

Ministère de l'Éducation Nationale, de
l'Enseignement Supérieur et de la
Recherche Scientifique



REPUBLIQUE DU MALI
Un Peuple- Un But- Une Foi



UNIVERSITE DES SCIENCES, DES TECHNIQUES ET DES
TECHNOLOGIES DE BAMAKO

Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie

FMOS

Année Universitaire : 2019-2020

N° : 21M.....

THESE

**PREVALENCE DU VIH ET FACTEURS ASSOCIES
CHEZ LES PROFESSIONNELLES DE SEXE SUR LE
COMPLEXE MINIER LOULO/GOUNKOTO**

Présentée et soutenue publiquement le/...../2021
Devant le jury de la Faculté de Médecine et d'odontostomatologie
par :

Monsieur MOHAMED Ali Ag Souleymane

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

Jury

Président : **Pr. Flabou BOUGOUDOGO**

Membres : **Dr. Ibréhima Guindo**

Co-directeur : **Dr. Abdoul A. SOW**

Directeur : **Pr. Soukalo DAO**

FACULTE DE MEDECINE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE
ANNEE UNIVERSITAIRE 2019 – 2020

ADMINISTRATION

DOYEN : Mr Seydou DOUMBIA - PROFESSEUR
VICE-DOYEN : Mme Mariam SYLLA - PROFESSEUR
SECRETAIRE PRINCIPAL : Mr Monzon TRAORE - MAITRE ASSISTANT
AGENT COMPTABLE : Mr Yaya CISSE - INSPECTEUR DU TRESOR



LES ENSEIGNANTS A LA RETRAITE

- | | |
|---------------------------------|--|
| 1. Mr Yaya FOFANA | Hématologie |
| 2. Mr Mamadou L. TRAORE | Chirurgie Générale |
| 3. Mr Mamadou KOUMARE | Pharmacologie |
| 4. Mr Ali Nouhoum DIALLO | Médecine interne |
| 5. Mr Aly GUINDO | Gastro-Entérologie |
| 6. Mr Mamadou M. KEITA | Pédiatrie |
| 7. Mr Siné BAYO | Anatomie-Pathologie-Histo-embryologie |
| 8. Mr Sidi Yaya SIMAGA | Santé Publique |
| 9. Mr Abdoulaye Ag RHALY | Médecine Interne |
| 10. Mr Boulkassoum HAIDARA | Législation |
| 11. Mr Boubacar Sidiki CISSE | Toxicologie |
| 12. Mr Massa SANOGO | Chimie Analytique |
| 13. Mr Sambou SOUMARE | Chirurgie Générale |
| 14. Mr Abdou Alassane TOURE | Orthopédie - Traumatologie |
| 15. Mr Daouda DIALLO | Chimie Générale & Minérale |
| 16. Mr Issa TRAORE | Radiologie |
| 17. Mr Mamadou K. TOURE | Cardiologie |
| 18. Mme SY Assitan SOW | Gynéco-Obstétrique |
| 19. Mr Salif DIAKITE | Gynéco-Obstétrique |
| 20. Mr Abdourahmane S. MAIGA | Parasitologie |
| 21. Mr Abdel Karim KOUMARE | Chirurgie Générale |
| 22. Mr Amadou DIALLO | Zoologie - Biologie |
| 23. Mr Mamadou L. DIOMBANA | Stomatologie |
| 24. Mr Kalilou OUATTARA | Urologie |
| 25. Mr Amadou DOLO | Gynéco- Obstétrique |
| 26. Mr Baba KOUMARE | Psychiatrie |
| 27. Mr Bouba DIARRA | Bactériologie |
| 28. Mr Bréhima KOUMARE | Bactériologie – Virologie |
| 29. Mr Toumani SIDIBE | Pédiatrie |
| 30. Mr Souleymane DIALLO | Pneumologie |
| 31. Mr Bakoroba COULIBALY | Psychiatrie |
| 32. Mr Seydou DIAKITE | Cardiologie |
| 33. Mr Amadou TOURE | Histo-embryologie |
| 34. Mr Mahamane Kalilou MAIGA | Néphrologie |
| 35. Mr Filifing SISSOKO | Chirurgie Générale |
| 36. Mr Djibril SANGARE | Chirurgie Générale |
| 37. Mr Somita KEITA | Dermato-Léprologie |
| 38. Mr Bougouzié SANOGO | Gastro-entérologie |
| 39. Mr Alhousseini Ag MOHAMED | O.R.L. |
| 40. Mme TRAORE J. THOMAS | Ophtalmologie |
| 41. Mr Issa DIARRA | Gynéco-Obstétrique |
| 42. Mme Habibatou DIAWARA | Dermatologie |
| 43. Mr Yeya Tiémoko TOURE | Entomologie Médicale, Biologie cellulaire, Génétique |
| 44. Mr Sékou SIDIBE | Orthopédie Traumatologie |
| 45. Mr Adama SANGARE | Orthopédie Traumatologie |
| 46. Mr Sanoussi BAMANI | Ophtalmologie |
| 47. Mr Adama DIARRA | Physiologie |
| 48. Mme SIDIBE Assa TRAORE | Endocrinologie-Diabetologie |
| 49. Mr Adama DIAWARA | Santé Publique |
| 50. Mme Fatimata Sambou DIABATE | Gynéco- Obstétrique |

51. Mr Bokary Y. SACKO
52. Mr Moustapha TOURE
53. Mr Boubakar DIALLO
54. Mr Dapa Aly DIALLO
55. Mr Mamady KANE
56. Mr Hamar A. TRAORE
57. Mr. Mamadou TRAORE
58. Mr Mamadou Souncalo TRAORE
59. Mr Mamadou DEMBELE
60. Moussa Issa DIARRA
61. Mr Kassoum SANOGO
62. Mr Arouna TOGORA
63. Mr Souleymane TOGORA

Biochimie
Gynécologie/Obstétrique
Cardiologie
Hématologie
Radiologie et Imagerie Médicale
Médecine Interne
Gynéco-Obstétrique
Santé Publique
Médecine Interne
Biophysique
Cardiologie
Psychiatrie
Odontologie



LES ENSEIGNANTS DECEDES

Mr Mohamed TOURE
Mr Alou BA
Mr Bocar SALL
Mr Balla COULIBALY
Mr Abdel Kader TRAORE Dit DIOP
Mr Moussa TRAORE
Mr Yénimégué Albert DEMBELE
Mr Anatole TOUNKARA
Mr Bou DIAKITE
Mr Boubacar dit Fassara SISSOKO
Mr Modibo SISSOKO
Mr Ibrahim ALWATA
Mme TOGOLA Fanta KONIPO
Mr Bouraïma MAIGA
Mr Mady MACALOU
Mr Tiémoko D. COULIBALY
Mr Mahamadou TOURE
Mr Gangaly DIALLO
Mr Ogobara DOUMBO
Mr Mamadou Dembéle
Mr Sanoussi Konaté
Mr Abdoulaye Diallo
Mr Ibrahim ONGOIBA

Pédiatrie
Ophtalmologie
Orthopédie Traumatologie - Secourisme
Pédiatrie
Chirurgie Générale
Neurologie
Chimie Organique
Immunologie
Psychiatrie
Pneumologie
Psychiatrie
Orthopédie – Traumatologie
ORL
Gynéco/Obstétrique
Orthopédie/Traumatologie
Odontologie
Radiologie
Chirurgie Viscérale
Parasitologie – Mycologie
Chirurgie Générale
Santé Publique
Ophtalmologie
Gynécologie/Obstétrique

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

D.E.R. CHIRURGIE ET SPECIALITES CHIRURGICALES

1. PROFESSEURS / DIRECTEURS DE RECHERCHE

- | | |
|---------------------------------|--|
| 1. Mr Nouhoum ONGOIBA | Anatomie & Chirurgie Générale |
| 2. Mr Zimogo Zié SANOGO | Chirurgie Générale |
| 3. Mr Mohamed Amadou KEITA | ORL |
| 4. Mr Youssouf COULIBALY | Anesthésie-Réanimation |
| 5. Mr Sadio YENA | Chirurgie Thoracique |
| 6. Mr Djibo Mahamane DIANGO | Anesthésie-Réanimation |
| 7. Mr Adegné TOGO | Chirurgie Générale |
| 8. Mr Samba Karim TIMBO | ORL et Chirurgie cervico-faciale, Chef de D.E.R |
| 10. Mr Aly TEMBELY | Urologie |
| 11. Mr Abdoulaye DIALLO | Anesthésie – Réanimation |
| 12. Mr Bakary Tientigui DEMBELE | Chirurgie Générale |
| 13. Mr Alhassane TRAORE | Chirurgie Générale |
| 14. Mr Yacaria COULIBALY | Chirurgie Pédiatrique |
| 15. Mr Drissa KANIKOMO | Neurochirurgie |
| 16. Mr Oumar DIALLO | Neurochirurgie |

2. MAITRES DE CONFERENCES / MAITRES DE RECHERCHE

1. Mr Tiéman COULIBALY	Orthopédie Traumatologie
2. Mme Diénéba DOUMBIA	Anesthésie/Réanimation
3. Mr Mohamed KEITA	Anesthésie Réanimation
4. Mr Broulaye Massaoulé SAMAKE	Anesthésie Réanimation
5. Mr Nouhoum DIANI	Anesthésie-Réanimation
6. Mr Lamine TRAORE	Ophtalmologie
7. Mr Niani MOUNKORO	Gynécologie/Obstétrique
8. Mr Ibrahima TEGUETE	Gynécologie/Obstétrique
9. Mr Youssouf TRAORE	Gynécologie/Obstétrique
10. Mr Zanafon OUATTARA	Urologie
11. Mr Mamadou Lamine DIAKITE	Urologie
12. Mr Honoré Jean Gabriel BERTHE	Urologie
13. Mr Hamady TRAORE	Stomatologie et Chirurgie maxillo-faciale
14. Mr Boubacar BA	Odontostomatologie
15. Mr Lassana KANTE	Chirurgie Générale
16. Mr. Drissa TRAORE	Chirurgie Générale
17. Mr Adama Konoba KOITA	Chirurgie Générale
18. Mr Bréhima COULIBALY	Chirurgie Générale
19. Mr Birama TOGOLA	Chirurgie Générale
20. Mr Soumaïla KEITA	Chirurgie Générale
21. Mr Mamby KEITA	Chirurgie Pédiatrique
22. Mr Moussa Abdoulaye OUATTARA	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
23. Mme Kadiatou SINGARE	ORL-Rhino-Laryngologie
24. Mr Hamidou Baba SACKO	ORL
25. Mr Seydou TOGO	Chirurgie Thoracique et Cardio Vasculaire
26. Mr Aladji Seïdou DEMBELE	Anesthésie-Réanimation
27. Mme Fatoumata SYLLA	Ophtalmologie
28. Mr Tioukany THERA	Gynécologie

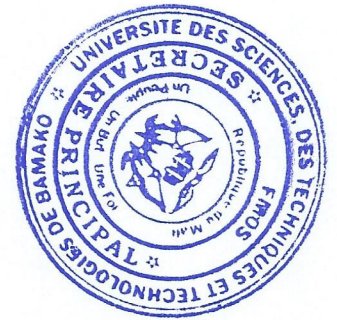


3. MAITRES ASSISTANTS / CHARGES DE RECHERCHE

1. Mr Youssouf SOW	Chirurgie Générale
2. Mr Koniba KEITA	Chirurgie Générale
3. Mr Sidiki KEITA	Chirurgie Générale
4. Mr Amadou TRAORE	Chirurgie Générale
5. Mr Bréhima BENGALY	Chirurgie Générale
6. Mr Madiassa KONATE	Chirurgie Générale
7. Mr Sékou Bréhima KOUMARE	Chirurgie Générale
8. Mr Boubacar KAREMBE	Chirurgie Générale
9. Mr Abdoulaye DIARRA	Chirurgie Générale
10. Mr Idrissa TOUNKARA	Chirurgie Générale
11. Mr Ibrahima SANKARE	Chirurgie Thoracique et Cardio Vasculaire
12. Mr Abdoul Aziz MAIGA	Chirurgie Thoracique
13. Mr Ahmed BA	Chirurgie Dentaire
14. Mr Seydou GUEYE	Chirurgie Buccale
15. Mr Issa AMADOU	Chirurgie Pédiatrique
16. Mr Mohamed Kassoum DJIRE	Chirurgie Pédiatrique
17. Mr Boubacary GUINDO	ORL-CCF
18. Mr Siaka SOUMAORO	ORL
19. Mr Youssouf SIDIBE	ORL
20. Mr Fatogoma Issa KONE	ORL
21. Mme Fadima Koréïssy TALL	Anesthésie Réanimation
22. Mr Seydina Alioune BEYE	Anesthésie Réanimation
23. Mr Hammadoun DICKO	Anesthésie Réanimation
24. Mr Moustapha Issa MANGANE	Anesthésie Réanimation
25. Mr Thierno Madane DIOP	Anesthésie Réanimation
26. Mr Mamadou Karim TOURE	Anesthésie Réanimation
27. Mr Abdoul Hamidou ALMEIMOUNE	Anesthésie Réanimation
28. Mr Daouda DIALLO	Anesthésie Réanimation
29. Mr Abdoulaye TRAORE	Anesthésie Réanimation
30. Mr Siriman Abdoulaye KOITA	Anesthésie Réanimation
31. Mr Mahamadoun COULIBALY	Anesthésie Réanimation

32. Mr Abdoulaye KASSAMBARA
33. Mr Mamadou DIARRA
34. Mme Assiatou SIMAGA
35. Mr Seydou BAKAYOKO
36. Mr Sidi Mohamed COULIBALY
37. Mr Adama GUINDO
38. Mme Fatimata KONANDJI
39. Mr Abdoulaye NAPO
40. Mr Nouhoum GUIROU
41. Mr Bougadari Coulibaly
42. Mme Kadidia Oumar TOURE
43. Mr Oumar COULIBALY
44. Mr Mahamadou DAMA
45. Mr Youssouf SOGOBA
46. Mr Mamadou Salia DIARRA
47. Mr Moussa DIALLO
48. Mr Abdoul Kadri MOUSSA
49. Mr Layes TOURE
50. Mr Mahamadou DIALLO
51. Mr Louis TRAORE
52. Mme Hapssa KOITA
53. Mr Alhousseïny TOURE
54. Mr Amady COULIBALY
55. Mr Amadou KASSOGUE
56. Mr Dramane Nafo CISSE
57. Mr Mamadou Tidiani COULIBALY
58. Mr Moussa Salifou DIALLO
59. Mr Alkadri DIARRA
60. Mr Soumana Oumar TRAORE
61. Mr Abdoulaye SISSOKO
62. Mme Aminata KOUMA
63. Mr Mamadou SIMA
64. Mr Seydou FANE
65. Mr Amadou BOCOUM
66. Mr Ibrahima Ousmane KANTE
67. Mr Alassane TRAORE
68. Mr Oumar WANE
69. Mr Ousseynou DIAWARA
70. Mr Amsalah NIANG
71. Mr Mamadou BA

- Odontostomatologie
Ophtalmologie
Ophtalmologie
Ophtalmologie
Ophtalmologie
Ophtalmologie
Ophtalmologie
Ophtalmologie
Ophtalmologie
Prothèse Scellée
Orthopédie Dentofaciale
Neurochirurgie
Neurochirurgie
Neurochirurgie
Neurochirurgie
Neurochirurgie
Orthopédie Traumatologie
Orthopédie Traumatologie
Orthopédie Traumatologie
Orthopédie Traumatologie
Stomatologie et Chirurgie Maxillo -Faciale
Stomatologie et Chirurgie Maxillo -Faciale
Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale
Urologie
Urologie
Urologie
Urologie
Urologie
Gynécologie/Obstétrique
Gynécologie/Obstétrique
Gynécologie/Obstétrique
Gynécologie/Obstétrique
Gynécologie/Obstétrique
Gynécologie/Obstétrique
Gynécologie/Obstétrique
Gynécologie/Obstétrique
Chirurgie Dentaire
Parodontologie
Odonto Préventive et Sociale
Chirurgie Buccale



4. ASSISTANTS / ATTACHES DE RECHERCHE

1. Mme Lydia B. SITA Stomatologie
2. Mr Baba DIALLO Epidémiologie

D.E.R. DE SCIENCES FONDAMENTALES

1. PROFESSEURS / DIRECTEURS DE RECHERCHE

1. Mr Ibrahim I. MAIGA Bactériologie – Virologie
2. Mr Cheick Bougadari TRAORE Anatomie-Pathologie **Chef de DER**
3. Mr Bakarou KAMATE Anatomie Pathologie
4. Mr Mahamadou A. THERA Parasitologie -Mycologie

2. MAITRES DE CONFERENCES / MAITRES DE RECHERCHE

1. Mr Djibril SANGARE Entomologie Moléculaire Médicale
2. Mr Guimogo DOLO Entomologie Moléculaire Médicale
3. Mr Bakary MAIGA Immunologie
4. Mme Safiatou NIARE Parasitologie – Mycologie
5. Mr Karim TRAORE Parasitologie – Mycologie



3. MAITRES ASSISTANTS / CHARGES DE RECHERCHE

1. Mr Abdoulaye KONE	Parasitologie– Mycologie
2. Mr Sanou Kho COULIBALY	Toxicologie
3. Mr Mamoudou MAIGA	Bactériologie-Virologie
4. Mme Aminata MAIGA	Bactériologie Virologie
5. Mme Djeneba Bocar FOFANA	Bactériologie-Virologie
6. Mr Sidi Boula SISSOKO	Histologie embryologie et cytogénétique
7. Mr Bréhima DIAKITE	Génétique et Pathologie Moléculaire
8. Mr Yaya KASSOGUE	Génétique et Pathologie Moléculaire
9. Mr Bourama COULIBALY	Anatomie Pathologie
10. Mr Boubacar Sidiki Ibrahim DRAME	Biologie Médicale/Biochimie Clinique
11. Mr Mamadou BA	Biologie, Parasitologie Entomologie Médicale
12. Mr Moussa FANE	Biologie, Santé publique, Santé-Environnement
13. Mr Bamodi SIMAGA	Physiologie
14. Mr Oumar SAMASSEKOU	Génétique/Génomique
15. Mr Nouhoum SAKO	Hématologie/Oncologie Cancérologie
16. Mme Mariam TRAORE	Pharmacologie
17. Mr Saïdou BALAM	Immunologie
18. Mme Arhamatoulaye MAIGA	Biochimie
19. Mr Aboubacar Alassane OUMAR	Pharmacologie
20. Mr Modibo SANGARE	Pédagogie en Anglais adapté à la Recherche Biomédicale

4. ASSISTANTS / ATTACHES DE RECHERCHE

1. Mr Hama Abdoulaye DIALLO	Immunologie
2. Mr Harouna BAMBA	Anatomie Pathologie
3. Mr Moussa KEITA	Entomologie Parasitologie
4. Mr Yacouba FOFANA	Hématologie
5. Mr Diakalia Siaka BERTHE	Hématologie
6. Mme Assitan DIAKITE	Biologie
7. Ibrahim KEITA	Biologie moléculaire

