

Ministère de l'Enseignement
Supérieur et de la Recherche
scientifique

République du Mali
Un peuple – Un But – Une Foi



UNIVERSITÉ DES SCIENCES, DES
TECHNIQUES, ET DES
TECHNOLOGIES DE BAMAKO (USTTB)



Faculté de Médecine, et d'Odonto-Stomatologie

Année universitaire 2012/2013 N°...

TITRE

**CONNAISSANCES, ATTITUDES ET PRATIQUES
COMPORTEMENTALES DES POPULATIONS
FACE AU VIH ET LA TUBERCULOSE DANS LA
COMMUNE DE SY (cercle de San, région de
Ségou)**

THÈSE

**Présentée et soutenue publiquement le 22 / 01 / 2014 devant la
Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie de Bamako**

PAR : M. IBRAHIMA DOLO

**Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine
(DIPLÔME D'ÉTAT)**

JURY

Président : Pr Soukalo DAO

Membres : Dr Bocar BAYA

Dr Sory Ibrahima DIAWARA

Directeur : Pr Samba DIOP

DEDICACES

Au nom de Dieu le tout miséricordieux le très miséricordieux

Je dédie ce modeste travail

A Allah, le tout puissant qui m'a accordé par sa grâce et sa volonté de venir à bout de ce travail qui est le couronnement de tant d'années de courage et de sacrifice. Qu'**Allah** me pardonne pour tous les péchés commis jusqu'à aujourd'hui

A notre prophète **Mohamed**, paix et salut soient sur lui et sur tous les prophètes qui l'ont précédé. Amin

A mon père **Abdoulaye dit Allaye Dolo**

Merci père pour l'amour et l'éducation que tu m'as donnés. Tes conseils et soutiens moraux et matériels ne m'ont jamais fait défaut. Merci à toi, papa, jamais je ne pourrais te récompenser pour tout ce que tu as fait pour moi. Ce travail est le tien. Qu'Allah t'accorde une longévité et une bonne santé afin que tu puisses profiter du fruit de ce travail. Amin

A ma mère **Ménagalou dite Salimata Doumbo**

Tu es et demeures une mère exemplaire. Les mots ne seront jamais assez forts pour exprimer l'amour que j'ai pour toi. L'amour que tu as porté à tes enfants, ta dignité, ton indulgence ton respect, ton sens de l'honneur et ton amour pour le travail bien fait nous servent de modèle de tous les jours. Ce travail est le résultat de tes prières et bénédictions de tous les jours. Merci pour tout ce que tu as **fait pour tes enfants**. Qu'Allah te donne une longévité, une bonne santé afin que tu puisses jouir du fruit de ce travail. Amin

A mes frères et sœurs : Amadou, Ousmane, Moussa, Idrissa, Aïssata, Aminata Awa, Laya et Adjaratou dite May Dolo

Vous m'avez aidé à traverser les moments les plus durs de ma vie, je ne saurais vous remercier assez. Merci pour le soutien et l'amour fraternel, que l'amour, la solidarité, et l'entraide règnent dans notre famille. Amen

Ce travail est le vôtre.

A mon épouse : Salimata Niangaly

Ta patience, ton respect, ta soumission et ta sincérité font de toi une femme merveilleuse. Merci d'avoir été là pour moi. Que Dieu bénisse notre foyer. Amen

A mes enfants : Halimatou et Aboubacar

Vous êtes l'incarnation du bonheur. Vos visages, vos sourires me donnent du courage d'aller en avant. Qu'Allah vous protège et qu'il soit votre guide dans toutes vos actions. Amen

A mon cousin et tuteur : Abdramane Dolo

Tu as été toujours là pour moi depuis mon premier jour à Bamako jusqu'à nos jours. Tu n'as ménagé aucun effort pour que je puisse venir à bout de ce travail. Recevez ici cher cousin mon profond respect et ma profonde gratitude. Qu'Allah t'accorde une bonne santé et une longévité pour que tu puisses profiter du fruit de ce travail. Amen

A mon cousin feu Boukary Din In mémorium

Arraché à notre affection prématurément. Que Dieu le tout miséricordieux le très miséricordieux te pardonne et t'accueille dans son paradis. Que ton âme se repose en paix. Amen

REMERCIEMENTS

A tous mes pères et mères

Merci pour les conseils et le soutien sans faille

Aux familles : Dolo à Bamako, Farota à Baguineda, Niangaly à Koro, Sagara Au Point-G pour leur accueil, leur fraternité, leurs soutiens matériels et moraux.

