et par des symptômes souvent peu importants.

Des infections mineures peuvent apparaître, témoignant d'une atteinte modérée du système immunitaire.

- **Les infections cutanées ou muqueuses mineures, virales ou mycosiques**, ne sont pas spécifiques de l'infection à V.I.H. mais prennent chez les sujets qui en sont atteints une forme chronique récidivante : candidoses buccales (muguet) ou anogénitales, dermite séborrhéique de la face, folliculites, prurigo, zona, verrues, etc.

- **Les signes généraux** tels qu'une altération de l'état général, une forte fièvre prolongée, des sueurs, un amaigrissement, une diarrhée persistante sont parfois présents mais peuvent manquer totalement jusqu'au sida.

3) Sida déclaré

Il s'agit de la forme évoluée de l'infection à V.I.H., due à une immunodépression majeure.

Certaines particularités évolutives permettent de distinguer 3 groupes de patients : les « progressseurs rapides », qui évoluent vers le sida en 3 à 4 ans, les « progressseurs classiques », et les « non-progressseurs à long terme » (5 % de la population infectée), chez lesquels le sida ne se déclare qu'au-delà de 10 ans après la contamination, en l'absence de traitement.

Cette phase se manifeste par des infections dites opportunistes liées à des micro-organismes (bactéries, virus, microchampignons ou parasites) qui « profitent » de l'état défaillant des défenses immunitaires pour se développer. Ces infections peuvent être dues à une contamination récente, ou à une réactivation de l'agent infectieux (notamment d'un virus, ou du parasite responsable de la toxoplasmose), présent à l'état latent dans l'organisme.

Les malades du sida peuvent également développer des tumeurs caractéristiques le sarcome de Kaposi et les lymphomes malins.

- **Les infections bactériennes** sont principalement dues à des mycobactéries, notamment le bacille de Koch responsable de la tuberculose. Ses formes extra pulmonaires sont plus fréquentes chez les patients atteints de sida que dans la population générale. Les infections à mycobactéries non tuberculeuses peuvent atteindre les poumons ou le cerveau. D'autres infections bactériennes peuvent également se déclarer.

- **Les infections parasitaires** par des micro-organismes tels que *Toxoplasma gondii*, responsable de la toxoplasmose, peuvent se réactiver et entraîner des troubles neurologiques en cas de localisation cérébrale. Une infection par *Pneumocystis carinii* provoque une atteinte pulmonaire grave conduisant parfois

à une insuffisance respiratoire. Des atteintes parasitaires digestives (microsporidiose, cryptosporidiose) entraînent des diarrhées et une altération de l'état général.

- **Les infections fongiques** les plus fréquentes sont les candidoses, dues au champignon *Candida albicans*. Celui-ci se manifeste par un muguet, parfois associé à une atteinte de l'œsophage entraînant une douleur lors de la déglutition.

- **Les infections virales** observées au cours du sida sont dues à des réactivations de virus présents à l'état latent dans l'organisme. Ainsi, une réactivation du virus varicelle-zona entraîne un zona. Le papovavirus est responsable d'une leuco-encéphalite multifocale progressive (L.E.M.P.), forme grave d'encéphalite.

- **Le sarcome de Kaposi** est plus fréquent chez les malades homosexuels que chez les autres, ce qui suggère la responsabilité d'un agent transmissible par voie sexuelle qui semble être le virus herpes. La forme cutanée, avec lésions planes, violacées, indolores, en est l'expression fréquente. Des localisations viscérales sont possibles, surtout en cas d'immunodépression majeure.

- **Les lymphomes malins** sont dus à une prolifération cancéreuse des précurseurs des lymphocytes, les lymphoblastes T et B.

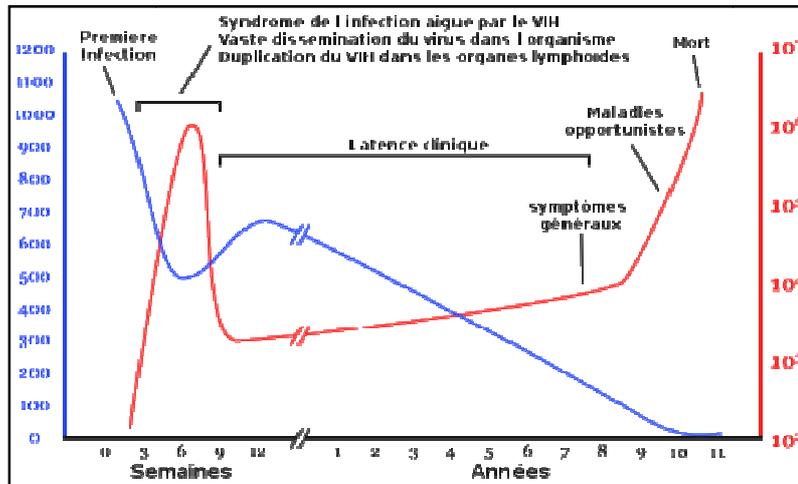


Figure 6 : L'évolution de l'infection par le VIH [12].

Ce diagramme montre la relation entre la charge virale et le nombre de lymphocytes T4

Classification OMS 1990 : Classification en stade clinique : [19]

Stade clinique 1 :

- Patient symptomatique,
- adénopathies persistantes généralisées,
- et / ou degré d'activité 1 : activité normale.

Stade clinique 2 :

- Amaigrissement de plus de 10% du poids corporel de base,
- Zona (au cours des cinq années précédentes),
- Manifestations cutané-muqueux mineures (dermite, séborrhéique, prurigo, onyxis mycosique, ulcération buccales récidivantes perlèche),

- Infections récidivantes des voies aériennes supérieures,
- et / ou degré d'activité 2 : patient symptomatique, activité normale.

Stade clinique 3 :

- Amaigrissement de plus de 10% du poids corporel de base,
- Diarrhée inexpliquée depuis plus d'un an,
- Fièvre prolongée depuis plus d'un mois,
- Candidose orale,
- Leucoplasie chevelue,
- Tuberculose pulmonaire dans l'année précédente,
- Infection bactérienne sévère,
- Et/ou degré d'activité 3 : patient alité moins de 50% du temps au cours du mois précédent.

Stade clinique 4 :

- Syndrome de cachexie du VIH,
- Pneumocystose pulmonaire,
- Toxoplasmose cérébrale,
- Cryptosporidiose avec diarrhée de plus d'un mois,
- Cryptococcose extra pulmonaire,
- Cytomegalovirose autre qu'hépatique, splénique ou ganglionnaire,
- Virose herpétique cutanéomuqueux depuis plus d'un mois ou viscérale,
- Leuco encéphalopathie multifocale progressive,

- Mycose profonde endémique généralisée (histoplasmosse, coccidioidomycose),
- Mycobactériose atypique disséminée,
- Septicémie à salmonelle mineure,
- Tuberculose extra pulmonaire,
- Sarcome de Kaposi,
- Encéphalite due au VIH,
- Et/ou degré d'activité 4 : patient alité plus de 50% du temps au cours du mois précédent.

Classification en stades clinique et biologique : Classification selon les critères cliniques et biologiques. [19]

Lymphocytes totaux en Mm³/

Lymphocyte

CD4/mm ³		Stade clinique			
		1	2	3	4
> 200	> 500	A1	A2	A3	A4
1000-2000	200-500	B1	B2	B3	B4
< 1000	< 200	C1	C2	C3	C4

Classification CDC (Center of Diseases Control): Atlanta 1993

C'est la classification la plus complète et la plus utilisée basée sur des critères cliniques et selon le taux de CD4.

Classification selon les critères clinique : [19]

Critère de la catégorie A

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

Critère de la catégorie B

- Angiomatose,
- Candidose oropharyngée,
- Candidose vaginale persistante ou qui répond mal au traitement,
- Dysplasie du col, carcinome in situ,
- Syndrome constitutionnel=Fièvre sup à 38,5 °C ou diarrhée sup. à 1 mois,
- Leucoplasie chevelue de la langue,
- Zona récurrent ou envahissant plus d'un dermatome,
- Purpura thrombocytopénique idiopathique,
- Salpingite en particulier lors des complications pour abcès tubo-ovariens,
- Neuropathie périphérique,

Critère de la catégorie C

- Candidose bronchique, trachéale ou pulmonaire,
- Candidose œsophagienne,
- Cancer invasif du col utérin coccidioïdomycose extra pulmonaire,
- Cryptococcose extra pulmonaire
- coccidioïdomycose disséminée ou extra pulmonaire

- Cryptosporidiose intestinal sup à 1mois,
- Infection à CMV (autre que foie, rate, ganglions)
- Rétinite à CMV (avec perte de la vision),
- Encéphalopathie due au VIH,
- Infection herpétique cutanée avec,
- Ulcération chronique sup à 1mois ou bronchique pulmonaire œsophagienne,
- Histoplasmosse disséminée ou extra pulmonaire,
- Isosporose intestinale sup à 1mois,
- Sarcome de kaposi,
- Lymphome de burkitt,
- Lymphome immunoblastique,
- Lymphome cérébrale primaire,
- Infection à *Mycobacterium tuberculosis* quelque soit le site,
- Infection à *Mycobacterium avium* ou *kansasii* disséminé ou extra pulmonaire,
- Infection à mycobactérie disséminée ou non disséminée,
- Pneumopathie à *Pneumocystis carinii*,
- Pneumopathie bactérienne récurrente,
- Leuco encéphalopathie multifocale progressive,
- Septicémie à salmonelle non typique récurrente,
- Toxoplasmose cérébrale,

- Syndrome cachectique au VIH.