D.E.R. DE MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES

1. PROFESSEURS / DIRECTEURS DE RECHERCHE

1. Mr Moussa Y. MAIGA	Gastro-entérologie – Hépatologie
2. Mr Adama Diaman KEITA	Radiologie et Imagerie Médicale
3. Mr Siaka SIDIBE	Radiologie et Imagerie Médicale
4. Mr Sounkalo DAO	Maladies Infectieuses et Tropicales
5. Mr Daouda K. MINTA	Maladies Infectieuses et Tropicales
6. Mr Boubacar TOGO	Pédiatrie
7. Mr Saharé FONGORO	Néphrologie
8. Mr Moussa T. DIARRA	Hépto Gastro-Entérologie
9. Mr Cheick Oumar GUINTO	Neurologie
10. Mr Ousmane FAYE	Dermatologie
11. Mr Youssoufa Mamoudou MAIGA	Neurologie
12. Mr Yacouba TOLOBA	Pneumo-Phtisiologie Chef de DER

2. MAITRES DE CONFERENCES / MAITRES DE RECHERCHE

1. Mr Abdel Kader TRAORE	Médecine Interne
2. Mme KAYA Assétou SOUCKO	Médecine Interne
3. Mme Mariam SYLLA	Pédiatrie
4. Mme Fatoumata DICKO	Pédiatrie
5. Mr Abdoul Aziz DIAKITE	Pédiatrie
6. Mr Idrissa Ah. CISSE	Rhumatologie
7. Mr Mamadou B. DIARRA	Cardiologie
8. Mr Ilo Bella DIALL	Cardiologie
9. Mr Ichaka MENTA	Cardiologie
10. Mr Souleymane COULIBALY	Cardiologie
11. Mr Anselme KONATE	Hépto Gastro-Entérologie
12. Mr Souleymane COULIBALY	Psychologie

13. Bah KEITA
14. Mr Japhet Pobanou THERA
15. Mr Mahamadou DIALLO
16. Mr Adama Aguisa DICKO

Pneumo-Phtisiologie
 Médecine Légale/Ophthalmologie
 Radiologie et Imagerie Médicale
 Dermatologie

3. MAITRES ASSISTANTS / CHARGES DE RECHERCHE

1. Mr Mahamadou GUINDO
2. Mr Salia COULIBALY
3. Mr Koniba DIABATE
4. Mr Adama DIAKITE
5. Mr Aphou Sallé KONE
6. Mr Mody Abdoulaye CAMARA
7. Mr Mamadou N'DIAYE
8. Mme Hawa DIARRA
9. Mr Issa CISSE
10. Mr Mamadou DEMBELE
11. Mr Ouncoumba DIARRA
12. Mr Ilias GUINDO
13. Mr Abdoulaye KONE
14. Mr Alassane KOUMA
15. Mr Aboubacar Sidiki N'DIAYE
16. Mr Souleymane SANOGO
17. Mr Ousmane TRAORE
18. Mr Boubacar DIALLO
19. Mme Djenebou TRAORE
20. Mr Djibril SY
21. Mme Djénéba DIALLO
22. Mr Hamadoun YATTARA
23. Mr Seydou SY
24. Mr Hamidou Oumar BA
25. Mr Massama KONATE
26. Mr Ibrahim SANGARE
27. Mr Youssouf CAMARA
28. Mr Samba SIDIBE
29. Mme Asmaou KEITA
30. Mr Mamadou TOURE
31. Mme COUMBA Adiaratou THIAM
32. Mr Mamadou DIAKITE
33. Mr Boubacar SONFO
34. Mme Mariam SAKO
35. Mme Hourouma SOW
36. Mme Kadiatou DOUMBIA
37. Mme Sanra Déborah SANOGO
38. Mr Issa KONATE
39. Mr Abdoulaye Mamadou TRAORE
40. Mr Yacouba CISSOKO
41. Mr Garan DABO
42. Mr Jean Paul DEMBELE
43. Mr Mamadou A.C. CISSE
44. Mr Seybou HASSANE
45. Mr Guida LANDOURE
46. Mr Thomas COULIBALY
47. Mr Adama Seydou SISSOKO
48. Mr Dianguina dit Noumou SOUMARE
49. Mme Khadidia OUATTARA
50. Mr Pakuy Pierre MOUNKORO
51. Mr Souleymane dit Papa COULIBALY
52. Mme Sirtio BERTHE
53. Mme N'DIAYE Hawa THIAM
54. Mr Yamoussa KARABINTA
55. Mr Mamadou GASSAMA
56. Mr Belco MAIGA
57. Mme Djeneba KONATE

Radiologie et Imagerie Médicale
 Radiologie et Imagerie Médicale
 Radiothérapie
 Radiothérapie
 Radiothérapie
 Radiologie et Imagerie Médicale
 Radiologie et Imagerie Médicale
 Radiologie et Imagerie Médicale
 Radiologie et Imagerie Médicale
 Radiologie et Imagerie Médicale
 Radiologie et Imagerie Médicale
 Radiologie et Imagerie Médicale
 Radiologie et Imagerie Médicale
 Radiologie et Imagerie Médicale
 Radiologie et Imagerie Médicale
 Radiologie et Imagerie Médicale
 Radiologie et Imagerie Médicale
 Médecine Interne
 Médecine Interne
 Médecine Interne
 Néphrologie
 Néphrologie
 Néphrologie
 Cardiologie
 Cardiologie
 Cardiologie
 Cardiologie
 Cardiologie
 Cardiologie
 Cardiologie
 Cardiologie
 Cardiologie
 Cardiologie
 Cardiologie
 Cardiologie
 Cardiologie
 Cardiologie
 Cardiologie
 Cardiologie
 Cardiologie
 Hépato-Gastro-Entérologie
 Hépato-Gastro-Entérologie
 Hépato-Gastro-Entérologie
 Maladies Infectieuses et Tropicales
 Maladies Infectieuses et Tropicales
 Maladies Infectieuses et Tropicales
 Maladies Infectieuses et Tropicales
 Maladies Infectieuses et Tropicales
 Médecine d'Urgence
 Neurologie
 Neurologie
 Neurologie
 Neurologie-Neurophysiologie
 Pneumologie
 Pneumologie
 Psychiatrie
 Psychiatrie
 Dermatologie
 Dermatologie
 Dermatologie
 Dermatologie
 Pédiatrie
 Pédiatrie



58. Mr Fousseyni TRAORE	Pédiatrie
59. Mr Karamoko SACKO	Pédiatrie
60. Mme Fatoumata Léonie DIAKITE	Pédiatrie
61. Mme Lala N'Drainy SIDIBE	Pédiatrie
62. Mme SOW Djénéba SYLLA	Endocrinologie, Maladies Métaboliques et Nutrition
63. Mr Djigui KEITA	Rhumatologie
64. Mr Souleymane SIDIBE	Médecine de la Famille/Communautaire
65. Mr Drissa Mansa SIDIBE	Médecine de la Famille/Communautaire
66. Mr Salia KEITA	Médecine de la Famille/Communautaire
67. Mr Issa Souleymane GOITA	Médecine de la Famille/Communautaire

4. ASSISTANTS / ATTACHES DE RECHERCHE

1. Mr Boubacari Ali TOURE	Hématologie Clinique
---------------------------	----------------------



D.E.R. DE SANTE PUBLIQUE

1. PROFESSEURS / DIRECTEURS DE RECHERCHE

1. Mr Seydou DOUMBIA	Epidémiologie
2. Mr Hamadoun SANGHO	Santé Publique, Chef de D.E.R.
3. Mr Samba DIOP	Anthropologie Médicale et Ethique en santé

2. MAITRES DE CONFERENCES / MAITRES DE RECHERCHE

1. Mr Cheick Oumar BAGAYOKO	Informatique Médicale
2. Mr Massambou SACKO	Santé Publique

3. MAITRES ASSISTANTS / CHARGES DE RECHERCHE

1. Mr Hammadoun Aly SANGO	Santé Publique
2. Mr Ousmane LY	Santé Publique
3. Mr Ogobara KODIO	Santé Publique
4. Mr Oumar THIÉRO	Biostatistique/Bioinformatique
5. Mr Cheick Abou COULIBALY	Epidémiologie
6. Mr Abdrahamane COULIBALY	Anthropologie Médicale
7. Mr Moctar TOUNKARA	Epidémiologie
8. Mr Nouhoum TELLY	Epidémiologie
9. Mme Lalla Fatouma TRAORE	Santé Publique

4. ASSISTANTS / ATTACHES DE RECHERCHE

1. Mr Seydou DIARRA	Anthropologie Médicale
2. Mr Abdrahamane ANNE	Bibliothéconomie-Bibliographie
3. Mr Mohamed Mounine TRAORE	Santé Communautaire
4. Mr Housseini DOLO	Epidémiologie
5. Mr Souleymane Sékou DIARRA	Epidémiologie
6. Mr Yéya dit Sadio SARRO	Epidémiologie
7. Mr Bassirou DIARRA	Recherche Opérationnelle
8. Mme Fatoumata KONATE	Nutrition et Diététique
9. Mr Bakary DIARRA	Santé Publique
10. Mme Fatoumata SY	Gestion des Ressources Humaines

CHARGES DE COURS & ENSEIGNANTS VACATAIRES

1. Mr Souleymane GUINDO	Gestion
2. Mme MAIGA Fatoumata SOKONA	Hygiène du Milieu
3. Mr Rouillah DIAKITE	Biophysique et Médecine Nucléaire
4. Mr Alou DIARRA	Cardiologie
5. Mme Assétou FOFANA	Maladies Infectieuses
6. Mr Abdoulaye KALLE	Gastroentérologie
7. Mr Mamadou KARAMBE	Neurologie
8. Mme Fatoua Sirifi GUINDO	Médecine de Famille
9. Mr Alassane PEROU	Radiologie

- | | |
|------------------------------------|-------------------------|
| 10. Mr Boubacar ZIBEIROU | Physique |
| 11. Mr Boubakary Sidiki MAIGA | Chimie Organique |
| 12. Mme Daoulata MARIKO | Stomatologie |
| 13. Mr Issa COULIBALY | Gestion |
| 14. Mr Klétigui Casmir DEMBELE | Biochimie |
| 15. Mr Souleymane SAWADOGO | Informatique |
| 16. Mr Brahima DICKO | Médecine Légale |
| 17. Mme Tenin KANOUTE | Pneumo- Phtisiologie |
| 18. Mr Bah TRAORE | Endocrinologie |
| 19. Mr Modibo MARIKO | Endocrinologie |
| 20. Mme Aminata Hamar TRAORE | Endocrinologie |
| 21. Mr Ibrahim NIENTAO | Endocrinologie |
| 22. Mr Aboubacar Sidiki Tissé KANE | OCE |
| 23. Mme Rokia SANOGO | Médecine Traditionnelle |
| 24. Mr Benoît Y KOUMARE | Chimie Générale |
| 25. Mr Oumar KOITA | Chirurgie Buccale |

ENSEIGNANTS EN MISSION

- | | |
|--------------------|-------------|
| 1. Pr. Lamine GAYE | Physiologie |
|--------------------|-------------|

Bamako, le 03 / 01 / 2020

Le Secrétaire Principal



Dr. Monzon TRAORE



**DEDICACES &
REMERCIEMENTS**

DEDICACES ET REMERCIEMENTS

A ALLAH

Le Tout Puissant, Le Miséricordieux pour m’avoir donné la force et la santé de mener à bien ce travail.

Au Prophète MOHAMAD (s a w)

Grâce à qui je suis musulman et qui nous a exhorté vers le courage.

A MON PERE Souleymane AG ALASSANE

Autant de phrases et d’expressions aussi éloquentes soit elles ne sauraient exprimer ma gratitude et ma reconnaissance. Tu as su m’inculquer le sens de la responsabilité, de l’optimisme et de la confiance en soi face aux difficultés de la vie. Tes conseils ont toujours guidé mes pas vers la réussite. Ta patience sans fin, ta compréhension et ton encouragement sont pour moi le soutien indispensable que tu as toujours su m’apporter. Je te dois ce que je suis aujourd’hui et ce que je serai demain et je ferai toujours de mon mieux pour rester ta fierté et ne jamais te décevoir. Que Dieu le tout puissant te préserve, t’accorde santé, bonheur, quiétude de l’esprit et te protège de tout mal.

A MA MERE Safiatou FOFANA

Honorable, aimable : Tu représentes pour moi le symbole de la bonté par excellence, la source de tendresse et l’exemple du dévouement qui n’a pas cessé de m’encourager et de prier pour moi. Ta prière et ta bénédiction m’ont été d’un grand secours pour mener à bien mes études. Aucune dédicace ne saurait être assez éloquente pour exprimer ce que tu mérites pour tous les sacrifices que tu n’as cessé de me donner depuis ma naissance, durant mon enfance et même à l’âge adulte. Tu as fait plus qu’une mère puisse faire pour que ses enfants suivent le bon chemin dans leur vie et leurs études. Je te dédie ce travail en témoignage de mon

profond amour. Puisse Dieu, le tout puissant, te préserver et t'accorder santé, longue vie et bonheur.

Tu as tout donné pour ma réussite.

Ton affection et ton attention en mon endroit n'ont pas d'égales. Puisse Dieu le Tout Puissant te donner encore longue vie pour goûter au fruit de ton labeur. Maman merci, merci encore pour tout.

A MES FRERES ET SOEURS

(Gallo, Amadou, Abdoulaye, Fatimata et Aicha Dougouye)

Vous qui m'avez toujours soutenu dans toutes les entreprises de la vie. Tout mon attachement et toute ma disponibilité. Mon seul souci et souhait est que nous restions toujours unis et solidaires.

A MA FIANCEE ET FUTURE EPOUSE Djeneba DIARRA

Pour le soutien sans faille que tu n'as cessé de m'apporter.

Chérie merci pour l'amour et la tempérance que tu as toujours témoigné à mon endroit. DIEU merci pour me l'avoir donné, guide ses pas et béni toutes ses œuvres.

A MON ONCLE Adama KAREMBE

Au cours de certaines étapes importantes de ma vie, ton apport a été inestimable pour moi et cela sans faille. Les mots me manquent pour apprécier tes immenses aptitudes qui font de toi, une fierté légendaire. Merci pour l'accueil et l'accompagnement.

Mes remerciements vont :

A LA FAMILLE Fofana au Point G

Puisse ALLAH vous donner sa Baraka.

A Ousmane COULIBALY

Vous avez été «la cheville ouvrière » de ce travail ! Sans votre accompagnement, ce travail ne saurait se réaliser. Que Dieu vous récompense de vos biens faits.

A TOUT LE PERSONNEL DES CLINIQUES LOULO/GOUNKOTO

J'ai tellement appris beaucoup de vous. Je vous en suis reconnaissant.

A MES AMIS ET CONFRERES

Abdoul M DABO, Dr Mohamed D TRAORE, Dr Adama D COULIBALY, Dr Abdoulaye SANGARE, Dr Abdoulaye DEMBELE, Amadou TRAORE.

Merci pour l'élan de solidarité que nous avons partagé. J'ose espérer qu'il se pérennisera dans notre vie professionnelle.

A toute la Promotion Feu Alwata TOURE de la FMOS

Succès et réussite dans tous nos projets.

**A TOUS CEUX QUI ONT PARTICIPE A L'EDIFICATION DE CETTE
OEUVRE**

Merci pour votre disponibilité.

A TOUS LES ETUDIANTS DE LA FMOS

Courage. !



**HOMMAGES AUX
MEMBRES DU JURY**

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

A notre Maitre et Président du jury

Professeur Flabou BOUGOUDOGO

- ↳ Maître de conférences Agrégé de Bactériologie et de Virologie à la faculté de pharmacie (FAPH)
- ↳ Directeur de l'Institut national de santé publique (INSP) de 2002 à 2012 ;
- ↳ Responsable de l'enseignement de la bactériologie et de la virologie à la faculté de pharmacie ;
- ↳ Officier de l'ordre du mérite de la Santé.

Cher Maître,

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

Votre modestie, votre simplicité, votre rigueur scientifique, votre grande pédagogie (à transmettre les connaissances) et vos qualités de chercheur font de vous un des maitres les plus appréciés de la faculté.

Veillez accepter cher maitre, nos sentiments d'estime, de respect et de reconnaissance.

A notre Maitre et Membre du jury

Docteur Ibréhima GUINDO

- ↳ Pharmacien microbiologiste ;
- ↳ Chef de département laboratoire et de recherche biomédicale à l'INSP ;
- ↳ Maitre-assistant de Bactériologie Virologie à la faculté de Pharmacie
- ↳ Point focal national de la lutte contre la résistance aux antimicrobiens (RAM)

Cher maître,

Malgré vos multiples occupations vous avez accepté de porter un regard critique sur notre travail.

Homme de grande qualités scientifiques, nous avons été séduits par la simplicité, la clarté et la rigueur de vos enseignements ; en plus de vos connaissances scientifiques, votre sens social de la vie mérite le respect.

Nous vous exprimons cher Maitre, toute notre reconnaissance.

A notre Maitre et Co-directeur de thèse

Docteur Abdoul A. SOW

↳ Médecin de la mine de complexe de Loulo/Gouunkoto

Cher Maître,

Nous avons eu le privilège de vous avoir comme codirecteur et avons trouvé auprès de vous le guide et le conseiller qui nous a reçu en toutes circonstances avec sympathie, sourire et bienveillance.

Votre probité au travail et votre dynamisme, votre sens de responsabilité nous ont toujours impressionnés et sont pour nous un idéal à atteindre.

Nous espérons être dignes de votre confiance, et nous vous prions, d'accepter notre profonde reconnaissance et profonde.

A notre Maitre et Directeur de thèse

Professeur Soukalo DAO

- ↪ Professeur titulaire de Maladies Infectieuses.
- ↪ Responsable de l'enseignement des pathologies infectieuses à la FMOS.
- ↪ Directeur Adjoint du centre de recherche et de formation sur la tuberculose et le VIH (SEREFO).
- ↪ Coordinateur du DES de Maladies Infectieuses et Tropicales
- ↪ Coordinateur du DU du VIH/Sida
- ↪ Président de la Société Malienne de Pathologies Infectieuses et Tropicale (SOMAPIT).
- ↪ Membre de la Société Africaine de Pathologie Infectieuse (SAPI)
- ↪ Membre de la Société de Pathologie Infectieuse de Langue Française (SPILF).
- ↪ Chef de service de Maladies Infectieuses du CHU du Point.

Cher Maître

Nous tenons à vous déclarer nos remerciements les plus sincères pour avoir accepté de diriger ce travail et avoir vérifié à son élaboration avec patience et disponibilité.

Nous garderons un excellent souvenir de votre sollicitude et de votre dévouement au travail.

Nous avons apprécié votre accueil bienveillant dans votre service et vos conseils bien précieux.

Qu'il nous soit permis, cher maître, de vous exprimer notre grande estime et notre profonde reconnaissance.

Votre bonté humainement appréciée, vos compétences et vos qualités humaines n'ont cessé de susciter notre grande admiration.