A mes amis : Allaye Douyon, Daouda Dama, Oumar Guindo, Aly Mamadou et Raphaél Togo, Barthélemy Dolo, André Dolo, Boureima Dolo, Seydou Thèmè, Abdoulaye Goro, Sidiki Farota, Adoulaye Sagara, Abraham Sagara pour les bons moments passés ensemble,

A tout le corps professoral de la faculté de médecine et d'odontostomatologie de Bamako, pour la qualité de l'encadrement reçu.

A Dr Amadou Touré : Neuro-pédiatre au Centre Hospitalier Universitaire Gabriel Touré de Bamako pour son accueil et l'encadrement dont j'ai bénéficié.

A tous les médecins, CES et internes de la Pédiatrie du CHU-GT

Merci pour les conseils et la bonne collaboration.

A Dr Sidiki Farota DES de Chirurgie générale pour son assistance et son soutien moral et matériel pour la réalisation de ce travail. Que Dieu le Tout-Puissant t'accorde une bonne santé et une longévité et te guide dans le droit chemin. Bonne carrière à toi

A mon ami Abdoulaye Goro pour ta fraternité et tout le bon moment passé ensemble et ta bonne collaboration. Qu'Allah t'accorde une longue vie et une bonne santé et qu'il réalise tes rêves. Amin

A tous mes Amis et Collègues de promotion : Abdoulaye Goro, Moussa Goro, Abdoulaye Sagara, Aly Togo, Mamadou Togo, Dr Raphael Togo, Alpha Thiéro Dr Adolphe Abou Doumbia sans oublier personne.

A l'Association Santé plus Koro

A L'abbé Raymond Dakouo

A tous les personnels du centre de santé communautaire de Sy en particulier Dr Dembélé Ousmane, Tata, Dadi, Sassa et Basékou Traoré.

Aux autorités administrative, politique et religieuse de la commune de Sy.

A toute la population de la commune de Sy principalement les ressortissants des villages de Sy, de Tissoko et de Ntrongorola pour leur franche collaboration et leur soutien pour la réalisation de ce travail.

A tous ceux qui de près ou de loin ont contribué à la réalisation de ce travail.

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DU JURY

Professeur Soukalo DAO

- ✓ **Professeur titulaire à la faculté de Médecine et Odonto-Stomatologie (FMOS).**
- ✓ **Président de la Société Malienne de Pathologie Infectieuse (SOMAPIT)**
- ✓ **Membre de la Société de pathologie Infectieuse de langue Française (SPILT).**
- ✓ **Investigateur clinique au Centre de Recherche et de Formation sur le VIH/Tuberculose (CEREFO/SEREFO).**
- ✓ **Chef de service des maladies infectieuses et tropicales du CHU Point G,**
- ✓ **Chef de DER de Médecine et des Spécialités Médicales**

Cher maître;

Vous nous faites un immense honneur en acceptant de présider ce jury. Nous avons été profondément touchés par votre simplicité, votre modestie, votre pédagogie à transmettre vos connaissances. Votre rigueur, votre amour pour le travail bien fait font de vous un maître admiré et respecté.

Veillez accepter cher maître, l'expression de notre profonde gratitude et nos sincères remerciements.

A NOTRE MAITRE ET JUGE DE THESE

DOCTEUR BOCAR BAYA

- Docteur en médecine
- Praticien hospitalier au CHU Point G
- Assistant de recherche au CEREFO/SEREFO

C'est une grande joie pour nous de vous avoir parmi les membres de ce jury.

Votre rigueur scientifique, votre humanisme et votre modestie forcent respect et incitent à l'admiration.

Vos remarquables suggestions nous ont beaucoup aidés à améliorer ce travail.

Veillez trouver ici le témoignage de notre profonde gratitude.