Classification de Bangui : [19]

La définition clinique suivante et la positivité de la sérologie VIH permettent le diagnostic du SIDA en milieu tropical :

Définition du SIDA en milieu tropical : Absence d'autres causes d'Immuno suppression cellulaire.

Adultes: Présence d'au moins 2 signes majeurs associés à au moins un signe mineur

Signes Majeurs :

- perte de poids sup. à 10% en 1 mois,
- diarrhée chronique sup. à 1mois,
- fièvre prolongée sup. à 1 mois.

Signes Mineurs

- Toux chronique sup. à 1 mois, Lymphadénopathie généralisée, Infection herpétique,
- Fatigue permanente,
- Sueurs nocturnes,
- Candidose buccale ou vaginale,
- Herpès génital récurrent,
- Cancer du col agressif,

Enfants (inf. à 13 ans): Présence d'au moins deux signes majeurs associés à au moins deux signes mineurs

Signes Majeurs

- Fièvre récidivante sup à 1 mois,
- Candidose buccale récidivante,
- Infection pulmonaire récidivante.

Signes Mineurs

- Diarrhée chronique sup à 1 mois,
- Perte de poids, retard de croissance,
- Lymphadénopathie généralisée,
- Toux chronique sup à 1 mois,
- Tuberculose extra pulmonaire,
- Pneumocystose pulmonaire,
- Infection maternelle à VIH confirmée.

2.2.9 Modes de transmissions [11]

La transmission du virus se fait selon trois modes principaux : par voie sexuelle, par voie sanguine et par transmission de la mère à l'enfant (voie transplacentaire, ou lors de l'accouchement, ou lors de l'allaitement).

1) Voie sexuelle

C'est la voie de contamination la plus répandue et toutes les pratiques sexuelles sont contaminantes. À l'échelle mondiale, 75 à 85 % des infections par le V.I.H. ont été contractées à l'occasion de rapports sexuels non protégés. La transmission se fait par la mise en contact des muqueuses (du vagin ou du rectum) avec des sécrétions sexuelles (sperme, glaire cervicale) ou avec du sang contenant le virus. La probabilité de transmission est estimée, en moyenne, à 0,3

% pour chaque acte sexuel. Ce risque est néanmoins variable selon la nature de l'acte ; un rapport anal réceptif avec un sujet séropositif présente ainsi un risque plus grand de contamination (0,5 à 3 %). Le risque est en outre augmenté par divers autres facteurs, notamment l'existence d'une infection génitale chez l'un des partenaires. Le risque de transmission du virus par la femme est plus grand si le rapport a lieu pendant les règles.

2) Voie sanguine

La transmission du virus par voie sanguine peut se faire selon 3 modalités.

- **Transfusion de sang ou de dérivés du sang** (facteurs de coagulation administrés aux individus hémophiles par exemple). Depuis 1985, des mesures préventives (dépistage systématique du V.I.H. lors des dons de sang, technique d'inactivation virale) ont permis de rendre le risque de transmission du V.I.H. par cette voie pratiquement nul en France et dans les pays d'Europe de l'Ouest.

- **Piqûres accidentelles** avec une aiguille souillée par du sang contaminé. Ce risque est globalement estimé à 0,32 % et varie en fonction de la profondeur de la piqûre, du type d'aiguille et de la charge virale du patient.

- **Toxicomanie par voie veineuse avec partage de seringue** : la probabilité de contamination est estimée à 0,67 %.

3) Transmission de la mère à l'enfant

La transmission du V.I.H. de la mère à l'enfant peut survenir pendant toute la durée de la grossesse, mais surtout pendant l'accouchement et pendant la période de l'allaitement. L'utilisation de médicaments antirétroviraux pendant la grossesse et la modification des pratiques obstétricales ont permis de diminuer le taux de transmission maternofoetale du V.I.H. de type 1 de 20 % à moins de 5%.

Le diagnostic de l'infection par le VIH-2 de l'enfant est réalisé depuis peu dans le laboratoire de virologie de l'hôpital Necker (Paris). Avec un taux de transmission de

1-5%, le diagnostic du VIH-2 est difficile à faire du fait de la large diversité génomique du virus et de la charge virale peu élevée.

Une étude menée sur cinquante-sept enfants nés depuis trois ans de mères séropositives pour le VIH-2 ont été testés en utilisant une technique PCR-ADN proviral VIH-2 en temps réel. Tous les prélèvements (naissance, 1, 3 et 6 mois) étaient négatifs. Une autre étude rétrospective portant sur 217 enfants nés de 137 mères séropositives a permis de déterminer un taux de transmission de 0,8% (IC 95% : 0-2,5) si la mère n'était pas traitée, et de 0% (IC 95% : 0-3) si elle était traitée. Ces études confirment le très faible taux de transmission du VIH-2 et posent la question de l'intérêt d'un traitement prophylactique qui reste donc à démontrer [17]. Le risque de transmission virale par l'allaitement est estimé à 6 %.

Facteurs de risques : [3] [4]

- Rapports sexuels multiples non protégés : surtout les travailleurs et travailleuses de sexes, les chauffeurs, diplomates, militaires...
- Transfusions sanguines non sécurisés
- Les IST : facilitent la transmission
- Certaines pratiques traditionnelles : excisions et circoncisions en masse, tatouage, le lévirat et le sororat
- Grèffe et transplantation non sécurisés.

2.2.10 Diagnostic Biologique [3] [4] [20].

1) Diagnostic direct

a) Technique d'ELISA

La mise en œuvre d'anticorps spécifiques est la méthode de détection la plus courante, le dépistage s'effectue sur un premier sérum par la technique d'ELISA

Principe : Technique de dosage enzymatique permettant de détecter la présence dans le sang d'anticorps dirigés contre un agent bactérien ou viral, ou celle d'antigènes. (De l'anglais **Enzyme-Linked Immunosorbent Assay**, test d'immunoabsorption enzymatique.)

Autres :

- Isolement viral
- Détection des acides nucléiques viraux:
PCR (amplification des séquences d'ADN),
Hybridation (ARN du VIH)

2) Diagnostic indirect :

a) Test rapide :

- Technique d'agglutination
- Technique de filtration ou Dot Blot

b) Test de confirmation ou de western Blot

La recherche d'anticorps dans les premières semaines précédant la contamination est négative, seule la recherche de l'antigenémie p24 permet de confirmer le diagnostic tout en mettant en évidence les anticorps dirigés contre les différentes glycoprotéines.

3) Aspect thérapeutique

But :

- Réduire la mortalité et la morbidité liée au VIH
- Restaurer la fonction immunitaire
- Réduire la charge virale à son niveau le plus bas aussi longtemps que possible

Prévention :

- Abstinence
- Fidélité réciproque et permanente chez des partenaires déclarés séronégatifs
- Usage de préservatifs
- Usage de matériels stériles
- Surveillance et traitement pendant la grossesse, accouchement et allaitement des femmes atteintes par le VIH /SIDA.

Traitement :

- Vaccination : Les études sont en cours
 - Traitement symptomatique : Il est fait des antibiotiques, des antimycosiques, des antiparasitaires et des antivirales efficaces à notre possession, selon l'agent causal
 - Traitement antirétroviraux :
- Inhibiteur de la transcriptase inverse :
- Inhibiteurs nucléosidiques de la transcriptase inverse INTI :
 - Zidovudine (AZT) : Retrovir gélule 100-250 mg, comprimé 300mg
Posologie : 250-300 mg 2 fois/jour
Effets indésirables : Ils concernent le sang : anémie pouvant nécessiter des transfusions, neutropénie (diminution de certains globules blancs dits polynucléaires neutrophiles) ou leucopénie (diminution de tous les types de globules blancs). Les autres effets possibles sont des nausées, des

vomissements, des maux de tête et surtout, des douleurs musculaires, une faiblesse générale, des troubles de la digestion.

- Lamivudine (3TC) : Effets indésirables (bonne tolérance globale)
- Stavudine (D4T) : Effets indésirables (neuropathies périphériques, pancréatites aiguës)

- Inhibiteurs non nucléosidiques de la transcriptase inverse INNTI :

- Nevirapine (NVP) : Virumine comprimé 200 mg

Posologie : 200 mg 1 fois/jour pendant 14 jours puis 200 mg 2 fois/jour

Effets indésirables : toxicité cutanée, hépatites

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

Posologie : 600 mg 1 fois/jour le soir

Effets indésirables : rash, atteintes neurosensorielles

- Inhibiteurs nucléotidiques de la transcriptase inverse INtTI :

- Ténofovir (TDF) : Effets indésirables (hypophosphatémie, syndrome de Fanconi, insuffisance rénale)

➤ Inhibiteur de la protéase :

- Indinavir (IDV) : Effets indésirables (lithiases urinaires, insuffisance rénale, sécheresse cutanée)
- Ritonavir (RTV) : Norvir gélule 100 mg. Effets indésirables (troubles digestifs)

Posologie : 600 mg 2 fois/jour

➤ Inhibiteur de fusion d'entrée : Enfurvitide : Effets indésirables (réaction cutanée)

➤ Inhibiteur de l'intégrase : En cours de développement

➤ Formes combinées :

- AZT+3TC : Combivir comprimé. AZT 300 mg/3TC 150 mg posologie adulte 1 comprimé 2 fois/jour
- AZT+3TC+Ritonavir

2.2.11 Relation entre le VIH et les attitudes comportementales: [19]

Au Mali comme par tout ailleurs, il est établi que la transmission sexuelle est le mode de propagation du VIH le plus important. Cette propagation repose essentiellement sur des comportements de l'être humain (rapports sexuels non protégés ; vagabondage sexuel, mauvaise utilisation du préservatif). Ces comportements sont favorisés par la pauvreté, par des relations inégalitaires entre hommes et femmes, ou entre personnes âgées et les plus jeunes, ou par des normes culturelles et religieuses qui laissent peu de possibilité aux individus de contrôler leur exposition au virus.