Veillez trouver ici, l'assurance de nos sentiments les plus respectueux



SIGLES & ABREVIATIONS

SIGLES ET ABREVIATIONS

ADN	: Acide Désoxyribonucléique
ARN	: Acide Ribonucléique
ARV	: Antirétroviraux
CCR5	: CC Chemokine Receptor 5 ou CC Récepteur de chemokine 5
CD4/CD8	: Cluster of Differentiation 4/8 ou caractère de différentiation 4/8
CDC	: Centers for Disease Control and Prevention.
CDV	: Centre de Dépistage Volontaire
CXCR4	: CXC Chemokine Receptor ou CXC Récepteur de chemokine
ELISA	: Enzyme-Linked ImmunoSorbent Assay ou dosage immuno-enzymatique
Gp	: Glycoprotéine
INI	: Intégrase Inhibitor
INNTI	: Inhibiteur Non-Nucléotidique/Nucléosidique de la Transcriptase Inverse
INTI	: Inhibiteur Nucléotidique/Nucléosidique de la Transcriptase Inverse
IP	: Inhibiteur de la Protéase
IST	: Infection Sexuellement Transmissible
LRR	: Laboratoires Régionaux de Référence
ONG	: Organisation Non Gouvernementale
ONUSIDA	: Organisation des Nations Unies contre SIDA
PNLS	: Programme National de la lutte contre le Sida
PS	: Professionnelles de Sexe
PVVIH	: Personne Vivant avec le VIH
TDR	: Test de Dépistage Rapide
VIH/SIDA	: Virus de l'Immunodéficience Humaine/Syndrome de l'Immunodéficience Acquis



**TABLES DES
ILLUSTRATIONS**

TABLES DES ILLUSTRATIONS

Liste de figures

Figure 1 : Estimation de l'ONUSIDA des personnes vivant avec le VIH en 2016	5
Figure 2 : Schéma organisationnel du virus VIH	6
Figure 3 : La connaissance des différentes étapes du cycle répliatif des VIH est essentielle pour la compréhension de la physiopathologie de l'infection, chacune de ces étapes étant une cible potentielle des thérapeutiques antivirales.	10
Figure 4 : Cycle de réplication et voies d'action thérapeutique	10
Figure 5 : L'évolution de l'infection par le VIH s'effectue en 3 temps	11
Figure 6 : Carte du Mali	17
Figure 7 : Répartition selon la tranche d'âge en année	27
Figure 8 : Répartition selon la connaissance du mode de transmission du HIV/SIDA.....	29
Figure 9 : Répartition selon les moyens de prévention du HIV/SIDA.....	30

Liste des tableaux

Tableau I : Répartition selon le niveau d'étude.....	27
Tableau II : Répartition selon le statut matrimonial	28
Tableau III : Répartition selon le site de l'enquête.....	28
Tableau IV : Répartition selon la connaissance du HIV/SIDA	28
Tableau V : Répartition selon la gravité du HIV/SIDA	28
Tableau VI : Répartition selon la définition du séropositif.....	29
Tableau VII : Répartition selon leur réaction si elles sont déclaré séropositive.....	30
Tableau VIII : Répartition selon leurs attitudes face à un partenaire déclaré séropositif.....	31
Tableau IX : Répartition selon l'attitude des PS selon leurs dispositions envers une personne vivant avec le VIH.....	32
Tableau X : Répartition selon la pratique aux tatouages/Scarifications/ Piercings.....	33
Tableau XI : Répartition selon l'âge du 1 ^{er} rapport sexuel payant	33
Tableau XII : Répartition selon le nombre de partenaire par jour.	34
Tableau XIII : Répartition selon la fréquence d'utilisation de préservatifs	34
Tableau XIV : Répartition selon les obstacles à l'utilisation du préservatif	35

**PREVALENCE DU VIH ET FACTEURS ASSOCIES CHEZ LES PROFESSIONNELLES DE SEXE SUR LE
COMPLEXE MINIER LOULO/GOUNKOTO**

<u>Tableau XV</u> : Répartition selon le dépistage.....	35
<u>Tableau XVI</u> : Répartition selon le niveau de prévalence du VIH	35
<u>Tableau XVII</u> : Répartition en fonction de la sérologie VIH et le site.	36
<u>Tableau XVIII</u> : Répartition en fonction de la sérologie VIH et l'âge.	36
<u>Tableau XIX</u> : Répartition en fonction de la sérologie VIH et le niveau d'étude.	36
<u>Tableau XX</u> : Répartition en fonction de la sérologie VIH et du nombre de partenaire.....	37
<u>Tableau XXI</u> : Répartition en fonction de la sérologie VIH et l'âge au premier rapport sexuel payant	38
<u>Tableau XXII</u> : Répartition en fonction de la sérologie VIH et l'utilisation du préservatif... ..	38
<u>Tableau XXIII</u> : Répartition en fonction de la sérologie VIH et la pratique des tatouages....	39



TABLES DES MATIERES

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	1
I. OBJECTIFS	3
1. Objectif général	3
2. Objectifs spécifiques.....	3
II. GENERALITES	4
1. Historique	4
2. Epidémiologie.....	4
3. Répartition géographique	5
4. Mode de transmission et Evolution naturelle de la maladie	6
III. MÉTHODOLOGIE	17
IV. RESULTATS	26
1. Fréquence globale.....	27
2. Caractéristiques sociodémographiques.....	27
3. Connaissances sur VIH/sida	28
4. Attitudes.....	30
5. Séroprévalence du VIH	35
V. COMMENTAIRES ET DISCUSSION	40
1. Caractéristiques sociodémographiques.....	40
2. Les connaissances.....	41
3. Les attitudes	42
4. Les pratiques.....	43
5. Prévalence du VIH.....	45
VI. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS	46
Conclusion.....	46
Recommandations	47
VII. REFERENCES	49

**PREVALENCE DU VIH ET FACTEURS ASSOCIES CHEZ LES PROFESSIONNELLES DE SEXE SUR LE
COMPLEXE MINIER LOULO/GOUNKOTO**

ANNEXES.....	55
Questionnaire.....	55
Fiche signalétique.....	57
Material Safety.....	58
Serment d'Hippocrate.....	59



INTRODUCTION

INTRODUCTION

Avec plus de 35 millions de morts à ce jour, le VIH continue de représenter un problème mondial majeur de santé publique. En 2016, 1 million de personnes sont décédées d'une ou des causes liées au VIH dans le monde (1).

Malgré les avancées considérables (amélioration de vie des PVVIH et la diminution du taux mortalité), le VIH figure bien parmi les causes premières de mortalité et de morbidité dans le monde (2). Il reste un problème majeur de santé publique dans le monde entier particulièrement en Afrique.

En plus des 25,6 millions de personne vivant avec le VIH, l'Afrique subsaharienne représente 1,4 millions des 1,8 millions de nouvelles infections soit 66,66% et une baisse du taux de décès de 34% en 2016 qu'en 2000.

Au Mali en 2012, le taux de prévalence a diminué de 1,3% à 1,1% faisant du Mali un pays à faible prévalence avec une tendance à la stabilisation (3).

En Afrique subsaharienne, les rapports sexuels non protégés sont responsables pour l'essentiel des transmissions du VIH. Les Professionnelles du Sexe (PS) y constituent le groupe noyau («Core group») à haut risque le plus important (4, 5). D'après certains modèles mathématiques (6, 7), les partenaires qui adoptent des comportements sexuels à haut risque, distribuent les infections Sexuellement Transmissibles (IST) à l'intérieur de leurs groupes, alors que le partenariat entre personnes à haut et à bas risque les distribuent dans la population générale. En fait, les PS s'exposent directement auprès de leurs partenaires, mais ce sont leurs conditions sociales, économiques et de travail (8,9) qui déterminent leurs comportements sexuels (10-13). Ces déterminants peuvent influencer plus fortement les comportements sexuels que les connaissances du risque de transmission des Infections Sexuellement Transmissibles (IST) et du VIH (14, 15).

Par ailleurs, des experts mandatés par la Banque Mondiale ont analysé d'abondantes données transversales ou sériées provenant du Bénin, d'Abidjan en Côte d'Ivoire et dans une moindre mesure, du Burkina Faso, du Ghana, de la Guinée, du Mali, du Sénégal et du Togo. Ces experts ont conclu que l'épidémie du VIH pouvait être considérée comme étant du type concentré dans certains de ces pays (16).

La prévalence du VIH chez les PS est très élevée à 24,2%. La prévalence du VIH est passée 35,3% en 2006 à 24,2% en 2009, soit une baisse significative. Les PS demeurent toutefois un groupe à haut risque avec une prévalence du VIH qui est toujours très élevée par rapport à la population générale (1,3% pour l'EDS 2006), notamment à Kayes (19,5%) et Bamako (25,6%).

Avec l'ouverture croissante des mines d'or au Mali, première ressource naturelle du pays.

L'exploitation de l'or constitue l'une des principales activités exercées par tous les groupes d'âges et tous sexes confondus, la ruée vers l'or a rendu le Mali un carrefour où se rencontrent d'autres personnes de la sous-région.

Par ailleurs, l'afflux massif de populations diverses sur les sites, dû à l'appétit d'un enrichissement facile et rapide, entraîne une dégradation rapide des mœurs. C'est ainsi que la prostitution et l'usage de stupéfiants ont tendance à s'y développer.

Il ressort ainsi la nécessité d'approfondir l'étude des PS comme groupe noyau pour mieux servir la prévention.

Dans l'espoir de participer à la résolution de l'impasse d'alors, nous envisagerons de mettre à la disposition du PNLs/Mali et des partenaires intervenant dans le domaine, des informations pertinentes et fiables dans le groupe des professionnelles de sexe afin de formuler des hypothèses sur la dynamique de l'épidémie du VIH.



OBJECTIFS

I. OBJECTIFS

1. Objectif général

L'objectif général était d'évaluer la prévalence du VIH et les comportements sexuels chez les professionnelles du Sexe au Mali et de prendre des décisions informées pour mieux orienter leurs actions.

2. Objectifs spécifiques

De façon plus spécifique, il s'agit de :

- Décrire les caractéristiques socio démographiques et les comportements sexuels chez les professionnelles du sexe (PS)
- Déterminer la séroprévalence du VIH chez les PS
- Décrire les facteurs de risque de transmission du VIH dans cette population
- Formuler des recommandations en matière d'interventions pour la diminution de la prévalence au niveau des zones minières.



GENERALITES

II. GENERALITES

1. Historique

En 1981 un nombre inhabituellement élevé de pneumopathies à pneumocystis jiroveci et de sarcomes de kaposi est signalé aux Etats Unis par les CDC (17). L'association de ces deux affections habituellement rares déclenche une enquête épidémiologique à la recherche d'une maladie nouvelle. On constate alors la recrudescence d'autres affections associées à une dépression de l'immunité cellulaire, et la responsabilité d'un virus est rapidement évoquée devant le mode de propagation épidémique.

La maladie baptisée SIDA touche initialement exclusivement la communauté homosexuelle masculine, mais dans les mois suivants de nouveaux modes de contamination sont reconnus : hétérosexuelle, materno-foetale et sanguine (18).

En Mai 1983 le virus sera identifié par les français Luc Montagnier et Françoise Barré-Sinoussi (19), et nommé LAV (lymphadenopathy associated virus), tandis que le groupe américain de Robert Gallo persistera à utiliser le nom HTLV-III (human T-lymphotropic virus-III). Le même mois, les premiers cas pédiatriques sont décrits par James Oleske et al et Arye Rubinstein et al dans 2 articles d'un même numéro JAMA (20,21).

En 1986, un accord franco-américain permettra de s'entendre sur le nom Humanimmunodeficiency Virus (HIV 1 ou VIH 1 en français) (22). La même année, on isole dans l'Afrique de l'Ouest un deuxième virus à l'origine de cas de SIDA nommé VIH 2 (18).

2. Epidémiologie

Une réelle diminution du taux de nouvelle infection, de décès a été constatée des années 1990 à nos jours, mais une augmentation considérable sur la prise en charge et l'élargissement de l'accès aux traitements.

D'après le dernier rapport de l'Organisation des Nations Unies contre le SIDA (ONUSIDA) parut en 2016 actualisés en 2017, 36,7 millions de personnes vivent avec le VIH dans le monde avec 2,1 millions de nouvelles infections et 1,1 million de décès. ONUSIDA annonce que 53.13% (19,5 millions) des personnes vivant avec le VIH avaient accès à la thérapie antirétrovirale, contre 18,2 en juin 2016 et 15.8 millions en juin 2015.

Parmi les 36,7 millions de personnes vivant avec le VIH dans le monde en 2016, plus des deux tiers (70%) connaissaient leur séropositivité au niveau mondial.

En plus de 25,6 millions de personne vivant avec le VIH, l'Afrique subsaharienne représente 66,66% (1,4 millions /2,1 millions) de nouvelle infection dans le monde et une baisse du taux de décès avec moins de 34% de décès qu'en 2000.

Au Mali, en 2012 le taux de prévalence a diminué de 1,3% en 2006 à 1,1% faisant du Mali un pays à faible prévalence avec une tendance à la stabilisation (3).

3. Répartition géographique

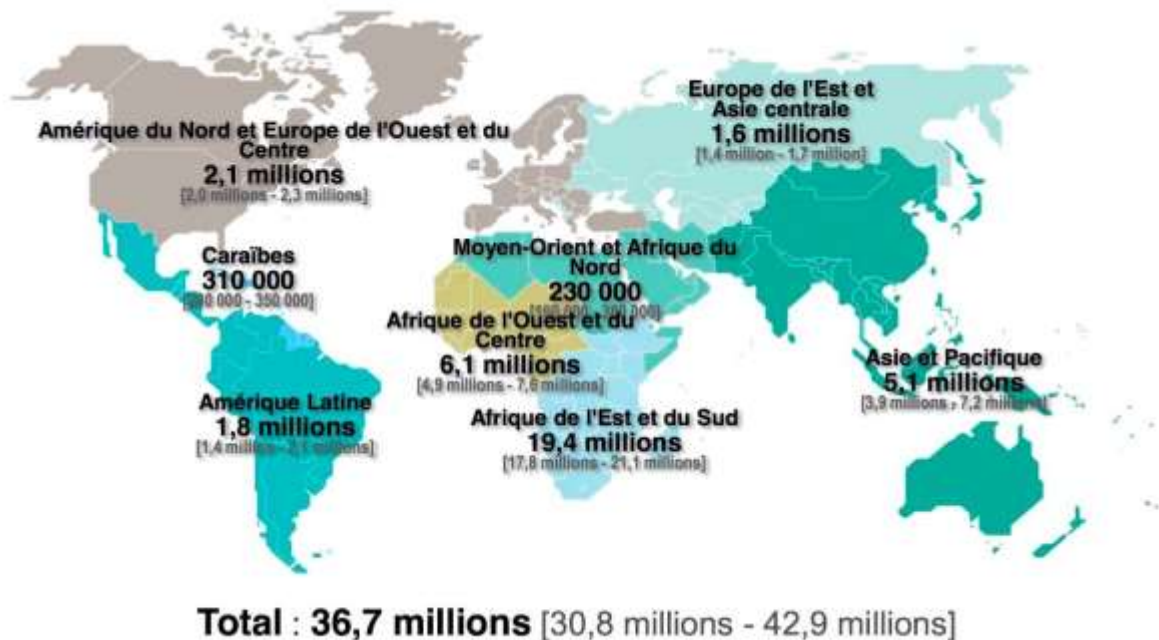


Figure 1 : Estimation de l'ONUSIDA des personnes vivant avec le VIH en 2016

4. Mode de transmission et Evolution naturelle de la maladie

4.1. Définition

Les virus de l'immunodéficience humaine VIH appartiennent à la famille des Rétroviridae, à la catégorie des Lentivirus. Ces derniers sont lytiques, et responsables de la destruction cellulaire et de la mort de la cellule infectée (effet cytopathogène) et sont responsables d'infection à évolution lente. (23)

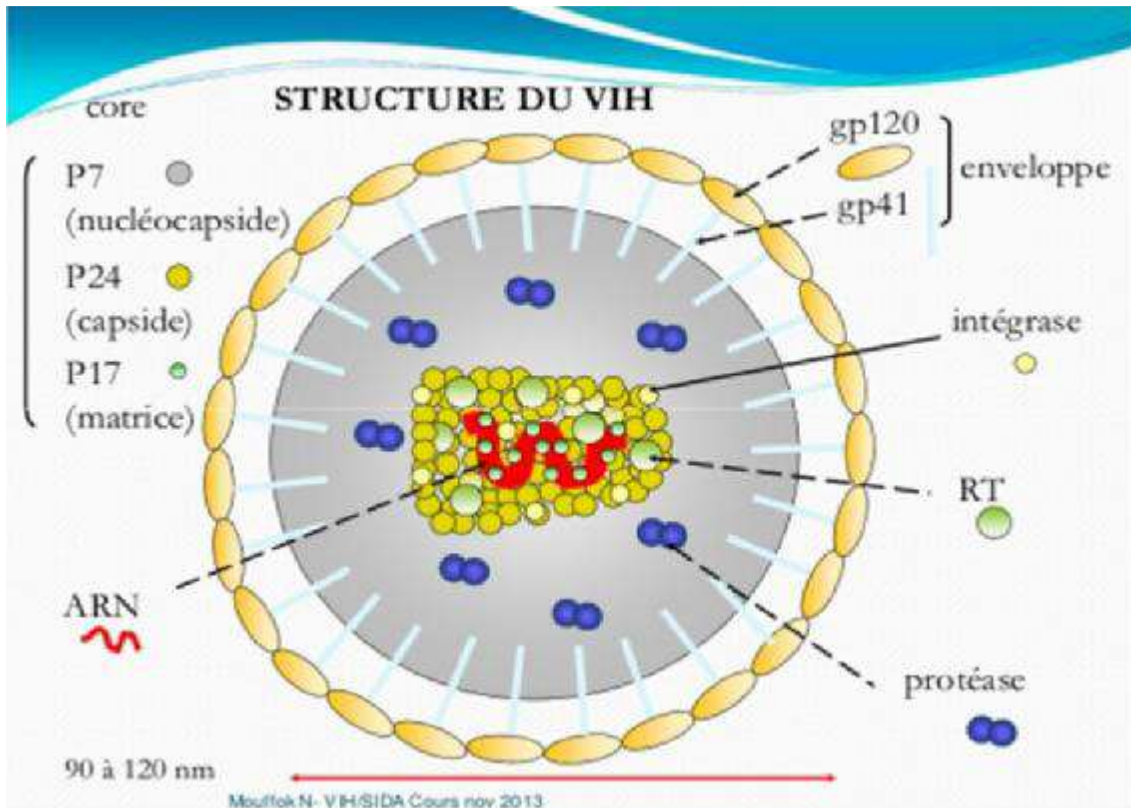


Figure 2 : Schéma organisationnel du virus VIH (24)

4.2. Structure de VIH :

Le VIH est une particule virale, de forme sphérique, enveloppée, mesure 80 à 120nm de diamètre. Elle est entourée d'une membrane cellulaire où sont encreées des molécules de glycoprotéines d'enveloppe (gp 120 pour le VIH1 et gp 110 pour le VIH2) et les molécules de glycoprotéines transmembranaires (gp 41 pour le VIH1 et gp 46 pour le VIH2). Elle est constituée d'une matrice tapissée de molécules correspondant aux protéines de la matrice (p 17 pour le VIH1 et p 16

pour le VIH2) et contenant également la protéase virale. La capside virale de forme trapézoïdale, est située au centre de la particule virale. Elle est constituée de protéines (p24 pour le VIH1 et p26 pour le VIH2). A l'intérieur de cette capside virale figurent les protéines de nucléocapsides p16, la transcriptase inverse, l'intégrase et deux copies d'ARN viral monocaténaire (25).