A NOTRE MAITRE ET JUGE DE THESE

DOCTEUR SORY IBRAHIMA DIAWARA

- ✓ Docteur en Médecine,
- ✓ Chercheur au MRTC/DEAP
- ✓ Master en santé publique

Cher maitre

C'est un grand plaisir que vous nous faites en acceptant de juger ce travail.

Votre disponibilité, votre dynamisme, votre souci pour le travail bien fait ainsi que vos qualités humaines font de vous un Maître admirable.

Veillez accepter l'expression de notre profonde gratitude

A NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR DE THESE

PROFESSEUR SAMBA DIOP

- Maître de conférences à la FMOS
- Diplômé en anthropologie, en science de la vie, de la nature et de la terre, en écologie humaine et en éthique..

Cher maître, en acceptant de prendre la direction de cette thèse, vous nous faites un grand honneur.

Vos qualités intellectuelles, votre sens de la responsabilité, associés à vos immenses qualités humaines, font de vous une personnalité admirable et admirée de tous.

Cher maître c'est le lieu pour nous de vous exprimer notre profonde gratitude pour la formation que vous nous avez donnée.

ABREVIATIONS

SIDA : Syndrome de l'immunodéficience acquise

ONU/SIDA : Organisation des nations unies pour la lutte contre le VIH

VIH : Virus de l'immunodéficience humaine

EDS IV : Enquête démographique et santé IV

IST : Infections sexuellement transmissibles

IEC : Information éducation communication

LAV : Lymphadenopathy Associated Virus

CIT Comité international de la taxinomie

PED : Pays en développement

OMS : Organisation mondiale de la santé

TB : Tuberculose

TMP+ : Tuberculose pulmonaire à microscopie positive

BK : Bacille de koch

ARV : Antirétroviraux

PVVIH : Personne vivant avec le VIH

SOMMAIRE

I-	INTRODUCTION	10
II-	CADRE THEORIQUE.....	13
III-	DEMARCHE METHODOLOGIQUE.....	20
IV-	RESULTATS.....	25
V-	COMMENTAIRES / DISCUSSION.....	65
VI-	CONCLUSION / SUGGESTION	72
VII-	REFERENCES.....	74
VIII-	ANNEXES.....	77

I- INTRODUCTION

Depuis 1981 où il a été découvert le syndrome de l'immunodéficience acquise (SIDA) continue sa propagation à travers les continents, n'épargne personne : hommes, femmes, enfants et personnes âgées [1].

Actuellement le monde est confronté à une multitude d'épidémies de sida différentes, qui ne sont pas apparues en mêmes temps qui n'ont pas la même ampleur et qui touchent des populations différentes [2]. Sa propagation rapide, son étendue et la gravité de son impact font de l'épidémie de SIDA un phénomène unique dans l'histoire de l'humanité [1].

Dans les pays les plus durement touchés, le VIH a réduit l'espérance de vie de plus de 20 ans, ralenti la croissance économique et aggravé la pauvreté des ménages. Dans la seule Afrique subsaharienne, l'épidémie a rendu orphelins plus de 12 millions d'enfants de moins de 18 ans [2].

Selon le rapport mondial 2011 de l'Organisation des Nations Unies pour la lutte contre le SIDA (ONUSIDA) sur 34 millions de personnes infectées par le VIH (estimation OMS 2010), 23,8 millions vivent en Afrique subsaharienne soit 70 % [3].

D'après les estimations, en 2012, 35,3 (32,2-38,8) millions de personnes vivaient avec le VIH dans le monde. On constate une augmentation par rapport aux années précédentes due à l'augmentation du nombre de personnes sous thérapie antirétrovirale [26].

Au Mali, les résultats de la dernière étude de séroprévalence de l'infection à VIH réalisée en 2006 dans la population générale adulte au cours de l'Enquête Démographie et Santé (EDS IV) ont montré une baisse du taux de prévalence du VIH de 1,7 % à 1,3 % faisant du Mali un pays à faible prévalence. Cette étude révèle que globalement les femmes sont plus touchées que les hommes

(respectivement 1,5 % et 1 %) ; la tranche d'âge de 30 à 34 ans est la plus touchée (2,2 %) [4].

Chez les personnes au système immunitaire altéré, le risque de développer une tuberculose maladie après la primo-infection ou après guérison apparente de plusieurs années s'accroît considérablement.