La sexualité humaine relève du domaine des comportements. Plus d'une décennie après le début de la pandémie, force nous est de constater le risque et l'importance de la transmission hétérosexuelle du SIDA, et les mesures préconisées pour le contenir n'ont pas produit des effets escomptés. En effet malgré les campagnes d'information, d'éducation et de communication pour la santé certaines populations (notamment les jeunes, les chauffeurs, les professionnelles du sexe) persistent dans leurs comportements à risque ce qui explique la propagation inquiétante du SIDA.

La forte mobilité des chauffeurs routiers accroît la propagation géographique du VIH. Souvent obligé de partir pour l'étranger ou une autre région pour y trouver du travail, ils sont séparés de leur famille, et nombreux sont ceux qui ont recours aux professionnelles du sexe en ayant des rapports sexuels pas toujours protégés. Ils ont également des rapports avec une multitude de partenaires non régulières (vendeuses, gargotières, aides familiales). Le service est souvent rendu avec une contrepartie financière pour la femme pour des rapports sans préservatifs. Une fois contaminés, ces couples provisoires présentent une probabilité élevée de contaminer d'autres personnes, car se déplaçant en permanence. L'attitude de certains migrants est d'opter pour la prévention

pendant le premier rapport, et au fur et à mesure que la confiance s'établit, les partenaires rompent avec cette pratique.

Les professionnelles du sexe entretiennent des relations sexuelles vaginales et / ou anales très souvent non protégées avec des partenaires multiples et non réguliers. Elles s'exposent de cette façon aux risques d'infections et exposent de même leurs clients.

Les jeunes représentent une proportion importante de la population et sont tous particulièrement exposés au risque de contracter ou de transmettre une infection à VIH en l'occurrence ceux dont les comportements sont liés aux activités socioéconomiques (coxeurs, vendeuses, domestiques...). Les jeunes qui arrivent en ville du fait de l'exode rural, laissés à eux-mêmes, se livrent à des comportements non contrôlés. Ils adoptent pour la plupart des comportements à risque en ayant des rapports de toutes sortes moyennant de l'argent avec des partenaires sexuels multiples, non réguliers, le plus souvent trouvés sur le site de leurs travaux. Ces jeunes garçons ont des relations fréquentes avec les professionnelles du sexe. Aussi ils sont souvent employés comme apprenti dans le secteur du transport où ils aident les chauffeurs sur les longues distances. Dans ce cadre ils ont parfois des relations avec des hommes beaucoup plus âgés.

Les jeunes femmes et filles qui travaillent comme employées des maisons sont souvent exploitées par leurs employeurs même. Ces rapports sont souvent non protégés. Aussi elles subissent parfois des abus sexuels de la part d'adolescents des familles d'accueil.

La sexualité entre homme englobe fréquemment le rapport anal non protégé, or ce type de rapport comporte un risque élevé de transmissions du VIH en particulier pour le partenaire passif, mais aussi un large pourcentage de ces

homosexuels sont mariés et également ont des rapports sexuels non protégés avec d'autres femmes.

Les toxicomanes de sexe masculin pour la plupart utilisent du matériel d'injection non stérile, mais aussi procèdent à des échanges rituels de ce matériel, s'exposant ainsi à un risque élevé pour le VIH, en même temps que leurs partenaires au cours des rapports sexuels non protégés.

Il ne fait plus de doute que la relation entre les comportements humains et la propagation du SIDA est évidente ; la baisse de la prévalence de l'infection suit l'évolution positive des comportements humains. Il est donc plus que jamais urgent que les programmes nationaux de lutte contre le SIDA renforcent la prévention, en mettant un accent particulier sur la prévention et les stratégies visant à induire les changements des comportements afin de réduire les comportements à risque.

3. JUSTIFICATION

De nombreuses études ont été menées au Mali ; en Afrique et dans le monde sur la prévalence du VIH et du SIDA ; et d'autres sur les connaissances, attitudes et pratiques comportementales. En absence d'un traitement efficace du SIDA ou d'un vaccin contre l'infection par le VIH, la lutte contre la progression de l'infection par le VIH et du SIDA repose essentiellement sur l'information, l'éducation, la communication (IEC) sur les modes de prévention et de transmission dans le but de changer le comportement sexuel des adultes car au Mali comme par tout ailleurs, il est établi que la transmission sexuelle est le mode de propagation du VIH le plus important. Ce constat nous a conduit à entreprendre cette étude.

4. HYPOTHESES

Le niveau de connaissance de la population en matière de prévention du VIH et du sida influence l'exposition au risque de contamination et de transmission.

Les attitudes et les pratiques comportementales en matière de prévention du VIH et du sida influencent l'exposition au risque de contamination et de transmission.

OBJECTIFS

5. OBJECTIFS

5.1 Objectif général

Etudier les connaissances, les attitudes et les pratiques en matière de prévention du VIH et du SIDA en commune V du district de Bamako.

5.2 Objectifs spécifiques

- Décrire les caractéristiques sociodémographiques.
- Décrire les connaissances de la population d'étude en matière de VIH et du SIDA.
- Décrire les attitudes et pratiques comportementales de la population d'étude en matière de VIH et du SIDA.

DEMARCHE METHODOLOGIQUE

III. DEMARCHE METHODOLOGIQUE

1. Type d'étude

Il s'agit d'une étude prospective par enquête sur questionnaire. Elle décrit les connaissances, attitudes et pratiques des adultes vis-à-vis du VIH et du SIDA.

2. Lieu d'étude

L'étude s'est déroulée à Bamako en commune V (Garantiguibougou, Kalaban Coura Sud-Extension et Kalaban Coura A.C.I) entre le 12 Août et le 26 Septembre 2011.

2.1 Présentation de la commune V [2]

a. Situation et limite

La commune V se situe entre le 8° 02'40 et 7° 57'20 longitude Ouest et entre 12°32'00 et 12°37'20 latitude Nord.

Elle est limitée:

- > Au nord par le fleuve Niger ;
- > Au sud par la zone aéroportuaire et de la commune de Kalaban Coro
- > A l'est par la commune VI et le fleuve Niger ;
- > Et à l'ouest et au sud - ouest par la commune de Kalaban Coro

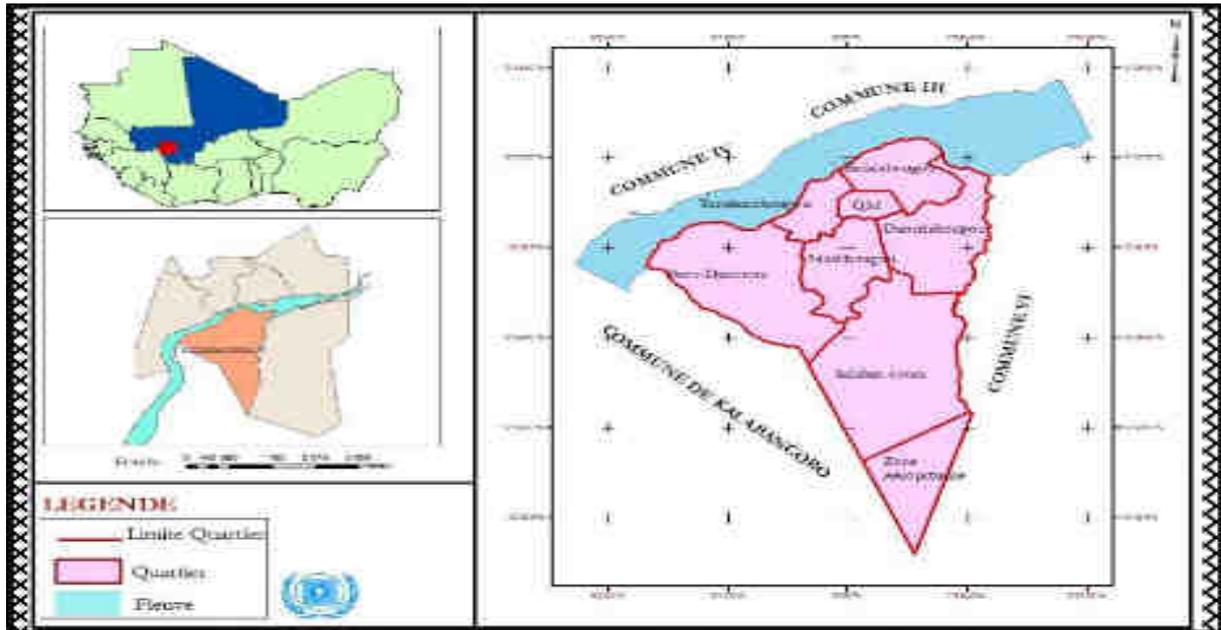


Figure 7 : Situation et limitation de la commune V.

b. Relief

Le relief est caractérisé par des plateaux et des collines de type granitique avec un sol accidenté de type latéritique.

c. Climat

Le climat est de type soudanien. Il est caractérisé par 3 saisons :

- > Une saison froide de 3 mois (décembre à février),
- > Une saison chaude de 3 mois (mars à mai) et
- > Une saison pluvieuse de 6 mois (juin à novembre).

d. Population de la commune V

Elle est composée de sept quartiers : Badalabougou (Sema I), Quartier Mali, Torokorobougou, Baco-Djicoroni, Sabalibougou, Daoudabougou et Kalaban-Coura (Garantiguibougou, Kalaban Coura Sud-Extension et Kalaban Coura A.C.I). Elle couvre une superficie de 41 km² et compte officiellement

249 727 habitants selon les données récentes du recensement administratif à caractère électoral (RACE) [16]. Le taux de cette population repartit à travers les différents quartiers est localisable sur la figure ci-dessous.