4.3. Diversité et organisation génétique :

La diversité génétique des VIH est importante à souligner, car elle constitue un obstacle majeur à la constitution d'un vaccin préventif et peut poser des problèmes de diagnostic et de prise en charge thérapeutique. On distingue deux groupes de VIH. (26,27) Les VIH-1 proches des virus des chimpanzés africains et comprenant les VIH –1 groupe M, groupe O et groupe N. Ce sont les VIH-1 groupe M (major) qui sont largement dominants avec une grande diversité génétique au sein de ce groupe incluant les principaux sous-types (de A à K), tous présents en Afrique. Alors que le sous-type B du groupe M est majoritaire en Europe et aux Etats-Unis (26,27). Les VIH-2 proches des virus des singes mangabey montrent aussi une grande diversité, mais celle-ci est moins forte que celle des VIH-1. La diversité génétique des VIH-2 est importante, actuellement huit sous-types (A à H) ont été décrits. Le VIH-2 conduit comme le VIH-1 au sida, cependant, les caractéristiques cliniques et biologiques de l'infection montrent des différences. En effet, VIH-2 possède un taux de transmission moindre que VIH-1 et est généralement moins pathogène. L'épidémie de VIH-2 reste restreinte à l'Afrique de l'Ouest ; et les mécanismes responsables de cette moindre pathogénicité sont encore peu clairs. (26,27)

4.4. Cellules cibles et tropisme cellulaire :

a) Les cellules cibles : (28)

Lymphocytes CD4

- CD4 activés responsables 99% de la réplication virale,
- CD4 non activés = cellules mémoires. Chez les patients traités le virus persiste sous forme de DNA proviral non défectif. La réplication virale persiste à bas bruit et n'est pas détectée.

Cellules présentatrices de l'antigène

Le virus est absorbé par les cellules dendritiques des muqueuses génitales, puis transporté aux organes lymphoïdes voisins par intermédiaire d'une « DC-SIGN ».

b. Le tropisme cellulaire :

On considère que les lymphocytes CD4-positifs activés sont le principal site de production virale et la principale cible des effets délétères du virus. Les monocytes-macrophages et les cellules dendritiques produisent moins de virus mais sont moins facilement détruits. On distingue des souches ayant un tropisme préférentiel pour les monocytes-macrophages et utilisant plutôt le CCR5, des souches ayant un tropisme pour les lymphocytes activés et utilisant plutôt le CXCR4 et des souches présentant les deux tropismes et utilisant les deux corécepteurs (29).

4.5. Cycle de réplication virale

Ce cycle de réplication est composé principalement de 7 étapes (figure 3) (30) :

-La phase d'attachement :

La phase d'attachement. Le virus, grâce à la protéine gp120 située sur sa membrane, reconnaît la protéine CD4 située sur la membrane des lymphocytes T CD4 et se fixe sur elle.

La phase de fusion et de pénétration :

La protéine gp41 achève la fixation et permet la fusion des membranes virales et cellulaires. Le matériel génétique du virus (l'ARN viral) est alors injecté dans le cytoplasme de la cellule désormais contaminée.

La phase de transcription inverse de l'ARN viral :

Cet ARN viral est rétrotranscrit en ADN viral grâce l'action d'une enzyme : la transcriptase inverse.

La phase d'intégration de l'ADN viral :

L'ADN viral est intégré au génome de la cellule infectée grâce l'action d'une enzyme, l'intégrase. Cet ADN viral est ensuite transcrit en plusieurs ARN viraux grâce au système de réplication de la cellule.

La phase de traduction :

Les ARN viraux ainsi produits sont lus et traduits en précurseurs protéiques qui vont, après assemblage, former les protéines virales.

La phase de clivage et d'assemblage des protéines virales :

Les protéines virales ainsi formées vont être clivées puis assemblées en nouveaux virions. Le clivage et la maturation des protéines virales sont assurés par une enzyme, la protéase.

La phase de libération des nouveaux virions :

Les virions formés bourgeonnent à la surface de la cellule infectée avant d'être libérés dans l'organisme pour un nouveau cycle viral.

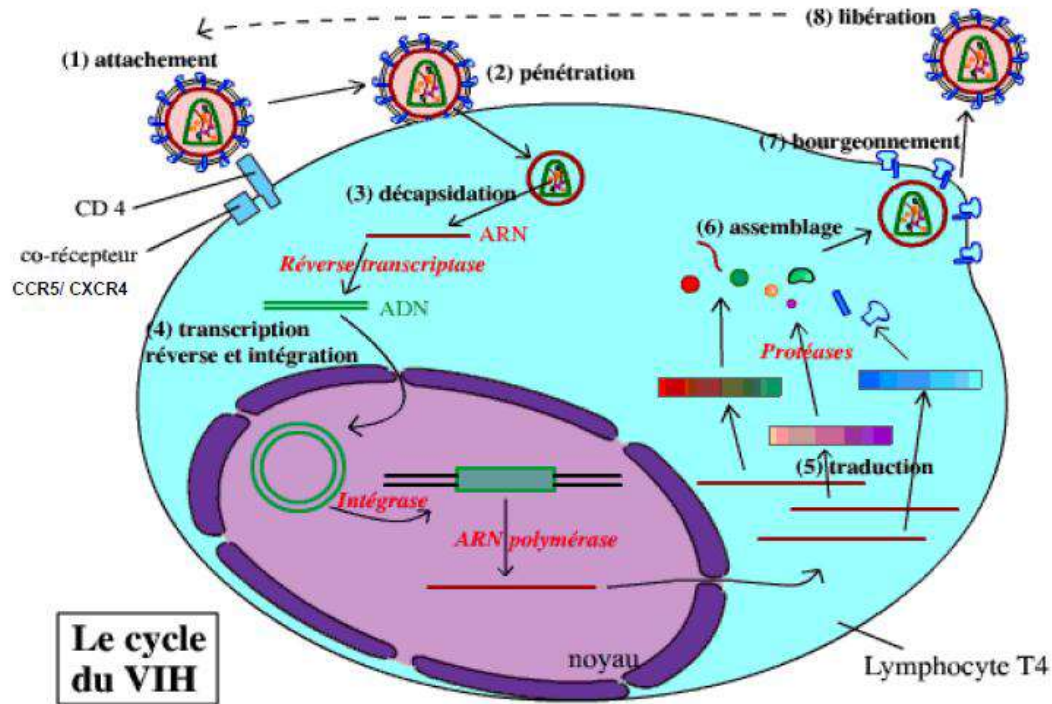


Figure 3 : La connaissance des différentes étapes du cycle répliatif des VIH est essentielle pour la compréhension de la physiopathologie de l'infection, chacune de ces étapes étant une cible potentielle des thérapeutiques antivirales. (31)

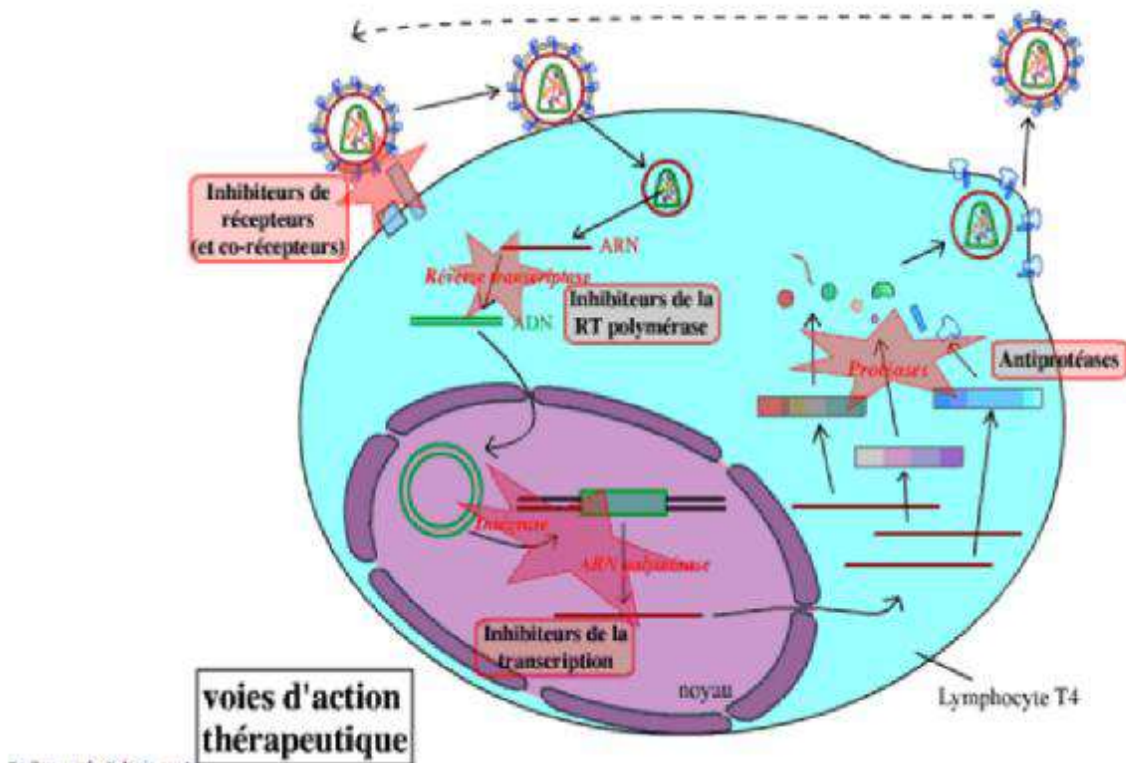


Figure 4 : Cycle de répliation et voies d'action thérapeutique (31)

4.6. Physiopathologie

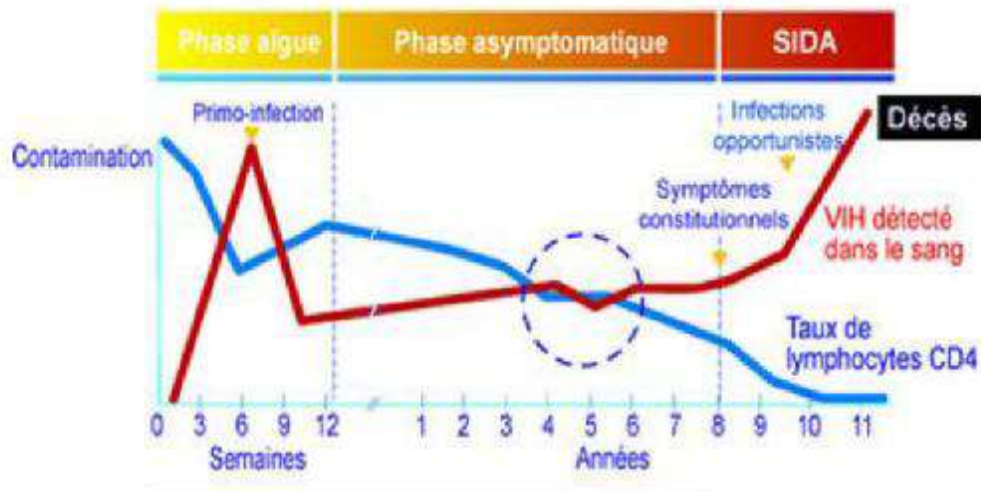


Figure 5 : L'évolution de l'infection par le VIH s'effectue en 3 temps (32) :

Dès la contamination, la réplication active du virus commence avec établissement rapide de réservoirs viraux (ganglions, tissu lymphoïde du tube digestif, système nerveux central) avec intégration du VIH dans le génome des cellules hôtes.

- ➔ **La primo-infection** : c'est la phase précoce de l'infection. Environ 3 à 6 semaines après l'infection initiale. Au cours de cette phase, appelée syndrome rétroviral aigu, le VIH se reproduit en grandes quantités et diffuse dans l'ensemble de l'organisme. Un traitement dès ce moment, en limitant la réplication virale permettrait une évolution plus favorable à long terme.
- ➔ **La phase asymptomatique (latence clinique)** : après la période de primo infection, la réplication du virus dans le sang diminue et se stabilise à un niveau qui varie selon les personnes. La phase de séropositivité sans symptômes cliniques correspond à la période durant laquelle les effets toxiques du virus semblent apparemment contrôlés par le système immunitaire.

➔ **La phase symptomatique/infections opportunistes (SIDA) :** Le nombre de lymphocytes T-CD4 diminue rapidement et donc Le système immunitaire est maintenant en état d'insuffisance grave. Le sida correspond au stade avancé de l'infection par le VIH. Deux marqueurs pronostiques sont utilisés en pratique, la numération de lymphocytes CD4 et le taux d'acide ribonucléique (ARN)-VIH plasmatique (couramment appelé charge virale). La diminution du taux de lymphocytes CD4 augmente le risque d'infection opportuniste qui devient majeur lorsque le taux diminue en dessous de 200/mm³ (33).

4.7. Modes de transmission :

La transmission de VIH se fait par 3 principaux modes :

a- La transmission sexuelle

La transmission sexuelle du virus représente 75 à 85% des infections par le VIH, Plus de 70% de ces cas sont imputables à une transmission hétérosexuelle et les 5 à 10% restants à la transmission homosexuelle (34). C'est la principale source de l'épidémie au niveau mondiale. L'étude approfondie de la transmission fait apparaître plusieurs facteurs favorisant :

- La pratique de la sodomie pour les couples hétérosexuels ou homosexuels
- Le stade clinique de l'infection : la contamination est plus fréquente quand le partenaire infecté est à un stade avancé de la maladie.
- Le risque de transmission est accru en cas d'autres infections sexuellement transmissibles associées (34), bien que quelques cas de transmission chez les personnes dont l'activité sexuelle se limitant à la pratique uro-génitale ait été rapportée (34).

b- La transmission par voie sanguine

Les transfusions sont responsables de 5-10% des cas adultes de SIDA et jusqu'à 25% des cas pédiatriques et cela à cause de la fréquence des transfusions à cause d'anémie nutritionnelle ou parasitaire. Les circonstances suivantes sont impliquées dans ce mode de transmission : (34)

- la toxicomanie : l'échange de seringue non stérilisée au moment de l'injection de drogue ;
- la transmission en milieu de soins par du matériel non stérilisé, par les produits sanguins infectés et par la transplantation d'organes de sujets infectés,
- la transmission par du matériel souillé lors de certaines pratiques traditionnelles : excision, scarification, circoncision, tatouage....

c-La transmission de la mère à l'enfant (TME)

Elle peut avoir lieu :

- Pendant la grossesse dans 20% des cas.
- Au moment de la délivrance, lors de l'accouchement dans 40% des cas.
- Lors de l'allaitement en post natal dans 40% des cas.

Il est à noter que différents facteurs sont associés à la transmission in-utéro et péri-partum du VIH-1 :

- Maternels : charge virale élevée, taux de lymphocytes T CD4 bas, stade clinique de la maladie avancé
- Obstétricaux : rupture prématurée des membranes, césarienne
- Foetaux : petit poids de naissance, prématuré, gémellité.

4.8. Traitement

La thérapeutique anti-rétrovirale, lorsqu'elle aboutit à la réduction massive de la réplication virale, entraîne une restauration quantitative et qualitative au moins partielle des lymphocytes T CD4(35).

4.8.1-Les anti-rétroviraux

4.8.1-1-Inhibiteurs nucléosidiques de la transcriptase inverse (INRT)

Tous les analogues de la transcriptase inverse sont actifs sur les virus VIH1 et VIH2. Ils doivent être transformés en dérivés triphosphorylés sous l'effet des kinases intracellulaires afin d'exercer leur activité inhibitrice (35).

4.8.1-2-Inhibiteurs non nucléosidiques de la transcriptase inverse (INNRT)

Les inhibiteurs non nucléosidiques de la transcriptase inverse ont pour caractéristique communes de n'être actif que sur le VIH1, d'être susceptible d'induire des réactions d'intolérances cutanée (de type immuno-allergique) et d'interagir sur le cytochrome P450 (35).

4.8.1-3-Inhibiteur de protéase

Les antiprotéases doivent être utilisées en association car la monothérapie aboutit très rapidement à la sélection des mutants résistants (35).

4.8.1-4-Stratégie

Trois types d'associations sont possibles :

A: 2INRT+IP

B: 2 INRT+1 INNRT

C : 3INRT

5-Etat de la prostitution

Quel est donc la situation de la prostitution actuellement ? Combien compte-t-on de prostituées à travers le monde ? Que de questions pour trop peu de réponses disponibles. En fait, tenter de dresser un état de situation de la prostitution

représente un exercice difficile. Deux pièges majeurs guettent. D'une part, considérant les multiples visages que peut prendre la prostitution, il est impossible de dresser un portrait quantitatif et qualitatif fidèle de l'ensemble des réalités de la prostitution. Puisque la prostitution est illégale dans plusieurs pays, que la stigmatisation sociale entoure toujours ce phénomène, que le monde criminalisé en contrôle une partie importante, il est évident qu'il est impossible à quiconque de prétendre être en mesure de fournir une image complète de la situation actuelle de la question de la prostitution. D'autre part, il importe, pour tenter de cerner la réalité de la situation de la prostitution, de se méfier des risques de généralisation à partir d'épiphénomènes. Ainsi, la prostitution de rue n'est pas représentative de l'ensemble des formes que prend la prostitution, diront certaines personnes. Un exercice de la prostitution librement choisie et en plein contrôle de tous ses moyens n'est le privilège que d'une faible minorité de prostituées africaines, diront d'autres. Il importe donc d'éviter de tirer des conclusions rapides à partir d'informations sommaires qui ne concerneraient qu'une mince part de l'ensemble du portrait. Toutefois, ces difficultés ne doivent pas empêcher la recherche de renseignements. Au contraire, elles poussent à fouiller plus loin afin de dénicher l'information qui permettra de mieux connaître la prostitution dans toute sa complexité pour ensuite être en mesure d'intervenir plus adéquatement. Nous avons regroupé les données, d'abord au niveau mondial, afin de permettre de bien comprendre dans quel contexte se situe le phénomène de la prostitution. Nous nous intéressons ensuite à la situation malienne.