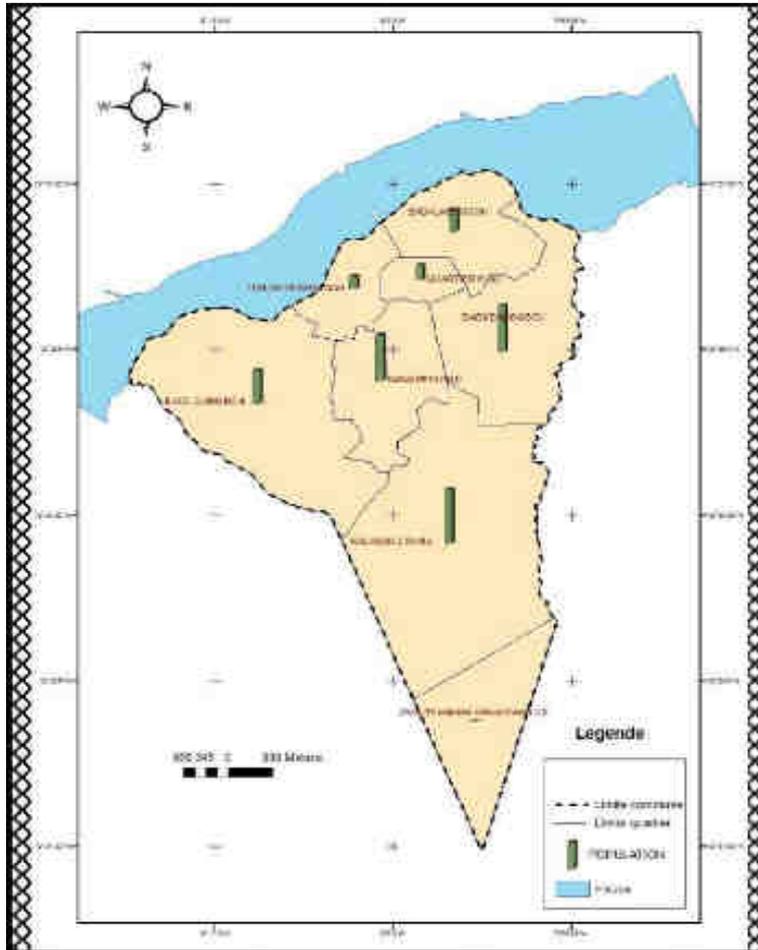


Figure 8 : répartitions de la population par quartier.

e. Les infrastructures de santé de la commune V

Tous les quartiers ont un CSCOM excepté Badalabougou et Quartier-Mali qui n'ont pas de CSCOM. La commune possède un CSREF siégeant au quartier-Mali

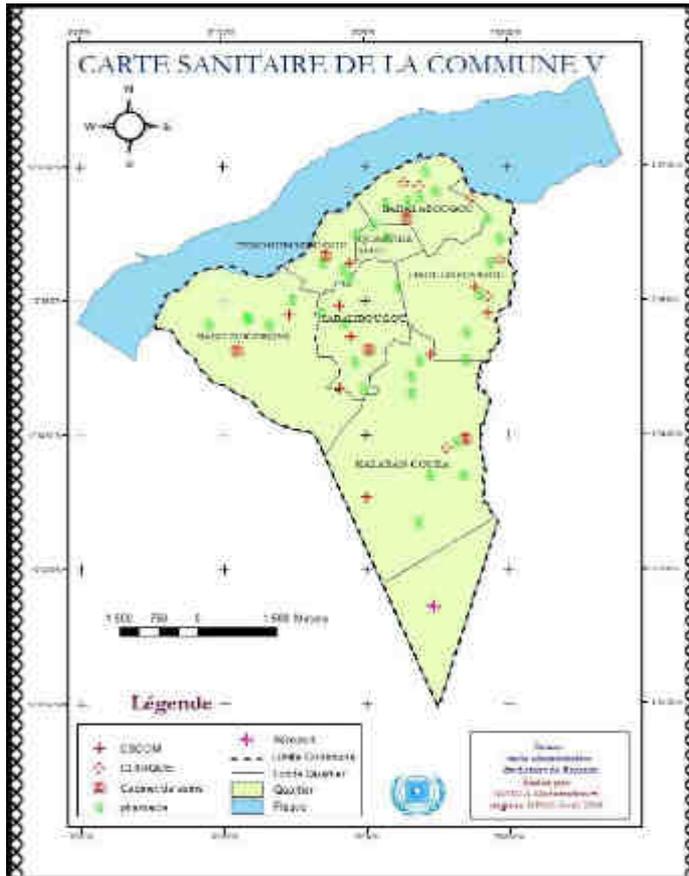


Figure 9 : Carte sanitaire de la commune V

- **Situation du personnel socio-sanitaire de la commune V [2]**

Corps

Médecins	29
Assistants médicaux	24
Sages-femmes	56
Infirmiers D'Etat	17
Infirmiers du Premier cycle	23
Infirmières Obstétriciennes	30
Matrones	15

- **Situation des structures socio-sanitaires [2].**

- **Liste des structures médicales**

Structures

Secteur libéral

Cabinets médicaux de consultation et de soins	10
Cliniques médicales	8
Cabinet de radiologie	1
Cabinet médicaux de consultation dentaire	2
Cabinet de consultation ophtalmologique	1
Cliniques chirurgicales	3
Polycliniques	2
Cabinets de consultation pour sage femme	4
Cabinets de soins infirmiers	9

Secteur public

Centre de Sante de Référence (CSRF)	1
Centre de Sante Communautaire (CSCOM)	9

- Liste des établissements pharmaceutiques [15]

Officines de pharmacie	43
Etablissements d'importation et de vente en gros	9

Notre étude s'est déroulée dans le quartier de Kalaban Coura qui est limité au nord par le quartier de Sabalibougou, au sud par la zone aéroportuaire, à l'est par la commune VI et à l'ouest par la commune de Kalaban-Coro.

C'est le quartier le plus peuplé et le plus vaste de la commune V avec plus de 54000 milles habitants ; presque toutes les ethnies du Mali y sont représentées : Miniakan, Bambara, Senoufo, Peul etc.....

Il existe trois grandes religions à savoir : l'Islam, le Christianisme et l'Animisme.

Les principales activités menées par la population de ce quartier sont :
L'agriculture, le maraîchage, la pêche, l'élevage, le petit commerce, le transport,
l'artisanat et la maçonnerie.

3. Population d'étude échantillon

La population d'étude est constituée par les adultes.

On a procédé par un échantillonnage aléatoire simple avec la formule suivante:

$$n = \frac{z^2 \times p(1-p)}{e^2}$$

n : taille de l'échantillon

z : niveau de confiance à 95%.

$$z = 1,96$$

p : prévalence estimative du VIH ; Au Mali p= 1,3%

e : marge d'erreur ; e= 5%

$$n = (1,96)^2 \times 0,013 \times 400 = 20$$

Ajustement par rapport à l'effet du plan d'échantillonnage qui est=1,5

Ajustement par rapport au nombre d'estimation par tranche d'âge et par sexe=8

$$\Rightarrow n = 20 \times 1,5 \times 8 = 240$$

Les impondérables comme les non réponses ou les erreurs d'enregistrements:40%

On divise n par 0,60 pour obtenir un taux prévu de non réponse de 40%

$$\Rightarrow n = 240 \times 1,625 = 390$$

La taille définitive de l'échantillon est : **n=390**

3.1 Critères d'inclusion

Etre âgé d'au moins de 18 ans.