5.1 Un état de situation au niveau mondial

La prostitution est un phénomène qui a maintenant cours partout sur la planète. Aucune région du monde n'y échappe. Elle s'exprime sous différentes formes, dans des situations de plus ou moins grande pauvreté, avec plus ou moins d'exploitation des femmes prostituées, sous des régimes législatifs plus ou moins tolérants. Or, dans un contexte de mondialisation, d'ouverture des barrières

commerciales, de l'information qui voyage à la vitesse de l'Internet, aucune société n'est à l'abri des conséquences des réalités étrangères. Au regard de la prostitution, nous l'avons vu, le trafic sexuel est un phénomène en croissance dont les effets se font ressentir partout dans le monde, jusqu'au Mali. Mais les influences de la réalité de la prostitution sont, elles aussi, internationales. Le tourisme sexuel n'est qu'une des manifestations de cette mondialisation.

5.2 Un état de situation de la prostitution au Mali

La réalité de la prostitution au Mali se distingue de celle observée ailleurs dans le monde sous certains aspects, mais lui ressemble aussi beaucoup sous plusieurs autres. Si le Mali ne constitue pas un haut lieu de tourisme sexuel au même titre que certaines régions, il n'en demeure pas moins que de nombreux touristes sont attirés par les services sexuels des prostituées autour des sites d'exploitation minières. Le phénomène de la prostitution au Mali a été relativement peu étudié en raison, notamment, d'un certain désintéressement des autorités et des chercheuses et chercheurs. Mais, également, à cause de la difficulté, sinon l'impossibilité, de tracer un portrait juste et complet de la situation considérant la clandestinité qui entoure ce phénomène. De plus, les quelques rares recherches réalisées ont principalement porté sur la situation à Bamako et Sikasso, laissant dans l'ombre les particularités régionales de la prostitution. Néanmoins, à partir des informations disponibles et de celles que nous avons obtenues par nos propres travaux, nous esquissons ici un portrait de la situation de la prostitution au Mali.



METHODOLOGIE

III. MÉTHODOLOGIE

1. Cadre d'étude

Jadis, subdivision du cercle de Bafoulabé, Kéniéba fut érigé en cercle autonome en 1961. Il est situé dans la partie sud-ouest de la région de Kayes. Il est limité au nord par les cercles de Bafoulabé et Kayes ; au sud par la République de la Guinée ; à l'ouest par le Sénégal et à l'est par le cercle de Kita. Le cercle a environ 618 km de frontière avec les Républiques de la Guinée et du Sénégal et compte 206 villages administratifs répartis entre douze communes : Bayé, Dombia, Kassama (Zone de montagne), Dabia, Dialafara, Faléa, Faraba, Kéniéba, Kourokoto, Guénégoré, Sagalo et Sitakily (zone basse).

Il couvre une superficie d'environ 164.00km² pour une population de 197.050 habitants (RGPH, résultat définitif novembre 2011) soit une densité moyenne d'environ 12 habitants/km². La population est composée de 51% de femmes et de 49% d'hommes. Le Chef-lieu de cercle, Kéniéba, est situé à 415 Km de Bamako à partir de la RN24.

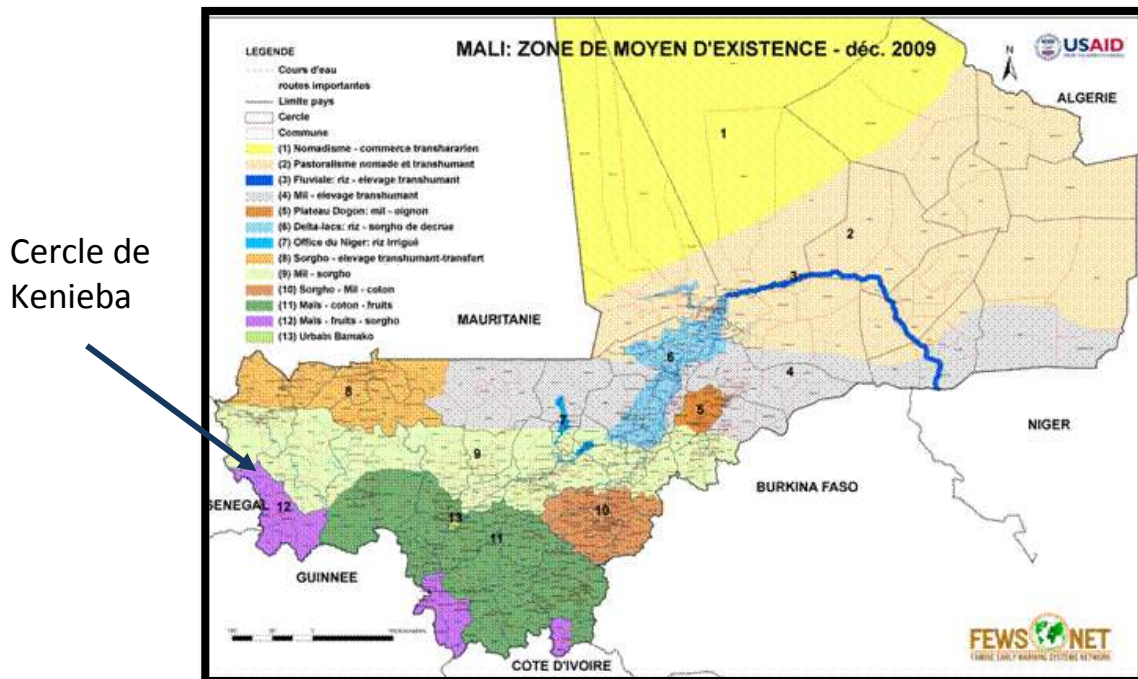


Figure 6 : Carte du Mali

Les principales ethnies sont : les malinkés, majoritaires dans toutes les communes sauf Sagalo et Faléa où les peuhls sont majoritaires ; les Dialonkés dans la commune de Faléa, les Diakankés à Dabia et Faléa et une minorité de soninkés et bambara à la recherche du bien-être social. Toutes ces ethnies vivent en parfaite symbiose dans leur milieu donné.

Le climat est du type pré-guinéen avec une moyenne pluviométrique annuelle oscillant entre 900 et 1200mm. L'année se divise en deux saisons : une saison pluvieuse de mai à octobre et une saison sèche de Novembre à Avril. Les vents dominants sont la mousson (Est-Ouest) et l'harmattan (Nord-Sud). Le relief est dominé par une zone de montagneuse (massif de Tambaoura) et une zone basse (zone de plaine). D'une manière générale on retrouve quatre types de sols : les sols ferrugineux latéritiques lessivés, les sols argilo-sableux, les sols argileux et les vertisols très riches en matières organiques. La plupart des sols sont fertiles et propices à l'agriculture. Sur le plan hydrologique, le Cercle est arrosé d'une part, par les affluents du fleuve Sénégal :

- ↳ le Bafing, constituant la frontière naturelle avec le cercle de Kita et
- ↳ la Falémé, servant aussi de frontière naturelle entre le cercle de Kéniéba et le Sénégal ;
- ↳ et d'autre part, par de nombreux marigots intermittents allant en moyenne de juillet à avril. Cette richesse naturelle reste très peu exploitée à cause de l'activité aurifère.

Dans le domaine de la santé et nutrition, le district sanitaire de Kéniéba dispose de 19 Centre de Santé Communautaire (CSCOM) qui restent insuffisants pour une bonne couverture sanitaire de la zone. Les problèmes de santé dans la zone se résument à : la prolifération des IST, le manque de sensibilisation des populations sur les dangers liés à ces maladies (fort taux de femmes enceintes parmi les professionnels du sexe), la faible fréquentation des centres de santé, le faible

maillage du cercle en structures sanitaires, la prolifération des structures privées de santé non légales avec leurs corollaires de dangers.

L'exploitation de l'or constitue la principale activité pour les communautés vivant dans la zone. L'orpaillage traditionnel apparaît comme une activité inorganisée, voire anarchique. Cependant il épouse de très près les formes organisationnelles des structures villageoises, communautaires et familiales. Il a créé deux types de population dans la zone : celle autochtone et une grande masse flottante venant de tous les horizons.

L'orpaillage semi artisanal prolifère de plus en plus. Les postes mécanisés (concasseurs, broyeurs, détecteurs de métaux, cracheurs, etc. se développent de nos jours, même si en année de référence ils étaient peu utilisés. Au titre de l'exploitation industrielle, on peut citer les mines de Loulo et Goukoto exploitées par BARRICK dans les communes de Sitakily et Kéniéba; ENDEAVOUR (ex AVION RESSOURCE) qui exploite les mines de Dioulafoundouni et Djambayé dans la commune de Kéniéba et Sitakily. De nos jours, nombreuses sont les sociétés de prospection minière qui opèrent dans le cercle notamment dans les mines de Fékola, Koffing, Berekégni. L'exploitation d'une nouvelle mine notamment celle de Fadougou a aussi vu le jour récemment. L'orpaillage prime sur toutes les autres activités. Il suffit qu'un gîte soit prolifique pour quelques individus pour qu'il draine toutes les populations environnantes au détriment de toute autre activité. Elle se pratique exclusivement dans les zones basses, mais par toutes les populations du cercle.

Elle engendre dans sa pratique beaucoup d'effets néfastes pour la population avec la dégradation de l'environnement, les problèmes de santé publique suite à l'utilisation des produits chimiques (cyanure, mercure, acide et autres) dans les conditions non préconisées, la prolifération des IST etc. Il faut noter l'influence de cette activité sur toutes les autres rendant difficile le développement de celles-

ci. Les revenus tirés de cette activité sont importants et ont rendu le coût de la vie très chère.

2. Type d'étude

Il s'agit d'une étude descriptive transversale mesurant la prévalence du VIH et décrivant les comportements sexuels et sociodémographiques des PS.

3. Population à l'étude

La population d'étude est constituée des PS provenant autant des réseaux de prostitution formelle, qu'informelle dans le complexe.

3.1 Critères d'inclusion

A été incluse dans l'étude :

Toute femme âgée de quinze ans et plus

- Qui avoue avoir des rapports sexuels régulier ou occasionnel moyennant une rémunération financière ou matérielle (biens, nourriture) ;
- Qui se trouve sur les sites de prostitution sélectionnés pendant la période de l'étude ;
- Qui donne son consentement écrit à participer à l'enquête.

3.2 Critères de non inclusion

Ont été exclues de l'étude, celles qui :

- ne réunissaient pas les critères d'inclusion sus-mentionnés;
- ont déjà été interviewées sur un autre site, ou qui ont refusées d'y participer

4. Taille de l'échantillon

Un échantillon de 100 PS a été retenu, soit 54 PS à LOULO, 46 PS à GOUNKOTO.

5. Sélection des sujets

5.1 Base de sélection

La base de sélection était constituée des PS exerçant le métier dans les territoires des deux mines et qui sont joignables sur les sites répertoriés lors d'une cartographie de la prostitution. On a choisi une variété de sites pour assurer la plus grande diversité possible tant au plan géographique, que de la typologie de la prostitution (hôtel, bar, coin de rue).

5.2 Choix des sites et recrutement

À partir de la cartographie et suite aux visites des sites identifiés, le choix d'un site a été établi en fonction de la facilité d'accès, de la sécurité du site et du nombre minimal de PS présentes. Les sites pratiquement inaccessibles, peu sécurisés et dont le nombre de PS est trop petit (<5) ont été éliminés. Afin d'administrer le questionnaire et d'effectuer les prélèvements nécessaires, nous avons rencontré les PS directement sur leur site de travail pendant la nuit ou, après entente entre nous et la PS au domicile de celle-ci pendant le jour.

6. Planification opérationnelle de l'enquête

Une mise à jour de la cartographie des lieux de prostitution dans le complexe a été réalisée dans les deux semaines précédant l'enquête, ceci afin de permettre d'identifier les différents lieux et types de prostitution et d'identifier le nombre de PS présentes sur les sites de prostitution. La cartographie a été réalisée en deux étapes :

- un focus group avec des PS leader et visant à obtenir des informations préliminaires sur les sites de prostitution, le nombre de PS, leurs caractéristiques démographiques.
- Recueil d'information

Les informations obtenues étaient validées et complétées sur le terrain par observation directe. Chaque site a été divisé en unités géographiques faciles à

couvrir. Chaque unité a été parcourue à des moments différents de la semaine, afin d'identifier les moments d'activité maximale et les périodes plus timides.

Notre équipe était constituée de deux enquêteurs, une PS guide. Les membres de notre équipe étaient bilingues (français-anglais). Les informations sur le formulaire de consentement ont été transmises verbalement. Les PS donnaient leur consentement en apposant un signe ou une signature au bas du formulaire ; elles étaient ensuite invitées à répondre au questionnaire et à fournir les prélèvements sanguins.

7. Collecte des données

7.1 Rôle et responsabilités des équipes

- ➔ Les PS guides qui constituent le premier niveau de contact avec les participantes, étaient chargées de repérer les sites sélectionnés et d'expliquer aux femmes éligibles les objectifs de l'étude ainsi que son intérêt pour la communauté afin de susciter leur consentement. Elles orientaient aussi les participantes aux postes d'entrevue et de prélèvement.
- ➔ Les enquêteurs étaient responsables de l'administration des questionnaires et des prélèvements biologiques s'assuraient d'avoir correctement et entièrement rempli ces derniers.

7.2 Questionnaire d'entrevue

Un questionnaire standardisé a été développé et utilisé pour obtenir les informations sur les caractéristiques sociodémographiques et les comportements sexuels des PS. Pour s'assurer de la qualité des données, les enquêteurs ont reçu une formation pour administrer le questionnaire et pour effectuer les prélèvements. Les différentes questions ont été précisées et traduites en anglais par souci de compréhension. Le questionnaire d'entrevue a permis d'obtenir les informations sur les caractéristiques socio-démographiques telles que l'âge, l'état civil, le niveau de scolarité, la profession, le site. Des questions étaient posées aux

PS pour savoir le nombre de partenaires, les modes de transmission du VIH et la fréquence d'utilisation des condoms.

7.3 Collecte et analyse des prélèvements sanguins

Des échantillons de sang ont été prélevés par ponction capillaire au bout du doigt à l'aide d'une lancette à ressort. La stratégie III de l'OMS a été réalisée avec les tests rapides de VIH, les mêmes que ceux utilisés aux LRR. Si le 1er test est non-réactif, le statut sérologique de l'échantillon est négatif au VIH. Par contre, si le 1er test est réactif, les 2èmes et 3èmes tests sont à effectuer. Si ces derniers sont tous réactifs, le statut sérologique du VIH est positif. Si l'un des deux est non-réactif, le statut sérologique du VIH est indéterminé. Les tests utilisés étaient :

- T1= Détermine HIV1/2 © ;
- T2= Retrocheck HIV1/2© ;
- T3=Unigold HIV1/2©.

8. Saisie et analyse des données

Les données ont été saisies et analysées sur le logiciel SPSS version 21.0. Les textes, les tableaux et les graphiques ont été élaborés à l'aide des logiciels microsoft Word et Excel 2016. Le test statistique utilisé était le X² avec une valeur significative de p si $p < 0,05$.

9. Considérations éthiques

Le protocole, les questionnaires, les formulaires de consentement et les procédures opérationnelles ont été approuvés par les autorités sanitaires nationales. L'étude a également obtenu une autorisation du comité d'éthique de la faculté de médecine et d'odontostomatologie de Bamako.

9.1 Participation à l'étude

La participation à l'enquête était volontaire. Un consentement écrit était exigé. Les PS recrutées étaient libres d'accepter ou de refuser de répondre au questionnaire et de donner des spécimens biologiques. Le questionnaire était

administré aux PS avant les prélèvements sanguins. On s'est assuré que les interventions des enquêteurs soient empreintes du respect de la personne et du droit au consentement libre et éclairé. En aucun cas, un refus de participer à une étape ou à la totalité de l'enquête n'a porté un préjudice moral ou sanitaire, d'accès ou de référence à un service de prévention et de prise en charge à la personne qui le manifestait. Les PS non participantes à l'enquête ont reçu les mêmes bénéfices que celles consentantes à l'étude si elles le désiraient et le manifestaient. Les femmes dont l'âge était compris entre 15 et 18 ans ont été incluses à l'étude car il nous paraissait important d'avoir les données sur les PS mineures afin d'adapter les programmes de prévention à la réalité sur le terrain.

9.2 Confidentialité et anonymat

L'enquête était anonyme et confidentielle. Comme la stigmatisation est encore très présente au Mali, on s'est assuré de la bonne compréhension de l'implication de la confidentialité dans la réussite de l'enquête. Un numéro d'identification a été utilisé et aucun renseignement nominal n'est apparu sur les questionnaires ni sur les prélèvements. Les résultats des tests de laboratoires étaient anonymes. Le code d'identification unique attribué à chaque PS était inscrit sur le questionnaire administré et sur le papier-buvard. Aucune indication socio-démographique autre que les variables à l'étude, n'apparaissait sur les questionnaires, il n'était donc pas possible de relier nominalement une participante au code qui lui a été attribué. La signature ou tout signe équivalent des formulaires de consentement était faite sur une feuille à part.

9.3 Avantages liés à la participation à l'étude

- Chaque participante a reçu en guise de motivation du matériel de sensibilisation et de prévention (condoms, T-shirts, lubrifiants).
- L'étude fut une occasion privilégiée de sensibilisation des PS à la problématique des IST et du VIH, sida afin de parvenir à un changement de comportements.

- L'étude a permis de sensibiliser les PS pour la fréquentation des services de prise en charge des IST/VIH/SIDA au niveau du complexe LOULO/ GOUNKOTO.
- Les participantes ont contribué à l'amélioration des connaissances sur les IST/VIH/SIDA chez ce groupe à haut risque de transmission.
- En termes de santé publique les résultats permettront aux responsables de la mine et des acteurs socio-sanitaires ou ONG du cercle de Keniéba de développer des interventions spécifiques aux PS et d'actualiser les programmes de prévention en cours d'exécution.

9.4 Risques liés à la participation à l'étude

- ➔ Risque psychologique pour les PS du fait que la sexualité est un sujet tabou au Mali et par la nature des questions posées.
- ➔ Manque à gagner pour la PS qui répond à l'entrevue et se prête aux prélèvements.
- ➔ Risque physique minime de saignement, d'ecchymose ou d'infection, liée au prélèvement sanguin. Ce risque a été minimisé avec une bonne formation à la technique de prélèvement et l'utilisation de moyens d'asepsie et de désinfection.
- ➔ Risque psychosocial du fait de l'intrusion dans leurs vies privées.

9.5 Remise des résultats aux participantes de l'enquête et diffusion des résultats

Il n'y a pas eu de remise de résultats aux participantes étant donné la nature anonyme de l'étude. Celles souhaitant connaître leur statut sérologique VIH étaient référées à une structure pratiquant le dépistage volontaire anonyme avec counselling pour un test gratuit. Les résultats de cette étude seront présentés aux responsables sanitaires nationaux et diffusés à l'échelle internationale.

10. Diagramme de Gantt

Activité	Période							
	Avril 2019	Juin 2019	Aout 2019	Nov 2019	Janvier 2020	Juil 2020	Sept 2020	Février 2021
Revue de la littérature								
Élaboration et correction du protocole								
Collecte et analyse des données								
Rédaction								
Correction du document								
Soutenance								



RESULTATS

IV. RESULTATS

1. Fréquence globale

Durant notre période d'étude de 3 mois au complexe de Goukoto-Loulo, nous avons pu rencontrer 268 PS dont 100 soient 37,3% ont acceptés de répondre à nos questions.