Etre apte de participer à la recherche

Accepter librement de participer à l'enquête

3.2 Critères de non inclusion

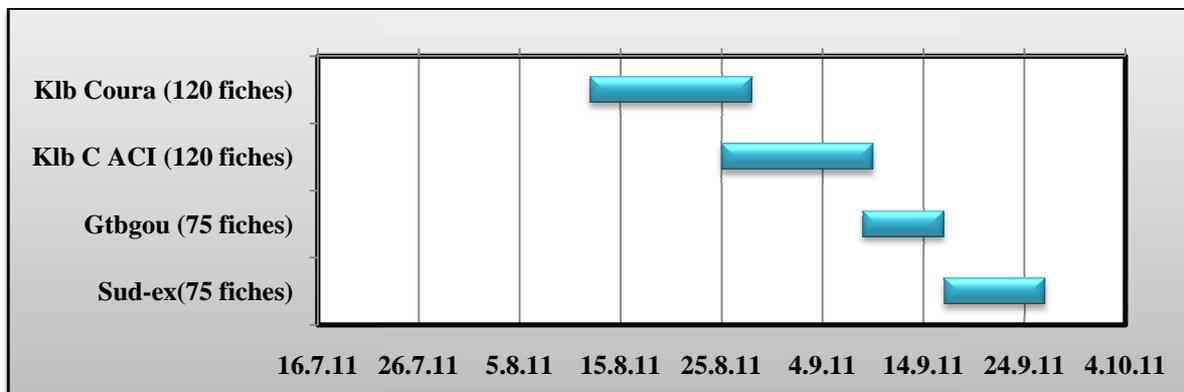
Les sujets âgés de moins de 18 ans.

Les personnes qui ne sont aptes de participer à la recherche.

4. Considérations éthiques

Avant de commencer avec la présente étude, d'amples informations furent fournies à la population d'étude sur les objectifs et la confidentialité de l'entretien pour avoir leur consentement éclairé. Il n'y a pas eu d'avantage direct pour les enquêtés, mais les résultats de l'enquête peuvent aider les décideurs à améliorer les stratégies de lutte contre le VIH et le SIDA dans la population malienne.

5. Diagramme de GANTT



Klb C : Kalaban Coura

Gtbgou : Garantiguibougou

Klb C ACI : Kalaban Coura ACI

Sud-ex : Kalaban Coura sud-extension

Figure 10 : Evolution de l'enquête

6. Questions et opinions de la population d'étude sur les CAP

A la fin de chaque interview, nous avons eu à échanger avec les enquêtés sur leur impression, inquiétude sur les CAP. Nous avons retenus quelques questions, opinions et suggestions.

6.1 Questions

En quelle année le VIH a été diagnostiqué au Mali ?

Comment le VIH se manifeste dans l'organisme ?

Comment une mère séropositive transmet le virus au fœtus ?

Comment une mère séropositive donne naissance à un enfant séronégatif ?

D'autres voulaient savoir si maigrir est synonyme de séropositivité ?

Nous avons eu à apporter des éléments de réponse à ces questions.

6.2 Opinions

Les affirmations à tort et stigmatisations des personnes maigres ou malades comme étant sidéen.

Les égarements au sujet des attitudes à adopter vis-à-vis du VIH, les préjugés sur les associations, et les ONG de lutte contre le VIH en affirmant que :

«Le VIH et le SIDA nourrissent plus qu'ils ne tuent » et ne concerne que le corps médical, ressortent aussi de l'opinion de certains enquêtés.

En résumé le SIDA a été défini comme étant :

- Etant une maladie liée au mauvais sort (Bô en Bambara)
- Une maladie symptomatique (ictère, anémie chronique)
- La forme chronique du paludisme.
- Une sorte de cancer chronique et contagieuse.
- Un syndrome imaginaire pour décourager les amoureux

D'autres ont parlé de l'existence de médicaments traditionnels ayant fait leurs preuves dans certains villages.

En ce qui concerne le mode de transmission certains ont eu à citer : l'utilisation des toilettes communes, de piqûres de moustiques, de linges des malades et le fait d'embrasser.

Et plusieurs sont ceux qui ignoraient la transmission verticale (de la mère à l'enfant).

Concernant le mode de prévention certains enquêtés parlent tout simplement d'éviter tout contact avec des personnes déclarées séropositives.

D'autres ont refusé de mentionner le préservatif car selon eux le préservatif :

- Sert à encourager la fornication et l'adultère
- Est une invention de l'occident pour freiner le développement de l'Afrique et serait même une source de contamination
- D'autres pensent que l'utilisation du préservatif au cours des rapports sexuels est un manque de confiance envers son partenaire sexuel

Le dépistage reste un sujet de crainte et les gens préfèrent vivre dans l'ignorance totale de leur statut sérologique.

6.3 Suggestions

Malgré ces informations erronées de la part de certains enquêtés, il y avait des personnes bien informées qui ont apprécié et encouragé l'étude en nous suggérant par ces mots :

- « Le problème de VIH est très mal connu au Mali malgré les multiples campagnes de sensibilisations, les autorités concernées doivent adopter d'autres moyen de sensibilisation (comme notre étude et similaire) pour faire comprendre à la population que le VIH existe réellement, c'est à ce moment qu'elles pourront atteindre leurs objectifs de sensibilisation en l'absence de traitements préventifs ou curatifs ».
- Insister sur les autres modes de contaminations autres que la contamination sexuelle qui est selon beaucoup de personnes la seule voie de contamination d'où le côté tabou et discriminatoire à l'égard des personnes atteintes du VIH et du SIDA.
- De réaliser des études de ce genre au niveau des autorités religieuses.

Car le VIH reste toujours un sujet tabou au niveau religieux singulièrement et dans la population de façon générale.

7. Traitement et analyses des données

Les données recueillies ont été saisies avec le logiciel MICROSOFT WORD 2007, analysées sur Epi-Info Version 3.5.1 cFr du CDC d'Atlanta et de l'OMS avec une probabilité de 95% et un risque α de 0,05.

RESULTATS

IV. RESULTATS

1. Caractéristiques sociodémographiques.

Tableau II : Répartition des enquêtés par sexe.

Sexe	Effectif	Pourcentage
Masculin	231	59,2
Féminin	159	40,8
Total	390	100

Les hommes représentaient 59,2% des enquêtés et les femmes 40,8%.

Tableau III : Répartition des enquêtés par profession.

Profession	Effectif	Pourcentage
Etudiant/élève et autre profession du secteur public	175	45
Commerçant/vendeur	59	15,1
Petit métier (libérales)	31	7,9
Ménagère	38	9,7
Autres	87	22,3
Total	390	100

Autres : Les chauffeurs, coxeurs, les professionnelles du sexe, gardiens....

Les étudiants/élèves et autre profession du secteur public (fonctionnaires) représentaient 45% des enquêtés.

Tableau IV : Répartition des enquêtés par âge.

Age	Effectif	Pourcentage
18- 23	155	39,8
24- 29 ans	103	26,4
30 et plus	132	33,8
Total	390	100

La tranche 18- 23 était la plus représentée des enquêtés avec 39,8%

2. Connaissances des adultes sur le VIH/SIDA

Tableau V : Répartition des enquêtés selon la formation reçue sur le VIH /SIDA.

Formation reçue	Effectif	Pourcentage
Oui	175	44,9
Non	215	55,1
Total	390	100

Plus de 55% des enquêtés déclarent n'avoir pas reçu de formation sur le VIH et le SIDA.

Tableau VI : Répartition des enquêtés selon le cadre de formation.

Cadre de formation	Effectif	Pourcentage
Ecole	75	42,9
ONG/ volontaires	79	45,1
Autres	21	12,0
Total	175	100

Autres : associations dont ils sont membres.

La plupart des formations 45,1% sont organisées par les ONG et autres associations volontaires.

Tableau VII : Répartition des enquêtés selon le module de formation

Modules de formation	Effectif	Pourcentage
Modes de transmission	155	88,6
Modes de prévention	147	84,0
Prise en charge par ARV	40	22,8
Autres *	24	13,7

* Prise en charge psychologique, prise en charge des maladies opportunistes, prise en charge nutritionnelle.

Les formations reçues ont porté principalement sur deux modules à savoir les modes de transmission 88,6% des cas et les modes de prévention 84% des cas.

Tableau VIII: Répartition des enquêtés selon leurs connaissances des différents modes de transmission.

Transmission	Effectif	Pourcentage
Sexuelle	372	95,0
Sanguine	284	72,8
Verticale	202	51,8
Autres *	33	8,46
Ne sait pas	15	3,84

* Utilisation de toilettes communes, piqûre de moustiques...

Les transmissions sexuelle et sanguine ont été les plus citées avec respectivement 95% et 72,8%.

Tableau IX : Répartition des enquêtés selon leurs connaissances des différents modes de prévention.

Mode de prévention	Effectif	Pourcentage
Abstinence	255	65,4
Préservatif	309	79,2
Fidélité	278	71,2
Usage de matériels stériles	209	53,6
Autres *	14	3,6
Ne sait	9	2,3

* Eviter le linge des maladies, éviter d'embrasser...

L'utilisation de préservatifs et la fidélité avec un partenaire fidèle sont les modes de prévention les plus connus par les enquêtés avec respectivement 79,2% et 71,2%.

Tableau X : Répartition des enquêtés selon leurs connaissances des proches séropositifs.

Connaissance	Effectif	Pourcentage
Oui	127	32,6
Non	263	67,4
Total	390	100

L'enquête a montré que 32,6% de la population d'étude connaissent des proches séropositifs contre 67,4%.

Tableau XI : Répartition des enquêtés selon leurs sources d'information.

Sources d'information	Effectif	Pourcentage
Médecin traitant	64	50,4
Confident du séropositif	27	21,3
Autres personnes	36	28,3
Total	127	100

Autres : Le malade, voisin du malade, connaissance du malade...

Les médecins traitants constituent plus de 50% des principales sources d'information.

3. Attitudes et pratiques comportementales des adultes

Tableau XII : Discrimination à l'égard des séropositifs connus.

Discrimination	Effectif	Pourcentage
Oui	47	37,0
Non	58	45,7
Ne sait pas	22	17,3
Total	127	100

L'enquête a montré que 37% des enquêtés ayant connaissance des proches séropositifs avouent avoir eu des comportements discriminatoires à leurs égard.

Tableau XIII : l'annonce du statut séropositif d'un proche.

Annoncer son statut	Effectif	Pourcentage
Oui	106	72,8
Non	284	27,2
Total	390	100

L'enquête a montré que 72,8% des enquêtés préfèrent qu'un séropositif révèle son statut sérologique à ses proches contre 27,2% qui sont d'avis contraire.

Tableau XIV : poursuite de la profession.

Poursuite de la profession	Effectif	Pourcentage
Oui	342	87,7
Non	48	12,3
Indécis	0	0,0
Total	390	100

Certains participants 12,3% ne veulent pas qu'un séropositif poursuive sa carrière professionnelle.

Tableau XV : Changement favorable de comportement sexuel depuis l'avènement du VIH et du SIDA.

Changement de comportement	Effectif	Pourcentage
Oui	273	70,0
Non	72	18,5
Non déterminé	45	11,5
Total	390	100

Depuis l'avènement du VIH et du SIDA, 70,0% des enquêtés déclarent avoir changé favorablement de comportement sexuel.

COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS

V. COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS.

1. METHODOLOGIE.

1.1. Échantillonnage

On a procédé à un échantillonnage aléatoire simple selon l’OMS, ce qui nous a permis d’avoir 390 adultes pour l’étude.

Le choix de Kalaban Coura s’explique par le fait que c’est le quartier le plus vaste et le plus peuplé de la commune V.

On a tenu à ce que l’échantillon soit le plus représentatif possible, les participants ont été choisis au hasard par zone, sexe, tranche d’âge et par profession.

Les principales limites de notre étude tiennent au fait que : certains participants choisis au hasard ont refusé de participer à l’étude, et d’autres ne parlaient aucune des deux langues utilisées au cours de l’enquête à savoir le bambara et le français.

1.2. Sites d’étude.

Le quartier de Kalaban Coura (ACI, Sud-Extension et Garantiguibougou) en commune V du district de Bamako était notre site d’étude. L’étude s’est déroulée entre le 12 Août et le 26 Septembre 2011.

Des études semblables se sont déroulées au Cameroun, en Guinée, au Mali, au Niger et au Togo.

Au Cameroun l’étude a eu lieu à Yaoundé de mai 2006 à juin 2006. Réalisée par le bureau UNESCO de Yaoundé, cette étude a porté sur 475 personnels de l’éducation [24].

Au Togo l’étude réalisée par Odile A S E en 2007 a concerné 224 enseignants [13].

Quant à l’étude faite au Guinée par le ROCARE, elle a porté sur 44 enseignants [18].

Au Niger l'étude faite par Hamadou I. H était sur la séroprévalence de l'infection par le Virus de l'Immunodéficience Humaine (VIH) chez les adolescents à Niamey (Niger) [7].

Au Mali l'étude réalisée par Traoré. A était sur les Connaissances, attitudes et pratiques comportementales des jeunes de moins vingt ans face aux IST/SIDA et celle réalisée par Fatoumata Traoré était sur la séroprévalence et des connaissances, attitudes et pratiques sur le VIH et le SIDA au Mali [21].

Contrairement à notre étude, la cible des études réalisées au Cameroun, en Guinée est constituée par le personnel enseignant et les élèves uniquement.

2. RESULTATS

Cette étude a permis de mieux appréhender les caractéristiques sociodémographiques, les connaissances, attitudes et pratiques des adultes de Kalaban Coura, Kalaban Coura A.C.I et Garantiguibougou en matière de prévention sur le VIH et le SIDA.

2.1. Caractéristiques sociodémographiques :

➤ Répartition des enquêtés par sexe.

Les adultes de sexe masculin représentent plus de 60% de l'échantillon. Ceci s'explique certainement par le fait que les hommes étaient plus disposés à parler du sujet que les femmes du fait que l'enquêteur était aussi un homme. Ces résultats sont comparables avec les données d'Odile A S E. En effet, la participation des femmes était inférieure à 20% [13].

Les résultats de l'étude réalisée par le bureau de l'UNESCO de Yaoundé ont montré aussi une participation faible des femmes (moins de 30% de l'effectif) [24].

C'est la même remarque avec les études réalisées au Mali avec une participation moindre des femmes 29,6% [21].

➤ **Répartition des enquêtés par tranche d'âge.**

La tranche 18-23 est la plus représentée avec 39,8%. L'enquête a coïncidé avec les vacances ce qui peut expliquer la forte participation de la dite tranche d'âge.

2.2. Connaissances sur le VIH et le SIDA.

➤ **Répartition selon la formation sur le VIH et le SIDA.**

L'étude a montré un déficit de formation sur le VIH et le SIDA des enquêtés. La preuve en est que plus de 55% des enquêtés déclarent n'avoir pas reçu de formation sur le VIH et le SIDA. Il y a sans doute là un problème d'information et de formation imputable à l'absence d'un dispositif adéquat d'information d'éducation et de communication pour l'identification, le suivi et l'évaluation des couches vulnérables comme le monde des plus de 18 ans. Par ailleurs, ceci n'est pas propre au Mali seulement. Au Cameroun aussi, une étude comparable a montré que plus de 72% des participants à une enquête sur le VIH et le SIDA déclaraient eux aussi, n'avoir reçu aucune formation sur le VIH et le SIDA [24]. C'est seulement en Guinée que, plus des trois quarts des participants à la même enquête avaient reçu une formation [18].

➤ **Répartition selon le cadre de la formation.**

La plupart des formations 45,1% sont organisées par les ONG et autres associations volontaires. Ce chiffre est comparable à celui de Traoré. F dont 63,5% des formations sont organisées par les ONG et autres associations volontaires [21].

➤ **Répartition selon le module de formation.**

Les formations reçues ont porté principalement sur deux modules à savoir les modes de transmission 88,6% des cas et les modes de prévention 84% des cas. Comparativement à l'étude de Traoré. F les formations reçues ont porté principalement sur deux modules à savoir les modes de transmission 91,5% des cas et les modes de prévention 67,9% des cas [21].

Cependant, malgré ce manque de formation, l'enquête a démontré que les enquêtés avaient, tout de même, une bonne connaissance des voies de transmissions et des modes de prévention du VIH et du SIDA. Sans doute le résultat des différentes campagnes de sensibilisation contre le VIH et le SIDA menées ailleurs (télévision, radio et autres media).

➤ **Répartition selon les connaissances des différents modes de transmission.**

Les transmissions sexuelle et sanguine ont été les plus citées par les enquêtés avec respectivement 95% et 72,8% parmi les voies de transmissions.

L'utilisation des toilettes communes, les piqûres de moustiques, les linges des malades et le fait d'embrasser. La transmission mystique a été aussi évoquée par certains enquêtés. Plusieurs enquêtés ignoraient la transmission verticale (de la mère à l'enfant).

Ces chiffres avoisinent celui de Traoré. F dont les transmissions sanguine et sexuelle ont été les plus citées avec respectivement 90% et 75,2% [21].

➤ **Répartition selon les connaissances des différents modes de prévention.**

L'utilisation de préservatifs et la fidélité avec un partenaire fidèle sont les modes de prévention les plus connus par les enquêtés avec respectivement 79,2% et 71,2%.

Ces chiffres avoisinent celui de Traoré. F dont l'utilisation de préservatifs et la fidélité avec un partenaire fidèle sont les modes de prévention les plus connus par les enquêtés avec respectivement 91,4% et 84,8% [21].

2.3. Attitudes et pratiques.

➤ **Discrimination à l'égard des séropositifs connus.**

Parmi les enquêtés qui connaissent le statut sérologique de leurs proches, 37% avouent avoir eu des comportements discriminatoires à leur égard.

Ce taux est comparable à ceux rapportés par d'autres auteurs. En effet, peu élevé en Guinée 10% [18] le taux de comportement discriminatoire est très marqué au Cameroun (54%) [24].

Dans l'étude de Traoré. F parmi les enquêtés qui connaissent le statut sérologique de leurs collègues, 15,4% avouent avoir eu des comportements discriminatoires à leur égard [21].

Cette attitude discriminatoire à l'égard des séropositifs appelle quelques remarques.

- D'abord, que le VIH et le SIDA sont considérés par ces enquêtés comme une « maladie honteuse » ne se transmettant que par voie sexuelle. D'où cette tendance à culpabiliser les séropositifs entraînant la discrimination.
- Ensuite, que malgré toutes les campagnes de sensibilisation relatives aux modes de transmissions du VIH, en Afrique, beaucoup de gens pensent qu'il est dangereux « d'approcher » les séropositifs, de peur d'être contaminés.

Enfin, ces résultats prouvent qu'il y a encore du chemin à parcourir avant que les gens n'aient du VIH et du SIDA la vraie information quant aux modes de contagion et contraction.