2. Caractéristiques sociodémographiques

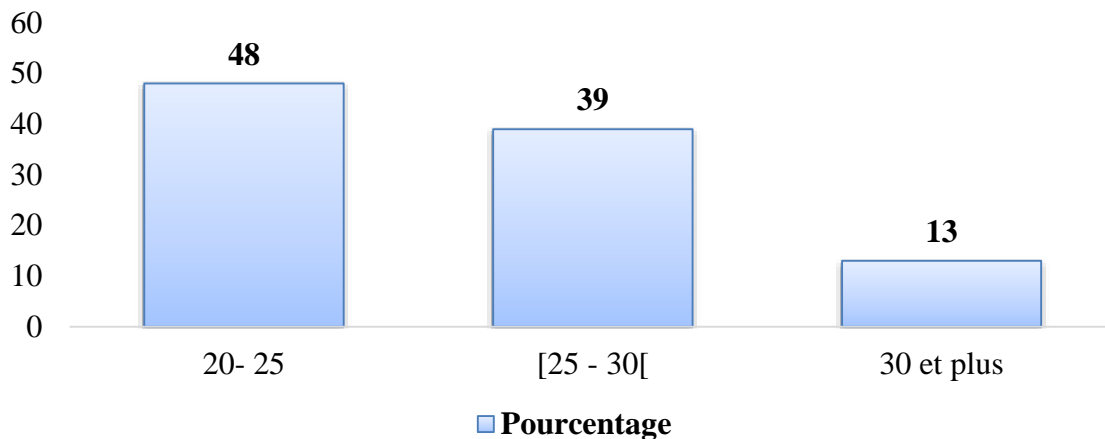


Figure 7 : Répartition selon la tranche d'âge en année

Âge : min = 20 ans ; max = 34 ans ; moy = $25,33 \pm 3,213$ ans

Les professionnelles de sexe étaient à 48% âgées de moins de 25 ans soit presque 5 personnes sur 10.

L'âge moyen était de $25,33 \pm 3,213$ ans avec des extrêmes de 20 et 34 ans.

Tableau I : Répartition selon le niveau d'étude

Niveau d'étude	Effectif	Pourcentage
Primaire	14	14,0
Secondaire	83	83,0
Universitaire	2	2,0
Aucun	1	1,0
Total	100	100,0

Près de 97% de nos enquêtées n'ont pas dépassées le niveau secondaire.

Tableau II : Répartition selon le statut matrimonial

Statut matrimonial	Effectif	Pourcentage
Célibataire	94	94,0
Divorcé	3	3,0
Veuve	2	2,0
Marié	1	1,0
Total	100	100,0

La quasi-totalité soit 99% de nos PS était des célibataires. Seulement une (1%) PS a déclaré être une femme mariée dans son pays.

Tableau III : Répartition selon le site de l'enquête

Site	Effectif	Pourcentage
Loulo	54	54,0
Goukoto	46	46,0
Total	100	100,0

Le site de Loulo à contenu la plus haute proportion de notre échantillon soit 54%.

3. Connaissances sur VIH/sida

Tableau IV : Répartition selon la connaissance du HIV/SIDA

Connaissance du HIV/SIDA	Effectif	Pourcentage
Oui	100	100,0
Total	100	100,0

La totalité de nos enquêtés ont affirmé connaître le HIV/SIDA

Tableau V : Répartition selon la gravité du HIV/SIDA

HIV/SIDA maladie grave	Effectif	Pourcentage
Oui	99	99,0
Non	1	1,0
Total	100	100,0

Près de 99% des PS considéraient le sida comme une maladie grave.

Tableau VI : Répartition selon la définition du séropositif

Définition du séropositif	Effectif	Pourcentage
Quelqu'un qui a le virus du sida	68	68,0
Quelqu'un qui a le Sida	21	21,0
Reconnait par son aspect physique	11	11,0
Total	100	100,0

Près de 68% des PS définissait le sida comme : « Quelqu'un qui a le virus du sida », et 21% comme « Quelqu'un qui a le sida », contre 11% qui l'ont défini par sa reconnaissance par son aspect physique.

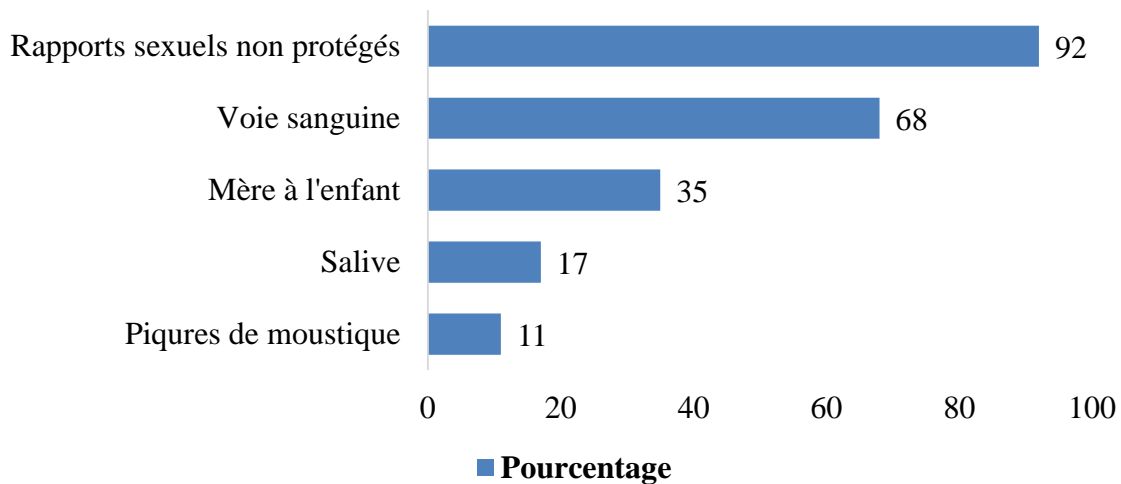


Figure 8 : Répartition selon la connaissance du mode de transmission du HIV/SIDA

Les rapports sexuels non protégés avec 92% des cas a été le mode de transmission du HIV/SIDA le plus cité par nos enquêtées suivi de la voie sanguine et la transmission mère à l'enfant avec respectivement 68% et 35%.

PREVALENCE DU VIH ET FACTEURS ASSOCIES CHEZ LES PROFESSIONNELLES DE SEXE SUR LE COMPLEXE MINIER LOULO/GOUNKOTO

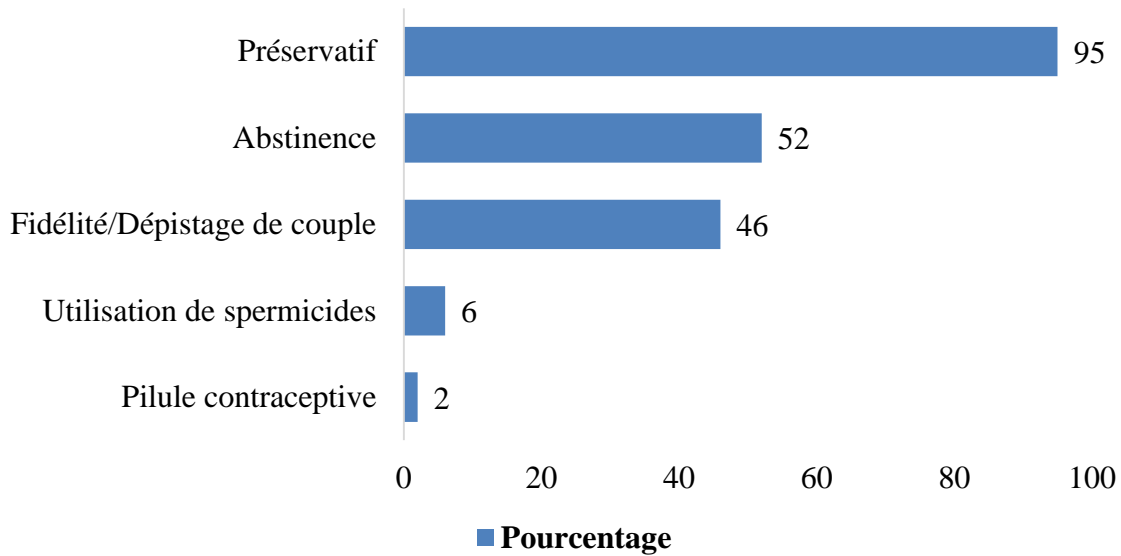


Figure 9 : Répartition selon les moyens de prévention du HIV/SIDA

Le préservatif a été le principal moyen de prévention du sida cité par nos PS avec 95% des cas, suivi de l'abstinence et la fidélité/Dépistage de couple avec respectivement 52% et 46%

4. Attitudes

4.1 Attitude des PS face à un dépistage positif

Par une série de questions, l'étude a voulu déterminer le pourcentage des professionnelles de sexe, selon leur attitude vis-à-vis des Personnes vivant avec le VIH (PVVIH).

Tableau VII : Répartition selon leur réaction si elles sont déclarées séropositives

Réaction si déclaré séropositif	Effectif	Pourcentage
Se soigner à l'hôpital	92	92,0
Consulter un féticheur	3	3,0
Ne sait pas	4	4,0
Suicide	1	1,0
Total	100	100,0

La majorité de nos PS soit (92%) ont dit qu'elles décideraient de se faire soigner à l'hôpital.

4.2 Attitude des répondants vis-à-vis des personnes vivant avec le VIH

Attitude des PS vis-à-vis d'un partenaire déclaré séropositif

Il a aussi été demandé aux PS qui ont fait partie de notre échantillon l'attitude qu'elles adopteraient face à l'un des partenaires dont on dirait qu'il est atteint du sida. Le tableau ci-dessous nous donne leur opinion.

Tableau VIII : Répartition selon leurs attitudes face à un partenaire déclaré séropositif

Attitude si votre partenaire est déclaré séropositif	Effectif	Pourcentage
Eviter autant que possible	77	77,0
Avoir les rapports protégés avec lui	22	22,0
Ne sait pas	1	1,0
Total	100	100,0

Ce tableau montre qu'un partenaire sexuel déclaré séropositif est victime de discrimination : 77% des PS l'éviteront autant que possible, néanmoins on a trouvé un pourcentage important des PS (22%) qui ont dit qu'elles utiliseraient un préservatif pour des rapports sexuels protégés avec un tel partenaire.

Tableau IX : Répartition selon l'attitude des PS selon leurs dispositions envers une personne vivant avec le VIH

Attitude des PS selon leurs dispositions envers une personne vivant avec le VIH	Effectif (n=100)	Pourcentage
Accepter de travailler/étudier avec un séropositif	61	61,0
Accepter de s'occuper d'un séropositif	54	54,0
Accepter de partager le repas avec un séropositif	49	49,0
Accepter de partager les toilettes avec un séropositif	35	35,0
Accepter de confier ses enfants à un séropositif	12	12,0

Pour la question de savoir quelle attitude vous prendriez devant une personne séropositive, la réaction est positive de façon générale avec une nuance, 54% acceptent de s'occuper d'elle. Il s'observe que 51% affirment décider de ne pas partager avec lui un même repas et 88% ne pas lui confier ses enfants.

4. Pratiques

4.1 Comportements sexuels à risque

L'enquête voulait aussi vérifier certains comportements à risque auprès des personnes interrogées. Il s'agit notamment de certaines pratiques sexuelles qui pourraient facilement favoriser la transmission du VIH d'une personne infectée à une autre déjà infectée ou non. C'est le cas de la fellation, de la sodomie, de la scarification et les tatouages. Le tableau ci-dessous décrit les résultats issus des réponses aux questions relatives à ces pratiques.

Tableau X : Répartition selon la pratique aux tatouages/Scarifications/ Piercings

Tatouages/Scarification/Piercing	Effectif	Pourcentage
Oui	35	35,0
Non	65	65,0
Total	100	100,0

Les PS ont déclaré à 35% avoir des tatouage et piercing.

5.2 Age au premier rapport sexuel payant

Tableau XI : Répartition selon l'âge du 1^{er} rapport sexuel payant

Age du 1^{er} rapport sexuel payant en année	Effectif	Pourcentage
Moins de 20	11	11,0
[20 - 25[72	72,0
25 et plus	17	17,0
Total	100	100,0

Âge : min = 18 ans ; max = 29 ans ; moy = 22,19 ± 2,477 ans

Pour 72% de nos professionnelles de sexe l'âge du 1^{er} rapport sexuel payant se situait entre 20 et 25 ans.

4.3. Nombre de partenaires sexuels par jour

Tableau XII : Répartition selon le nombre de partenaire par jour.

Nombre de partenaire par jour	Effectif	Pourcentage
Moins de 4	21	21,0
4 – 6	7	7,0
7 – 10	18	18,0
Plus de 10	54	54,0
Total	100	100,0

Il ressort de ce tableau que des enquêtées répondant à la question sur le nombre des partenaires sexuels par jour de travail, 21% ont eu des rapports sexuels avec moins de 4 partenaires sexuel, 18% ont connu entre 7 à 10 partenaires sexuels et celles ayant eu des rapports sexuels avec plus de 10 partenaires sexuels sont de 54%.

4.4. Utilisation du préservatif lors des rapports sexuels

Il fallait préciser le taux d'utilisation du préservatif en demandant aux PS si elles utilisaient le préservatif à chacun de leurs rapports sexuels.

Tableau XIII : Répartition selon la fréquence d'utilisation de préservatifs

Fréquence d'utilisation de préservatifs	Effectif	Pourcentage
Souvent	8	8,0
Toujours	92	92,0
Total	100	100,0

Comme le montre ce tableau, la proportion des PS utilisant toujours le préservatif à chacun des rapports sexuels est de 92% femmes contre 8% d'utilisation temporaire.

Tableau XIV : Répartition selon les obstacles à l'utilisation du préservatif

Obstacles à l'utilisation du préservatif	Effectif	Pourcentage
Diminution de la sensation	11	11,0
Aucun	89	89,0
Total	100	100,0

La majeure partie de nos PS ont déclaré n'avoir aucun problème à l'utilisation permanente du préservatif soit 89%.

4.5. Dépistage du VIH

Il fallait aussi déterminer le pourcentage des répondants ayant passé un test de dépistage volontaire pour le VIH. Le tableau ci-dessous montre les résultats des réponses données à cette question.

Tableau XV : Répartition selon le dépistage.

Dépistage ces 3 derniers mois	Effectif	Pourcentage
Oui	68	68,0
Non	32	32,0
Total	100	100,0

Comme on peut le remarquer, 68% des enquêtées ont dit avoir fait un test de dépistage du VIH au cours du trimestre dernier.

5. Séroprévalence du VIH

5.1. Niveau de prévalence du VIH

Tableau XVI : Répartition selon le niveau de prévalence du VIH

Sérologie VIH	Effectif	Pourcentage
Positif	8	8,0
Négatif	92	92,0
Total	100	100,0

Les résultats indiquent que dans l'ensemble, pour 8% des PS enquêtées, la conclusion du test au VIH est positive.

5.2. Niveau de prévalence du VIH et certaines caractéristiques sociodémographiques

Tableau XVII : Répartition en fonction de la sérologie VIH et le site.

Site	Sérologie VIH		Total (%)
	Positif (%)	Négatif (%)	
Loulo	4 (7,4)	50 (92,5)	54 (54,0)
Goukoto	4 (8,7)	42 (91,3)	46 (46,0)
Total	8 (8,0)	92 (92,0)	100 (100,0)

Correction de Yates = 10^{-4} ; ddl = 1 ; **p = 1,000**.

Tableau XVIII : Répartition en fonction de la sérologie VIH et l'âge.

Tranche d'âge en année	Sérologie VIH		Total (%)
	Positif (%)	Négatif (%)	
Moins de 25	3 (6,3)	45 (93,8)	48 (48,0)
[25 - 30[4 (10,3)	35 (89,7)	39 (39,0)
30 et plus	1 (7,7)	12 (92,3)	13 (13,0)
Total	8 (8,0)	92 (92,0)	100 (100,0)

Test exact de Fisher = 0,665 ; ddl = 2 ; **p = 0,876**.

Tableau XIX : Répartition en fonction de la sérologie VIH et le niveau d'étude.

Niveau d'étude	Sérologie VIH		Total (%)
	Positif (%)	Négatif (%)	
Primaire	0 (0)	14 (100)	14 (14,0)
Secondaire	8 (9,6)	75 (90,4)	83 (83,0)
Universitaire	0 (0)	2 (100)	2 (2,0)
Aucun	0 (0)	1 (100)	1 (1,0)
Total	8 (8,0)	92 (92,0)	100 (100,0)

Test exact de Fisher = 2,271 ; ddl = 3 ; **p = 0,688**.

Les tableaux montrent une séroprévalence identique au niveau des deux sites soit respectivement 4%.

La répartition par groupe d'âges montre que parmi les PS séropositives, si une très faible proportion (1%), a plus de 30 ans, les PS âgées de 25-30 ans séropositives sont majoritaires (4%).

Par ailleurs, toutes nos PS infectées avaient un niveau d'étude secondaire.

5.3. Comportements sexuels et niveau de prévalence du VIH observé

Les principales variables retenues ici sont : l'âge au premier rapport sexuel payant, le nombre de clients de la PS par jour de travail, la pratique des tatouages et scarification, l'utilisation systématique du préservatif.

Tableau XX : Répartition en fonction de la sérologie VIH et du nombre de partenaire

Nombre de partenaire par jour	Sérologie VIH		Total (%)
	Positif (%)	Négatif (%)	
Moins de 4	2 (9,5)	19 (90,5)	21 (21,0)
4 – 6	0 (0)	7 (100)	7 (7,0)
7 – 10	0 (0)	18 (100)	18 (18,0)
Plus de 10	6 (11,1)	48 (88,9)	54 (54,0)
Total	8 (8,0)	92 (92,0)	100 (100,0)

Test exact de Fisher = 2,120 ; ddl = 3 ; **p = 0,575.**

Pas de différence significative.

Tableau XXI : Répartition en fonction de la sérologie VIH et l'âge au premier rapport sexuel payant

Age du 1 ^{er} rapport sexuel payant en année	Sérologie VIH		Total (%)
	Positif (%)	Négatif (%)	
Moins de 20	0 (0)	11 (100)	11 (11,0)
[20 - 25[5 (6,9)	67 (93,1)	72 (72,0)
25 et plus	3 (17,6)	14 (82,4)	17 (17,0)
Total	8 (8,0)	92 (92,0)	100 (100,0)

Test exact de Fisher = 2,587 ; ddl = 2 ; p = **0,260**.

Pas de différence significative.

Tableau XXII : Répartition en fonction de la sérologie VIH et l'utilisation du préservatif

Fréquence d'utilisation de préservatifs	Sérologie VIH		Total (%)
	Positif (%)	Négatif (%)	
Souvent	2 (25)	6 (75)	8 (8,0)
Toujours	6 (6,5)	86 (93,5)	92 (92,0)
Total	8 (8,0)	92 (92,0)	100 (100,0)

Test exact de Fisher = 2,396 ; ddl = 1 ; p = **0,123**.