➤ **Changement de comportement sexuel.**

Les avis sur le changement de comportement sexuel donnent une dimension réelle de l'inquiétude qui gagne les adultes depuis l'avènement du SIDA.

Cette inquiétude se justifie non seulement, par le caractère pandémique de la maladie, mais aussi, par l'absence de traitement curatif. C'est ainsi que 70% des enquêtés avouent avoir changé favorablement de comportement sexuel.

Ce chiffre était de 84,6% dans l'étude réalisée par Traoré. F [21].

➤ **Annnonce du statut sérologique.**

La révélation du statut sérologique lorsqu'elle est connue n'est toujours pas évident. Il est très difficile pour une personne déclarée séropositive de révéler

son statut. Le SIDA d'une manière générale peut s'accompagner de préjugés et de présupposés qui alimentent la discrimination et dépersonnalisent les sujets affectés ou infectés. C'est pourquoi bon nombre de personnes préfèrent garder le silence et de nier le plus longtemps possible la maladie ; de peur de subir les railleries et surtout le regard culpabilisant et incriminant des autres.

Dans cette étude, plus de 72,8 % soutiennent qu'une personne déclarée séropositive doit informer ses proches sur son statut.

Dans l'étude de Traoré. F, plus de 65% soutiennent qu'une personne déclarée séropositive doit informer ses collègues sur son statut [21].

Les chefs de certains services interrogés expliquent leur exigence par la nécessité pour eux de palier rapidement les absences, voire les disparitions. En effet, pour la plupart, le SIDA est une maladie fatale et plus vite ils connaissent le statut sérologique de leur personnel, plus vite ils seront en mesure de combler les vides et d'éviter les retards dans la réalisation du service.

➤ **Poursuite de la carrière professionnelle.**

Près de 87,7% des participants sont d'accord pour qu'un séropositif poursuive sa carrière professionnelle contre 12,3% qui sont d'avis contraire. Près de 80% des participants sont d'accord pour qu'un séropositif poursuive sa carrière professionnelle contre 7% qui sont d'avis contraire dans l'étude de Traoré. F [21].

C'est la preuve qu'à leurs yeux, il ne représente un danger ni pour eux ni pour les autres, une fois qu'il a assumé son statut de séropositif et que dans ces conditions son rendement professionnel n'en souffre pas.

CONCLUSION ET SUGGESTIONS

VI. CONCLUSION ET SUGGESTIONS.

1. CONCLUSION.

Au départ de cette étude, nous nous proposons d'analyser et de comprendre les connaissances, attitudes et pratiques en matière de prévention sur le VIH et le SIDA.

Aux termes de notre recherche des constats s'imposent.

- l'analyse des caractéristiques socio- démographiques des sujets de l'enquête révèle qu'en commune V du district de Bamako, où a été réalisée l'enquête, l'étude a concerné tous les adultes disposés à participer à l'étude. La tranche d'âge 18-23 représente la majorité des enquêtés constituant l'échantillon. Les femmes y sont moins nombreuses que les hommes.
- La population de la zone d'étude souffre d'une insuffisance de formation sur le VIH et le SIDA. Une majeure partie des enquêtés déclarent n'avoir pas reçu de formation. Ce sont les ONG qui ont assuré les quelques formations dont la population a bénéficié. Ceci prouve que cette population souffre de l'absence d'un dispositif interne de formation prenant en compte les besoins de formation et assurant le suivi évaluation des cibles identifiées. Les conférences débats sur la pandémie organisée par l'AEEM dans les établissements scolaires et universitaires, ont contribué à faire connaître les modes de transmission et de prévention du VIH et le SIDA à certains élèves et étudiants ayant participé à l'enquête.
- Les adultes souffrent d'un manque d'information et de formation sur les modes préventif et transmissible du VIH et du SIDA. C'est pourquoi certains enquêtés ont un comportement discriminatoire à l'égard de leurs proches séropositifs. Il importe donc que les acteurs de la lutte contre le VIH et le

SIDA redoublent d'effort dans leurs campagnes d'information et de sensibilisation sur la pandémie. C'est à ce prix seulement que l'inquiétude de la majeure partie de la population face au VIH et au SIDA se dissipera et entraînera un changement d'attitudes et de comportement sexuel. Bien informés, les responsables des services de travail pourraient facilement prendre des dispositions utiles pour un meilleur accompagnement de leur personnel malade du VIH et du SIDA.

De ces constats, on peut conclure que s'il n'est pas aisé de mesurer l'impact du VIH et du SIDA dans la population d'étude, tel n'était d'ailleurs pas l'objet de cette étude, la pandémie du VIH et du SIDA reste tout de même une source de préoccupation pour toute la population malienne.

En effet, avec un taux de prévalence de 1,3% et l'insuffisance d'information, d'éducation et de communication en milieu urbain, il importe urgemment de prendre des dispositions afin que les changements de comportement permettent la diminution de l'infection au VIH et au SIDA de façon générale dans toute la population.

A défaut d'une telle action volontariste les séropositifs seront toujours victimes de comportement discriminatoire, alors qu'il nous faut, comme le dit Kofi Annan ex secrétaire général de L'ONU « encourager une atmosphère non pas de peur ni de discrimination, mais de compréhension et de sympathie ».

2. Suggestions :

A l'issue des résultats de cette étude, les suggestions suivantes sont formulées et s'adressent respectivement au :

➤ **Ministère de l'éducation :**

- Former les enseignants afin qu'ils soient aptes à former les élèves et étudiants pour prévenir le VIH et SIDA.
- Introduire le module VIH et le SIDA et des cours d'éducation sexuelle dans le programme d'enseignement au niveau secondaire et supérieur.
- Fournir aux enseignants du matériel didactique adéquat pour les activités de prévention.

➤ **Ministère de la santé :**

- Sensibiliser la population au dépistage volontaire tout en rendant disponible les centres de dépistages et de conseils.
- Poursuivre les études et les recherches opérationnelles sur les comportements, attitudes et pratiques de la population en matière de prévention sur le VIH et le SIDA.
- Organiser dans les services des formations sur le VIH et le SIDA.
- Financer et encourager les ONG et autres associations dans leur campagne de formation sur le VIH et le SIDA.
- Créer des associations spécialisées pour aider à la fois les malades et leurs proches à faire face au sida, au sein desquelles, ils peuvent trouver des réponses à leurs questions et rencontrer d'autres personnes confrontées aux mêmes difficultés.
- Faciliter l'accès aux soins des populations de la commune V par la multiplication des centres de prise en charge.

➤ **A la mairie de la commune V**

- Soutenir et renforcer les activités d'information, d'éducation et de communication (IEC) sur le VIH et le SIDA.

➤ **A la population générale et à la population d'étude**

- Participer pleinement aux campagnes d'information, d'éducation et de communication (IEC) sur le VIH et le SIDA.
- Protéger les personnes infectées par le VIH contre la stigmatisation et la discrimination de la part de leurs proches.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

VII. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. A MAMETTE

« Virologie médicale ; collection Azay, presse universitaire de Lyon ; 2002 :
798P »

2. Cellule de la planification et la statistique du ministère de la sante (CPS/MS), direction national de la sante(DNS)

Carte sanitaire du Mali 2007 Bamako : 2007

3. COURS DE PATHOLOGIE MEDICALE V PHARMACIE

Année 2009-2010

4. COURS DE VIROLOGIE V PHARMACIE

Année 2009-2010

5. CPS/MS

Les résultats préliminaires de l'EDS IV et de l'EDS V (Enquête Démographique
et de Santé)

[http:// www.lemali.fr](http://www.lemali.fr). Consulté le 28-11-2011

6. Gilles. F et Benjamin. P

(Oncologie Virale, UPR 9045 CNRS, Institut A. Lwoff, Villejuif)

« Structures du VIH et de son génome »

[http:// www.snv.jussieu.fr/vie/dossiers/SIDA/2struct.htm](http://www.snv.jussieu.fr/vie/dossiers/SIDA/2struct.htm). Consulté le 12-04-
2011

7. HAMADOU I. H

« La séroprévalence de l'infection par le Virus de l'Immunodéficience Humaine
(VIH) chez les adolescents à Niamey (Niger) ».

Thèse de Pharmacie N ° 04P48- Bamako 2004.

8. Institut National de Recherche Pédagogique (structure du VIH)

<http://www.inrp.fr/Acces/biotic/immuno/html/strucvih.htm>. Consulté le 14-02-2011

9. KODIA. N (Universitaire, Brazzaville)

« SIDA: renforcer la scolarisation pour sauver les générations futures »

<http://mandela.inwent.org/E+Z/1997-2002/df602-8.htm>. Consulté le 18-01-2011

10. Koné. S

«Connaissances, attitudes et pratiques comportementales des scolaires de la commune de Macina en matière des IST/ du VIH et du SIDA».

Thèse de médecine N ° 11M154 Bamako 2011

11. LAROUSSE MEDICALE EDITION 2006

<http://www.larousse.fr/archives/medical>. Consulté le 24-02-2011

12. Lemahieu et A. Decoster, FLM (les Rétrovirus)

http://fr.wikipedia.org/wiki/Virus_de_l'immunod%C3%A9ficiency_humaine.

Consulté le 10-05-2011

13. ODILE A S E

« Impact du VIH et du SIDA sur le système éducatif au Togo ».

<http://www.unesdoc.unesco.org>. Consulté le 1-05-2011

14. ONUSIDA/OMS : Le point sur l'épidémie | RAPPORT MONDIAL 2010

« L'état de la pandémie due au virus du SIDA » Statistiques publiées 20 novembre 2010.

http://www.droitshumains.org/sante/sida07_chiffres.htm. Consulté le 1-05-2011

<http://www.solthis.org/contexte-r30.html>

15.Ordre des pharmaciens de Bamako. Liste des officines de Bamako 2010.

**16. Résultats provisoires du Recensement général de la population et de
l'habitat 2009 Institut national de la statistique (Mali),**

[Consulté le 20-02-2011] <http://www.instat.gov.ml>

**17. Revue critique de l'actualité scientifique internationale sur le VIH et les
virus des hépatites**

http://www.pistes.fr/transcriptases/110_291.htm. Consulté le 14 Janvier 2012

18.ROCARE

(Réseau Ouest et Centre Africain de Recherche en Education)

« Etude sur l'Impact du VIH/SIDA sur les enseignants dans l'Education
Formelle et non Formelle en Guinée ».

http://www.rocare.org/ImpactVIHSIDA_ENF-GN.ppt (consulté janvier 2011)

19.TRAORE. A

« Connaissances, attitudes et pratiques comportementales des jeunes de moins
vingt ans face aux IST/SIDA »

Thèse de Pharmacie N ° 06P67- Bamako 2006

20.TRAORE. B

«Connaissances et comportement face au VIH/SIDA en milieu scolaire»

Thèse de médecine Bamako 2005

21.TRAORE. F

«Etude de la séroprévalence et des connaissances, attitudes et pratiques sur le
VIH/SIDA au Mali».

Thèse de Pharmacie N ° 08P50- Bamako 2008

22.U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICE

SEROLOGIC

«Assay for Human Immunodeficiency Virus antibody in dried blood specimens collected on filter paper.CDC. Atlanta, Georgia 30333, version 2003 ».

23.UNAIDS

Epidémiologie du VIH dans le monde

http://www.UNAIDS.org/fr/sida07_chiffres.htm. Consulté le 15-10-2011

24.UNESCO

« VIH/SIDA & système éducatif: fenêtre sur l'éducation, Cameroun, 2006 »

<http://www.unesdoc.unesco.org>. Consulté le 1-05-2011

ANNEXES

VIII. ANNEXES

FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT VOLONTAIRE

ECLAIRE

Salutations d'usage.....

Je suis M/Mme..... étudiant à la
FMPOS.

Nous vous invitons à prendre part à une étude des connaissances, des attitudes et
des pratiques sur le VIH et le SIDA au Mali.

Le but de l'étude est de déterminer les connaissances, les attitudes et les
pratiques des adultes sur le VIH et le SIDA au sein du district de Bamako.
L'étude est anonyme et confidentielle.

Êtes-vous d'accord pour participer à cette étude.

Code du participant: /.../.../.../.../.../.../.../.../.../

Prénom et nom de l'enquêteur:

Signature de l'enquêteur

Date: /...../...../...../

QUESTIONNAIRE

QUESTIONS

REPONSES

1. Sexe

Masculin...../1/

/... /

Féminin...../2/

2. Age (en années révolues)

/ /

3. Statut matrimonial

Célibataire/1/

Marié /2/

Divorcé /3/

/... /

Veuf /5/

4. Fonction

Etudiant/élève et fonction publique/1/

Commerçant/vendeur/2/

Petit métier/3/

/... /

Ménagère/4/ Autre/99/

5. Avez-vous déjà reçu une formation sur le VIH/SIDA

Oui/1/

Non/2/ /... /

6. Si oui, précisez sur quel(s) module(s) (plusieurs réponses sont possibles)

Modes de transmission/1/

Modes de prévention/2/

Prise en charge par ARV /3/

Autres à préciser/99/ /... / /.../ /.../ /... /

7. Dans quel cadre avez-vous reçu cette formation

Atelier organisé par l'école/1/

ONG/ Association volontaire/2/ /... /

Autres à préciser/99/

8. Selon vous, comment se transmet le virus du SIDA? (plusieurs réponses sont possibles)

Rapports sexuels non protégés/1/

Mère -enfant/2/

Matériel souillé/3 /... / /.../ /.../ /... /

Ne sait pas/88/

Autres à préciser/99/

9. Que faut-il faire pour éviter de contracter le virus du SIDA? (plusieurs réponses sont possibles)

Abstinence/1/

Préservatif/2/

Fidélité/3/ /.../ /.../ /.../ /.../ /.../

Usage de matériels stériles/4/

Ne sait pas/88/ autres/99/

10. Connaissez-vous personnellement des proches qui sont séropositives.

Oui/1/ /.../

Non/2/

11. Si oui, comment l'avez-vous su?

Médecin ou agent traitant/1/

Confident du Séropositif/2/

Autres à préciser/3/ /.../

12. Ces personnes ont-elles fait l'objet de discrimination dans le travail?

Oui/1/

Non/2/

/.../

Ne sait pas/88/

13. Un collègue séropositif devrait il garder son statut secret?

Oui/1/

Non/2/

/.../

14. Cette personne doit elle continuer d'exercer sa fonction ?

Oui/1/

Non/2/

/.../

Ne sait pas/88/

**15. Pensez vous que l'avènement du VIH/SIDA a changé vos conduites
comportementales?**

Oui/1/

Non/2/

/.../

Ne sait pas/88/

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

Avez-vous des questions ou des observations ?

FICHE SIGNALÉTIQUE

Nom : DIONE

Prénom : JEREMIE

Titre : Etude des connaissances, attitudes et pratiques comportementales en matière de prévention sur le VIH et le SIDA dans la population adulte de la commune V.

Année universitaire : 2010-2011

Ville de soutenance : Bamako

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odontostomatologie (FMPOS)

Secteur d'intérêt : Anthropologie médicale et VIH/SIDA

Résumé:

Notre étude descriptive transversale déroulée au Mali avait pour but d'étudier les connaissances, attitudes et pratiques comportementales en matière de prévention de la population adulte de la commune V sur le VIH et le SIDA.

Elle a porté sur 390 enquêtés repartis entre les quartiers de Kalaban Coura(Kalaban Coura ACI, Kalaban Coura Sud-Extension et Garantiguibougou).

La population échantillon souffre d'une insuffisance de formation sur le VIH et le SIDA.

Une majeure partie des enquêtés déclarent n'avoir pas reçu de formation (55%).

Les représentations et attitudes de la population d'étude sur le VIH et le SIDA souffrent du manque d'information et de formation. C'est pourquoi certains enquêtés ont un comportement discriminatoire à l'égard de leurs proches séropositifs (37%).

Avec un taux de prévalence de 1,3% et une insuffisance d'information, d'éducation et de communication au sein de la population, il importe urgemment de prendre des dispositions afin que les changements de comportement permettent la diminution de l'infection au VIH et au SIDA dans la population adulte singulièrement et de façon générale dans toute la population. A défaut d'une telle action volontariste les séropositifs seront toujours victimes de comportement discriminatoire.

CARD-INDEX SIGNALITIQUE

Name: DIONE

First name: JEREMIE

Titrate: Study of the knowledge, attitudes and practical behavioural on the VIH/SIDA in the population adult in the commune V.

Year University: 2010-2011

Town of defence: Bamako

Discharge point: Library of the Odonto-Stomatology and Pharmacy, Faculty of Medicine (FMPOS)

Sector of interest: Anthropology medical and HIV/AIDS

Summary:

The purpose of our transverse descriptive study unrolled in Mali was to study the knowledge, attitudes and practical behavioural of the population adult in commune V on the VIH/SIDA.

It related to 390 inquired set out again between the quarter of Kalaban Coura(Kalaban Coura ACI, Kalaban Coura Sud-Extension and Garantiguibougou).

The population adult suffers from an insufficiency of formation on the VIH/SIDA.

A major part of surveyed state not to have received formation (55%).

The representations and attitudes of population adult on the VIH/SIDA suffer from the lack from information and formation. This is why certain adult have a discriminatory behavior with regard to their HIV positive near (37%).

With a rate of prevalence of 1,3% and the insufficiency of information, education and communication in the educational circle, it is urgently important to make provisions so that the changes of behavior singularly allow the reduction in the infection the VIH/SIDA in the population adult and in a general way in all the population. In the absence of such a voluntarist action the HIV positives will be always victims of discriminatory behavior.

SERMENT DE GALIEN

Je jure en présence des maîtres de la faculté, des conseillers de l'ordre des pharmaciens et de mes condisciples :

D'honorer ceux qui m'ont instruit dans les préceptes de mon art et de leur témoigner ma reconnaissance en restant fidèle à leur enseignement ;

D'exercer dans l'intérêt de la Santé Publique ma profession, avec conscience et de respecter non seulement la législation en vigueur mais aussi les règles de l'honneur, de la probité et du désintéressement ;

De ne jamais oublier ma responsabilité et mes devoirs envers le malade et sa dignité humaine.

En aucun cas, je ne consentirai à utiliser mes connaissances et mon état pour corrompre les mœurs et favoriser les actes criminels.

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 !