Pas de différence significative.

Tableau XXIII : Répartition en fonction de la sérologie VIH et la pratique des tatouages

Tatouages/Scarification/Piercing	Sérologie VIH		Total (%)
	Positif (%)	Négatif (%)	
Oui	2 (5,7)	33 (94,3)	35 (35,0)
Non	6 (9,2)	59 (90,8)	65 (65,0)
Total	8 (8,0)	92 (92,0)	100 (100,0)

Test exact de Fisher = 0,402 ; ddl = 1 ; **p = 0,709**.

Pas de différence significative.

La prévalence du VIH est plus élevée chez les PS ayant plus de 10 clients par jour (11%) que chez les PS ayant moins de 4 clients par jour (9.5%). Les PS ayant utilisé le préservatif à chaque rapport sexuel apparaissent moins infectées (93,5%) comparativement à celles qui l'utilisent souvent (8%).

La présence du VIH était moins observée chez les PS qui s'étaient tatouées (5.7%).



**COMMENTAIRES
& DISCUSSION**

V. COMMENTAIRES ET DISCUSSION

A travers une batterie de questions, nous avons cerné le niveau de connaissance des PS sur les principaux modes de transmission et de prévention du VIH/sida.

Il ne suffit pas de connaître le VIH, le sida pour que l'on puisse donner une riposte efficace contre ce problème. Les attitudes qu'on a envers cette pandémie conditionnent également une bonne intervention. C'est notamment l'attitude des répondantes vis-à-vis des personnes vivant avec le VIH et des attitudes négatives par rapport au VIH, au sida et aux IST.

Des études antérieures ont relevé une inadéquation entre connaissances élevées du VIH, du sida et des IST avec un comportement sexuel non sécurisé. Cette enquête a cherché les pratiques des enquêtées par rapport à ce problème, notamment certains comportements sexuels à haut risque de transmission du VIH, l'utilisation du préservatif et d'autres moyens de protection. Par ailleurs, l'enquête a cherché à connaître le comportement des PS par rapport au test du dépistage du VIH/sida mais aussi des pratiques telles que l'utilisation du préservatif.

1. Caractéristiques sociodémographiques

Un fait important de cette étude est l'origine des PS, l'ensemble de nos enquêtées sont toutes de nationalité nigériane. Ceci pourrait s'expliquer leur relative disposition à répondre à nos questions pour lesquelles la sexualité n'est pas un tabou et s'ajoute à ce contexte le désir de migrer vers d'autres lieux qui semblent promettre de meilleures conditions, un mode de vie plus attrayant (36).

Ces faits révèlent ce qu'on observe dans les pays d'Afrique de l'ouest où les PS affichées, n'ont pas souvent la nationalité du pays d'exercice de la prostitution (54).

Ce qui est frappant au cours de notre étude, c'est la jeunesse des PS. D'autres études similaires (52,54) ont retrouvé données comparables. Mais ces résultats doivent être nuancés par la relative jeunesse de la population nigériane (53).

Nous avons trouvé une faible proportion de PS étant mariée contrairement à d'autres études qui indiquent des proportions relativement plus élevées (54). Il faut noter tout de même une forte proportion de PS (plus de la moitié) qui se prostituent tout en vivant avec un partenaire sexuel, entretenant ainsi un risque potentiel d'infection du fait de la faible utilisation du condom lors des rapports à caractère sentimental.

La grande majorité des PS avaient un niveau au moins secondaire, ce qu'on retrouve dans d'autres études (52,54). L'explication plausible serait que faute de moyens financiers pour poursuivre des études et éventuellement accéder au marché de l'emploi, la prostitution reste la seule voie pour survivre et payer ses études. La misère sociale, la pauvreté constituent comme ailleurs le terreau de la prostitution.

Les PS interviewées avaient en moyenne 22 ans à leur première expérience sexuelle payante. Cela faisait en moyenne deux ans que ces PS exerçaient leurs métiers, durée comparable à celle rapportée par d'autres études de surveillance de seconde génération (54).

2. Les connaissances

Les PS sont bien sensibilisées sur le VIH/Sida soit 98% qui la connaisse et la considère comme une maladie grave.

Le niveau de connaissance des PS est relativement bon quant aux modes de transmission et aux moyens de prévention. On note tout de même des connaissances erronées et de fausses croyances sur les IST/VIH/SIDA chez un certain nombre de PS. Même si la plupart des PS savent que le VIH/SIDA se transmet par relations sexuelles, plusieurs croient encore que le VIH peut être transmis en se faisant piquer par un moustique soit 11%, en embrassant une personne atteinte de sida à travers sa salive soit 17% ; et qu'on peut prévenir le VIH/Sida en utilisant les spermicides et les pilules contraceptives avec

respectivement 6% et 2%. D'autres études ont montré des données comparables (72).

Par contre une proportion non négligeable a une mauvaise connaissance quant aux buts du traitement ARV qui est de pouvoir guérir complètement le Sida avec 13%.

3. Les attitudes

Cette étude fait ressortir certaines attitudes négatives et même dangereuses pouvant conduire au suicide (1%).

Les PS ont montré des attitudes de dédain envers une personne séropositive, même proche comme un partenaire sexuel ou un proche parent notamment en disant qu'elles éviteraient une telle personne (77%) ou refuserait de manger (51%), partager les toilettes (65%), et s'occuper d'une personne séropositive (46%). Ce qu'on retrouve dans cette étude (73).

Seulement 22% de nos enquêtées ont dit qu'elles continueraient à avoir des relations sexuelles protégées avec leurs partenaires sexuels qui seraient déclarés séropositifs. Il va sans dire qu'une telle attitude pourrait être un frein pour le dépistage et la prise en charge car les personnes soupçonnées ou avérées séropositives éviteraient de s'annoncer publiquement par peur du comportement discriminatoire de la population.

Certaines attitudes des PS ont montré combien elles sont encore hostiles au VIH et au PVVIH. C'est le cas des personnes qui ont décrit avoir l'envie de se suicider en apprenant qu'elles sont porteuses du VIH et le fait, notamment chez les professionnelles de sexe de ne se confier à personne pour divulguer leur statut sérologique.

4. Les pratiques

Après la mobilité des PS entre les deux sites ; d'autres comportements peu sécuritaires ont été identifiés au cours de l'étude. Une PS sur trois a eu des rapports sexuels sous l'influence d'alcool et dans une proportion moindre sous l'influence de drogues.

Notre étude révèle un nombre de clients par jour élevé (plus de 10) pour la majorité des PS soit 54%, une utilisation du condom presque totale à 92%. Cela pourrait s'expliquer par la présence d'un programme de lutte intégré contre le VIH installé par le complexe minier lui-même et quelques ONG œuvrant dans ce domaine. Nos résultats sont concordants avec d'autres études réalisées en Afrique (49,59) qui ont montré une augmentation effective de l'utilisation du condom chez les PS suite à des campagnes de sensibilisation.

Les PS semblent moins enclins à exiger le condom dans ces rapports à caractère sentimental. Cette attitude pourrait favoriser la transmission du VIH et des IST dans la population générale. La faible utilisation du condom avec les partenaires réguliers a aussi été observée dans d'autres études (54-61). L'utilisation du condom reste la seule arme efficace contre les IST/VIH/SIDA. Des études ont montré que l'utilisation effective du condom entraîne une baisse significative de la prévalence du VIH (62-65).

Cependant la fréquence du port de condom rapportée par les PS doit être nuancée car elle pourrait avoir été surestimée, de même que les réponses à certaines questions relatives aux comportements sexuels (rapports oraux, nombre de partenaires) peuvent avoir été sous-estimé, ce qui aurait pour effet d'introduire des biais d'information et des biais au niveau des mesures d'association. Cette situation a été rapportée dans des études sur les PS, ces dernières avaient tendance à surestimer leurs réponses par rapport au port du condom (66,67).

Vu le contexte sur le complexe où les PS pourraient être influencées par la volonté et le « pouvoir » de leurs clients, les comportements sexuels non sécuritaires

(entre autres la non-utilisation du condom lors de la relation sexuelle) pourraient être expliqués par plusieurs théories psycho-comportementales (68-70) dont le but est de comprendre l'individu et d'expliquer ce qui influence ses comportements. Ces théories incluent les notions de croyances, de retombées, de motivation et de pouvoir perçu face au comportement. Elles tiennent compte des relations entre les attitudes, les normes subjectives, les perceptions de contrôle et l'intention d'adopter un comportement donné. Ces théories peuvent donner des cadres aux interventions développées pour diminuer le risque d'infection du VIH chez ces groupes à haut risque.

La vulnérabilité des PS est une conséquence des rapports d'iniquité toujours présents entre les hommes et les femmes (74). Le faible pouvoir de négociation des femmes surtout peu scolarisées pour avoir un rapport sexuel protégé pourrait être un facteur de risque de transmission des IST/VIH/SIDA autant chez les femmes de la population générale que pour les PS avec leurs clients. Les femmes se soumettent aux désirs de l'homme et sont victimes de violence sexuelle et la crainte de perdre un client pourraient intervenir dans leur décision de se protéger ou pas.

On peut cependant déplorer que 32% des PS n'ont pas fait de dépistage au cours du trimestre dernier et ne connaissent donc pas leur statut et entretiennent ainsi un risque potentiel d'infection en n'ayant pas des comportements sécuritaires ; et ce malgré l'implantation d'un CDV par le complexe et ses campagnes de sensibilisation pour emmener les PS à prendre conscience de la nécessité de connaître leurs statuts pour leur propre intérêt et celui de leurs partenaires.

Notre étude indique aussi que près de la moitié des PS avaient des antécédents d'IST, ce qui augmentait le risque pour elles d'être infectées par le VIH en ayant des rapports non protégés. Bien que notre étude n'ait pas trouvé d'association entre l'infection à VIH et la présence d'IST, il est démontré que le risque d'infection est plus élevé en présence d'IST (43-50).

5. Prévalence du VIH

Dans notre enquête nous avons obtenu des taux de prévalence élevées pour le VIH, soit environ cinq fois plus élevée que dans la population générale, ce qui confirme les prévalences élevées et les risques chez ce sous-groupe décrit par plusieurs auteurs (37-42, 48,51). Les prévalences observées sont identiques d'un site à un autre.

Le faible niveau de scolarité semble être un facteur de risque, les PS peu ou pas scolarisées étaient plus à risque que les PS de niveau scolaire secondaire/supérieure, cela pourrait s'expliquer par l'accès limité des PS peu scolarisées à l'information et à l'éducation sur le VIH/SIDA. Cette étude a montré que le niveau d'instruction était associé à certains comportements sexuels notamment le port du condom (71).

Le nombre de clients supérieur à dix : En effet les PS ayant eu plus de dix partenaires au cours de la dernière semaine ayant précédé l'enquête apparaissent plus infectées que les autres. Il est tout à fait démontré que le multi partenariat sexuel augmente le risque d'infection par le VIH. D'autres auteurs (40) ont aussi trouvé une association entre le nombre de clients et le VIH.



CONCLUSION & RECOMMENDATIONS

VI. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Conclusion

Au terme de cette étude, on peut conclure que les enquêtées ont presque toutes déjà entendu parler du SIDA. Le sida a été bien défini par les répondantes comme une maladie grave et comme une infection sexuellement transmissible, même si certaines fausses perceptions persistent encore, notamment qu'il peut se transmettre par une piqûre de moustique, par le fait de partager le même repas avec une personne infectée, en partageant les toilettes avec une PVVIH, ou en dormant dans un même lit avec une personne vivant avec le sida. Quant à ce qui concerne les voies de transmission du VIH citées, les répondantes ont globalement reconnu qu'on peut attraper le VIH par les rapports sexuels non protégés avec une personne infectée et à travers le sang d'une personne infectée. Une bonne proportion des PS estime que la personne vivant avec le VIH peut guérir et pense que cela est possible en prenant des antirétroviraux.

Parmi les moyens de prévention cités par les répondants, la fidélité et l'abstinence occupent une faible place. Certains répondants pratiquent des comportements à haut risque de transmission du VIH et des IST : l'utilisation inconstante du préservatif.

Bref, au regard des résultats de cette étude, on constate que les PS ont encore une connaissance partielle du VIH, du sida. Elles ont, par ailleurs, certaines attitudes de stigmatisation vis-à-vis de l'infection, des personnes infectées et de soi-même au cas où on apprenait qu'on était infecté. D'autre part, la plupart des répondantes n'ont pas encore intégré dans leur mode de vie les bonnes pratiques en rapport avec le VIH, notamment l'utilisation du préservatif, l'abstinence et la fidélité. Certains d'entre elles ont déploré la faible disponibilité des préservatifs pour des utilisateurs potentiels, spécialement le préservatif féminin.

Recommandations

Les résultats présentés dans ce rapport suggèrent d'entreprendre ou de mieux orienter un certain nombre d'actions afin de contribuer à accentuer le changement de comportement déjà en cours au niveau des populations cibles et de continuer à infléchir à la baisse les niveaux de prévalence du VIH observés.

1. En matière de communication pour le changement de comportement

- Identifier et détruire les fausses rumeurs sur l'existence et les modes de transmission du sida.
- Personnaliser les messages délivrés aux PS en se servant de témoignages ou de faits vécus par elles-mêmes et/ou par d'autres groupes de populations, susceptibles d'augmenter leur peur du sida.
- Insister sur le fait que chaque personne est un séropositif potentiel et qu'un seul rapport sexuel non protégé suffit pour être infecté par le VIH.
- Renforcer l'acceptabilité du condom masculin et féminin en insistant sur leurs attributs, notamment en ce qu'ils donnent aux PS la possibilité de mieux se protéger du sida en négociant plus facilement des rapports sexuels sains et à moindre risque.
- Renforcer les capacités de négociation du port du préservatif chez les PS.
- Insister sur la nécessité de l'utilisation unique du condom masculin et féminin.
- Continuer par former les PS à l'utilisation correcte du condom féminin.
- Continuer à sensibiliser les PS pour pérenniser les acquis des ONG locales travaillant avec la cible.
- Remobiliser ou recadrer les activités des ONG travaillant dans la population cible des PS

- Rendre plus régulières les activités de communication sur les IST/VIH/sida dans les lieux de grandes affluences (Gares routières, Terrain de jeux des activités sportives, Marché, Ecoles, Université, Ateliers etc. ...)
- Inciter encore plus les clients à faire leur test de dépistage et à obtenir leur résultat.

2. En matière de distribution des condoms

- Rendre financièrement accessible le condom féminin aux PS.
- Insister sur la nécessité pour les PS de s'approvisionner en condoms auprès de leurs pairs éducateurs ou aux points de vente.

3. En matière de suivi – supervision

- Mettre au point un système interne de suivi mensuel sur les sites d'intervention pour s'assurer de l'exécution correcte des tâches des pairs éducateurs : transmission des messages clés et approvisionnement en condoms.
- Développer une collaboration plus étroite avec d'autres acteurs sociaux ou ONG résidant dans les différentes localités des PS.

4. En matière de programme

- Envisager la mise en œuvre de programmes de prévention des IST/VIH/sida ciblant :
 - les professionnelles de sexe
 - les clients des PS
- Associer encore plus étroitement les gérants des bars de grande animation qui résident dans le micro - environnement des PS aux activités d'information et d'éducation et de sensibilisation à l'endroit des PS et leurs clients.
- Continuer de prendre en charge médicalement les maladies opportunistes dans les centres de santé.



REFERENCES

VII. REFERENCES

1. **OMS.VIH/SIDA.** <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs360/fr/>
2. **ONUSIDA.** Rapport Mondial sur l'épidémie mondiale de SIDA [Internet]. 2013 p. 274. Disponible sur: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS_Global_Report_2013_fr_1.pdf
3. **Comité SDLCLS, Ministère de la Santé.** Politique et protocoles de prise en charge antirétrovirale du VIH/SIDA [Internet]. MALI ; 2008 p. 73. Disponible sur : <http://www.dhsprogram.com/pubs/pdf/FR286/FR286.pdf>
4. **Mukandavire Z, Garira W.** Effects of public health educational campaigns and the role of sex workers on the spread of HIV/AIDS among heterosexuals. *Theor Popul Biol* 2007, 72:346-365.
5. **Aral SO, Padian NS, Holmes KK.** Advances in multilevel approaches to understanding the epidemiology and prevention of sexually transmitted infections and HIV: an overview. *J Infect Dis* 2005, 191 (Suppl 1):S1-6.
6. **Hsieh YH, Cooke K.** Behaviour change and treatment of core groups: its effect on the spread of HIV/AIDS. *IMA J Math Appl Med Biol* 2000, 17:213-241.
7. **Boily MC, Lowndes CM, Alary M.** The impact of HIV epidemic phases on the effectiveness of core group interventions: insights from mathematical models. *Sex Transm Infect* 2002, 78 (SupplI):78-90.
8. **Asamoah-Adu C, Khonde N, Avorkliah M, Bekoe V, Alary M, Mondor M, Frost E, Deceuninck G, Asamoah-Adu A, Pepin J.** HIV infection among sex workers in Accra: need to target new recruits entering the trade. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2001, 28:358-366.
9. **Moses S, Plummer FA, Ngugi EN, Nagelkerke NJ, Anzala AO, Ndinya-Achola JO.** Controlling HIV in Africa: effectiveness and cost of an intervention in a high-frequency STD transmitter core group. *AIDS* 1991, 5:407-411.
10. **Chersich MF, Luchters SM, Malonza IM, Mwarogo P, King'ola N, Temmerman M.** Heavy episodic drinking among Kenyan female sex workers is associated with unsafe sex, sexual violence and sexually transmitted infections. *Int J STD AIDS* 2007, 18:764-769.
11. **Godin G, Tinka Bah A, Sow A, Minani I, Morin D, Alary M.** Correlates of condom use among sex workers and their boyfriends in three West African countries. *AIDS Behav* 2008, 12:441-451.

12. **Ntumbanzondo M, Dubrow R, Nicolai LM, Mwandagalirwa K, Merson MH.** Unprotected intercourse for extra money among commercial sex workers in Kinshasa, Democratic Republic of Congo. *AIDS Care* 2006, 18:777-785.
13. **Voeten HA, Egesah OB, Ondiege MY, Varkevisser CM, Habbema JD.** Clients of female sex workers in Nyanza province, Kenya: a core group in STD/HIV transmission. *Sex Transm Dis* 2002, 29:444-452.
14. **Prybylski D, Alto WA.** Knowledge, attitudes and practices concerning HIV/AIDS among sex workers in Phnom Penh, Cambodia. *AIDS Care* 1999, 11:459-472.
15. **Lowndes CM, Alary M, Gnintoungbe CA, Bedard E, Mukenge L, Geraldo N et al.** Management of sexually transmitted diseases and HIV prevention in men at high risk: targeting clients and non-paying sexual partners of female sex workers in Benin. *AIDS* 2000, 14:2523-2534.
16. **Lowndes CM, Alary M, Belleau M, Bosu W, Kintin DF, Nnorom JA et al.** Synthèse de la réponse et épidémiologie du VIH/sida en Afrique de l'ouest. Caractérisation de l'épidémie de VIH et de la réponse pour contrer cette infection en Afrique de l'ouest : implications pour la prévention. Banque Mondiale. Washington, DC 20433. 2008.
17. **CDC.** Pneumocystis pneumonia—Los Angeles. *Morb Mortal Wkly Rep* 1981;30:1-3.
18. **Anglaret X, Mortier E.** Maladies infectieuses. 3^{ème} édition. Paris: ESTEM, MED-LINE, 2002:85.
19. **Barré-Sinoussi F, Chermann JC, Rey F, Nugeyre MT, Chamaret S, Gruest J et al.** Isolation of a T-lymphotropic retrovirus from a patient at risk for acquired immune deficiency syndrome (AIDS). *Science* 1983;220:868-71.
20. **Oleske J, Minnefor A, Cooper Jr R, Thomas K, Dela Cruz A, Ahdieh H, Guerrero I, Joshi VV, Desposito F.** Immune deficiency syndrome in children. *JAMA* 1983;249:2345-9.
21. **Rubinstein A, Sicklick M, Gupta A, Bernstein L, Klein N, Rubinstein E et al.** Acquired immune deficiency with reversed T4/T8 ratios in infants born to promiscuous and drug-addicted mothers. *JAMA* 1983;249:2350-6.
22. **Université Catholique de Louvain.SIDA.** Initiation à la virologie. <https://www.virologie-uclouvain.be/fr/chapitres/exemples-choisis/sida>
23. **ONUSIDA** : GUIDE NATIONAL SUR LE DIAGNOSTIC BIOLOGIQUE DE L'INFECTION A VIH/ sida 2013
24. **Mouffok.N-** VIH/ SIDA cours nov 2013
25. **UNAIDS** Country factsheets MOROCCO HIV and AIDS Estimates| 2016

26. **L'infection à VIH** : aspects virologiques module "santé et environnement/ maladies transmissibles "http:// www.microbe - edu.com/etudiant/ vih.html
27. **Roqueberta, f. Damonda, f. Brun- vézinet a nd d.** HIV GENETIC DIVERSITY AND ITS CONSEQUENCES : Descamps, laboratoire de virologie, hôpital Bichat Claude- Bernard, 46, 3 Juin 2008.
28. **Dr Diane Descamps Infection VIH** : physiopathologie de l'infection par le VIH. Aspects virologiques, les différents VIH, les tests virologiques. Laboratoire de virologie, hôpital Bichat Claude Bernard, université paris 7, 2006.
29. **H. Agut** ; Les réservoirs cellulaires du vih : mythe ou réalité, Virologie.Volume4, numéro3, mai –juin 2000, éditorial
30. **ONUSIDA/ OMS. STATISTIQUES MONDIALES SUR LE VIH, J U I L L E T 2 0 1 7**
31. **Dr. CHOUIKHA Anissa MA** Universitaire à l'Institut Pasteur de Tunis Laboratoire de Virologie Clinique. Infection à VIH : aspects virologiques et histoire naturelle
32. **Penny Lewthwaite, Ed Wilkins.** Natural history of HIV/ AIDS
33. **Mandelbrot L.** Infection par le virus de l'immunodéficience acquise et grossesse. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Gynécologie/Obstétrique, 5- 039- D- 40, 2011.
34. **Jackson JB, Musoke P, Fleming T et al.** Intrapartum and neonatal single- dose nevirapine compared with zidovudine for prevention of mother- to- child transmission of HIV- 1 inKampala, Uganda: 18- month follow- up of the HIVNET012 randomised trial.
35. **Jean Beytout, Jean Delmont, Bruno Marchou Eric Pichard** :Infection par le VIH et SIDA.Malin Trop : 2002 ; p 455
36. **Amy O'NEIL RICHARD.** International Trafficking in Women to the United States : a contemporary manifestation of slavery and organized crime, s.l., Center for study Intelligence, 2000, p. 1.
37. **Alary M, Mukenge-Tshibaka L, Bernier F, et al.** Décline in the prevalence of HIV and sexually transmitted diseases among female sex workers in Cotonou, Bénin, 1993- 1999. AIDS 2002; 16:463-70.
38. **Morison L, Weiss HA, Buve A, et al.** Commercial sex and the spread of HIV in four cities in sub-Saharan Africa. AIDS 2001; 15:S61-9.
39. **Asamoah-Adu C, Khonde N, Avorkliah M, et al.** HIV infection among sex workers in Accra: need to target new recruits entering the trade. J Acquir Immune Defic Syndr 2001; 28:358-66.

40. **Aklilu M, Messele T, Tsegaye A, et al.** Factors associated with HIV-1 infection among sex workers of Addis Ababa, Ethiopia. *AIDS* 2001; 15:87-96.
41. **Mamadou S, Laouel Kader A, Rabiou S, et al.** Prevalence of the HIV infection and five other sexually-transmitted infections among sex workers in Niamey, Niger. *Bull Soc Pathol Exot* 2006; 99:19-22.
42. **Tohon Z, Garba A, Amadou Hamidou A, et al.** Behaviour and HIV seroprevalence investigation in sex workers of Dirkou, Niger, 2002. *Bull Soc Pathol Exot* 2006; 99:49-51.
43. **Fleming DT, Wasserheit JN.** From epidemiological synergy to public health policy and practice: the contribution of other sexually transmitted diseases to sexual transmission of HIV infection. *Sex Transm Infect* 1999; 75:3-17.
44. **Laga M, Diallo MO, Buvé A.** Inter-relationship of sexually transmitted diseases and HIV :where are we now ? *AIDS* 1994; 8:S119-124
45. **Alary M, Laga M, Vuylsteke B, Nzila N, Piot P.** Signs and symptoms of prévalent and incident cases of gonorrhoea and génital chlamydial infection among female prostitutes in Kinshasa, Zaire. *Clin Infect Dis* 1996; 22:477-84.
46. **Laga M Alary M, Manoka A, et al.** Non-ulcerative sexually transmitted diseases as risk factors for HIV-1 transmission in women: Results from a cohort study :*AIDS* 1993; 7:95-102.
47. **Pepin J, Plummer FA, Brunham RC, Piot P, Cameron DW, Ronald AR.** The interaction of HIV infection and other sexually transmitted diseases: an opportunity for intervention. *AIDS* 1989;3:3-9.
48. **Plummer FA, Nagelkerke NJ, Moses S, Ndinya-Achola JO, Bwayo J, Ngugi E.** The importance of core groups in the epidemiology and control of HIV-1 infection. *AIDS* 1991 ; 5:S169-76.
49. **Laga M, Alary M, Nzila N, et al** Condom promotion, sexually transmitted diseases treatment, and declining incidence of HIV1 in female Zairian sex workers. *Lancet* 1994; 344:246-8.
50. **Kapiga SH, Sam NE, Shao JF, et al.** Flerpes simplex virus type 2 infection among bar and hôtel workers in northern Tanzania: prevalence and risk factors. *Sex Transm Dis* 2003; 30:187-92.
51. **Lowndes CM, Alary M, Meda H, et al.** Rôle of core and bridging groups in the transmission dynamics of HIV and STIs in Cotonou, Benin, West Africa. *Sex Transm Infect* 2002; 78 (Suppl I):i69-77.

52. **Projet d'appui à la lutte contre les IST/VIH/SIDA en Haïti (PALIH)**. Résultats de la première enquête de surveillance de seconde génération chez les travailleuses du sexe de St Marc, Artibonite-Haïti. Février 2005.
53. **Centre de coopération internationale en santé et développement-Centre canadien d'études et de coopération internationale**. Plan de mise en oeuvre du « Projet d'appui à la lutte contre les IST/VIH-SIDA en Haïti ». Décembre 2002.
54. **Projet d'appui à la lutte contre le SIDA en Afrique de l'ouest/SIDA 3** : Rapport régional de surveillance de seconde génération : 2 ème mesure 2005-2006. Décembre 2006.
55. **Brewer TH, Hasbun J, Ryan CA, et al**. Migration, ethnicity and environment: HIV risk factors for women on the sugar cane plantations of the Dominican Republic. *AIDS* 1998; 14:1879-87.
56. **Decosas J, Kane F, Anarfi JK, Sodji KD, Wagner HU**. Migration and AIDS. *Lancet* 1995; 346:826-8.
57. **Kane F, Alary M, Ndoye I, et al**. Temporary expatriation is related to HIV-1 infection in rural Sénégal. *AIDS* 1993; 7:1261-5.
58. **Ford N.I, Kittisuksathit S**. Sexual hazards for migrant workers. *World Health Forum* 1996;17:283-5.
59. **Asomoah-Adu A, Weir S, Pappoe M, et al**. Evaluation of targeted AIDS prévention intervention to increase condom use among prostitutes in Ghana. *AIDS* 1994; 8:239-46.
60. **Hooykaas C, Van-der-pligt J, Van-Doornum GJ, et al**. Heterosexuals at risk for HIV differences between private and commercial partners in sexual behavior and condom use. *AIDS* 1989; 3:525-32.
61. **Darrow WW**. Condom use and use-effectiveness in high-risk populations. *Sex Transm Dis* 1989; 16:157-60.
62. **Kamali A, Quigley M, Nakiyingi J, Kinsman J, Kengeya-Kayondo J, Gopal R, et al**. Syndromic management of sexually-transmitted infections and behaviour change interventions on transmission of HIV-1 in rural Uganda: a community randomised trial. *Lancet* 2003; 361:645-52.
63. **Kapiga SU, Lwihula GK, Shao JF, Hunter DJ**. Predictors of AIDS knowledge, condom use and high-risk sexual behaviour among women in Dar-es-Salaam, Tanzania. *Int J STD AIDS* 1995;6:175-83.
64. **Ngugi EN, Plummer FA, Simonsen JN, et al**. Prévention of transmission of human immunodeficiency virus in Africa: effectiveness of condom promotion and health éducation among prostitutes. *Lancet* 1988; 2:887-90.

65. **Vuylsteke BL, Ghys PD, Traore M, et al.** HIV prevalence and risk behavior among clients of female sex workers in Abidjan, Cote d'Ivoire. *AIDS* 2003; 17:1691-4.
66. **Labbé AC, Geraldo N, Meda H, et al.** Condom use in cotonou and Porto Novo:Flow différent are self-reports by sexual workers and their clients? 15th biennial congress of the international society for sexually transmitted diseases research (ISSTD),Ottawa July 27-30, 2003.
67. **Wilson D, Chiroro P, Lavelle S, Mutero C.** Sex worker, client sex behaviour and condom use in Harare, Zimbabwe. *AIDS Care* 1989; 1:269-89.
68. **Rimer BK.** Models of individual health behavior. In: Glanz K, Lewis FM, Rimer BK (Eds.). *Health behavior and health education:Theory, research and practice.*San Francisco, Ca: Jossey-Bass. 1997. p.37-40
69. **Montano DE, Kasprzyk D, Taplin SH.** The theory of reasoned action and the theory of planned behavior. In: Glanz K, Lewis FM, Rimer BK (Eds.). *Health behavior and health education:Theory, research and practice.* San Francisco, Ca: Jossey-Bass,1997. p. 85-112.
70. **Terry DJ, Gallois C, McCamish M.** The theory of reasoned action: its application to AIDS-preventive behaviour. Pergamon Press, 1993. 326p.
71. **Lagarde E, Carael M, Glynn JR, et al.**Educational level is associated with condom use within non-spousal partnerships in four cities of sub-saharian Africa. *AIDS* 2001; 15:1399-408
72. **PNMLS,** Rapport d'activités sur la riposte au VIH/sida en RDC 2012, Programme National de Lutte contre le sida, 2012, p.24.
73. **Ministère de la Santé Publique,** Enquête socio comportementale sur l'infection par le VIH/sida au Burundi, Rapport de recherche final, Centre de Formation et de Recherche en Médecine et Maladies Infectieuses (CEFORMI), Bujumbura, 2001.
74. **Holschneider SO, Alexander CS.** Social and psychological influences on HIV préventive behaviors of youth in Haiti. *J Adolesc Health* 2003; 33:31-40.



ANNEXES

ANNEXES

STRUCTURE: DATE :

QUESTIONNAIRE

I- Identité

- 1- Age
- 2- Sexe M F
- 3- Statut matrimonial : Célibataire Marié(e) Divorcé(e) Veuf (ve)
- 4- Niveau d'Etude :
- 5- Profession :

II- Connaissances : (plusieurs réponses possibles)

- 6- Un séropositif
 C'est quelqu'un qui a le SIDA
 C'est quelqu'un qui a le Virus du SIDA dans son corps
 Se reconnaît par son aspect physique
- 7- Le VIH se transmet par :
 Les rapports sexuels non protégés
 La voie sanguine
 Les piqûres de moustique
 La Salive
 De la mère à l'enfant
- 8- Quels sont les moyens de prévention du VIH :
 L'abstinence
 L'utilisation de spermicides
 La fidélité et dépistage de couple
 La pilule contraceptive
 Le préservatif
- 9- Le traitement antirétroviral ARV :
 Permet de prévenir les infections opportunistes
 Permet de rallonger la durée de vie du patient
 Permet de guérir le patient séropositif

II- Pratiques

- 10- Avez-vous eu des rapports sexuels avec un partenaire autre que votre partenaire habituel lors des 6 derniers mois ? Oui Non
- 11- Avez-vous utilisé un préservatif pendant ces rapports ?
 Jamais Souvent Toujours
- 12- Selon vous quels sont les obstacles à l'utilisation du préservatif ?
 Aucun
 Diminue la sensation
 Coûte cher
 Honte à l'achat Autres à préciser

PREVALENCE DU VIH ET FACTEURS ASSOCIES CHEZ LES PROFESSIONNELLES DE SEXE SUR LE COMPLEXE MINIER LOULO/GOUNKOTO

13- Avez-vous fait soit des tatouages, soit des scarifications ou un piercing ces 12 derniers mois ? Oui Non

14- Pensez-vous que ces pratiques peuvent transmettre le VIH ? Oui Non

15- Avez-vous fait le dépistage pendant ces 3 derniers mois ? Oui Non

16- Connaissez – vous l'état sérologique de votre partenaire ? Oui Non

III- Attitudes:

17- Accepteriez-vous de partager des toilettes avec une personne vivant avec le VIH/SIDA Oui Non

18- Accepteriez-vous de partager le repas avec une personne vivant avec le VIH/SIDA Oui Non

19- Accepteriez-vous de vous occuper d'une personne vivant avec le VIH/SIDA Oui Non

20- Accepteriez-vous de confier vos enfants à une personne sachant qu'elle est séropositive? Oui Non

21- Accepteriez-vous de travailler ou étudier avec une personne séropositive ? Oui Non

22- Accepteriez-vous d'être averti de la séropositivité d'un collègue, même sans son consentement ? Oui Non

23- Savez-vous où peut-on prendre en charge une personne vivant avec le VIH ? Oui Non

Si oui, où ?.....

Merci de votre collaboration

Fiche signalétique

Nom : SOULEYMANE

Prénom : Mohamed Ali Ag

Nationalité : Malienne

Section : MEDECINE

Email : drmaas5991yahoo.com

Téléphone : 00-223-77-54-06-07

Secteur d'intérêt : Santé publique, Sérologie-immunologie, Maladies infectieuses, Epidémiologie,

Titre de thèse : Prévalence du VIH et facteurs associés chez les professionnelles de sexe sur le complexe minier Loulo/Gouankoto

Ville de soutenance : Bamako/Mali

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la faculté de Médecine et d'Odontostomatologie

Année : 2019-2020

Introduction :

En Afrique subsaharienne, les rapports sexuels non protégés sont responsables pour l'essentiel des transmissions du VIH. Les professionnelles de Sexe (PS) y constituent le groupe noyau («Core group») à haut risque le plus important.

Dans le cadre du projet d'appui à la lutte contre le VIH/SIDA en Mali visant les professionnelles du sexe (PS), notre étude avait pour but, de connaître la prévalence VIH, ainsi que les caractéristiques comportementales qui y sont associées.

Méthodes :

Etude descriptive transversale qui a concerné 100 PS, provenant des réseaux de prostitution formelle et informelle, âgée de 15 ans et plus sur le complexe minier LOULO/GOUNKOTO de la région de Kayes.

Résultats :

La prévalence globale du VIH était de 8% chez les PS, soit cinq fois plus élevée que dans la population générale. Les prévalences observées sur les différents sites, quoi qu'élevées étaient identiques (4%). Il s'agit principalement d'une prostitution affichée et visible, à couleur nationale, pratiquée majoritairement par des femmes jeunes, peu ou pas scolarisées, exerçant sur plusieurs sites et vivant exclusivement des revenus de leur métier. L'étude montre une utilisation suffisante du préservatif lors des rapports sexuels payants (92%) et une forte proportion de PS non dépistées pour le VIH (32%). En analyse multivariée, la prévalence du VIH était quelque peu associée au nombre de clients par jour et l'utilisation périodique du préservatif.

Conclusion :

L'étude confirme les PS du complexe LOULO/GOUNKOTO comme des groupes vulnérables et à haut risque d'infection, nécessitant des interventions ciblées afin de limiter la propagation de l'infection.

Mots clés : Professionnelle de sexe, LOULO/GOUNKOTO, VIH.

Material Safety

Data Sheet Name: SOULEYMANE

First name: Mohamed Ali Ag

Nationality: Malian

Section: MEDICINE

Email: drmaas5991yahoo.com

Phone: 00-223-77-54-06-07

Area of interest: Public health, Serology-immunology, Infectious diseases, Epidemiology,

Thesis title: HIV prevalence and associated factors among sex workers in the Loulo /
Goukoto mining complex

City of defense: Bamako / Mali

Place of deposit: Library of the Faculty of Medicine and Odontostomatology

Year: 2019-2020

Introduction: In sub-Saharan Africa, unprotected sex is responsible for the bulk of HIV transmission. The sex workers (PS) constitute the most important high-risk core group there. As part of the project to support the fight against HIV / AIDS in Mali targeting sex workers (PS), our study aimed to know the HIV prevalence, as well as the behavioral characteristics associated with it.

Methods: Cross-sectional descriptive study which concerned 100 PS, from formal and informal prostitution networks, aged 15 and over on the LOULO / GOUNKOTO mining complex in the Kayes region.

Results: The overall HIV prevalence was 8% among SWs, five times higher than in the general population. The prevalences observed at the different sites, although high, were identical (4%). It is mainly a visible and visible prostitution, with national color, practiced mainly by young women, little or no schooling, working on several sites and living exclusively on the income of their profession. The study shows sufficient condom use during paid sex (92%) and a high proportion of SWs not screened for HIV (32%). In multivariate analysis, HIV prevalence was somewhat associated with the number of clients per day and periodic condom use.

Conclusion: The study confirms the SPs of the LOULO / GOUNKOTO complex as vulnerable groups and at high risk of infection, requiring targeted interventions in order to limit the spread of infection.

Keywords: Sex worker, LOULO / GOUNKOTO, HIV.

Serment d'Hippocrate

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

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

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

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

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

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

Je le jure.