On estime que 30 % des personnes vivant avec le VIH dans le monde souffrent également de la tuberculose. Les personnes séropositives ont deux fois plus de chances de contracter la tuberculose dans une année donnée que les non-séropositives. Faute d'un traitement approprié, environ 90 % des séropositifs meurent quelques mois après avoir contracté la tuberculose [5].

Au Mali, 13 % des patients séropositifs pour le VIH font une tuberculose. L'incidence de la tuberculose maladie chez les patients séropositifs pour le VIH peut atteindre 50 à 60 % des patients tuberculeux en Afrique subsaharienne.

La tuberculose est la huitième cause de mortalité dans le monde (plus de 3 millions de décès par an) et la première cause de mortalité due à une bactérie unique. On rapporte 9 millions de nouveaux cas de tuberculose-maladie par an. Plus de 95 % de la mortalité et de la morbidité s'observent dans les pays en développement. Un tiers de la population mondiale est infecté. Il y a 8 millions de nouveaux cas de tuberculose active par an dans le monde, dont 80 % en Afrique. Le risque annuel d'infection par le bacille de Koch (BK) en Afrique est de 1,5 à 2,5 %. Ainsi, plus de 50 % des adultes africains de 20 à 40 ans sont infectés par le BK et risquent de développer une tuberculose : l'incidence y est de 229/100 000 et le taux de décès de 104/100 000. La tuberculose est la cause de 7 % des décès et de 26 % des décès évitables. Cinquante pour cent des tuberculeux ont des expectorations bacillifères et sont donc hautement contagieux [3].

Selon le rapport de 2007 de la DNS au Mali la coinfection VIH/TB était de 16,2 % et à Ségou la prévalence de la coinfection était de 27,8 % [21].

Selon L'OMS l'incidence de la tuberculose à TPM+ au MALI était estimée à 123/100000 habitants [22].

Le Mali reste toujours un pays à forte endémie tuberculeuse avec une incidence en 2010 estimée à 68 nouveaux cas de tuberculose pulmonaire pour 100 000 habitants [25].

Le dépistage du VIH, à la suite de conseil systématique chez les tuberculeux, a débuté mi-2007 et a couvert, en 2009, 43 % des tuberculeux détectés avec un taux de tuberculeux infectés par le VIH de 18% [25].

L'application des mesures de prévention et un traitement correct de la tuberculose et du VIH ainsi que le changement des comportements peuvent faciliter la lutte contre la pandémie du VIH et donc de la tuberculose dans les populations.

En absence d'un traitement curatif du sida, la lutte contre la progression du VIH et de ses opportunistes particulièrement la tuberculose repose essentiellement sur l'Information, l'éducation et la communication (IEC). C'est dans le but de changer les comportements de la population que nous avons entrepris cette étude.

II- CADRE THEORIQUE

1-Description de la recherche

Le VIH est l'une des maladies découvertes récemment, mais qui entraîne des morbidités et mortalités redoutables. Il est causé par un virus appelé virus de l'immunodéficience humaine (VIH) qui est un rétrovirus appartenant à la famille des rétroviridae, et aux sous-familles des lentivirus. Ce virus a été identifié en 1983 comme étant l'agent étiologique du sida.

L'histoire du Sida commence dans deux villes des États-Unis (**New York** et **Los Angeles**) où des cas cliniques ont été observés des communautés d'homosexuel par le **Docteur Gohlieb** et collaborateurs entre octobre 1980 et mai 1981 et par le **Docteur Pozalki** [15].

Le sida est considéré, non plus seulement comme une maladie, mais comme un phénomène social unique et toujours tabou. Il est unique parce que les individus ne maîtrisent pas toujours les informations qui le concernent. Il est unique également parce qu'à travers le temps et depuis sa découverte, il nourrit les passions et cause plus de ravages sur le plan social des relations des personnes infectées avec leur entourage que sur le plan physiologique. Il s'agit des modes de contagion, de traitement, de suivi de la maladie. Celui qui est infecté par le VIH est généralement stigmatisé et dans la communauté, il est perçu comme un « cadavre ambulante », quelqu'un que le spectre de la mort est susceptible de hanter à chaque seconde. Le sida fait parler de lui à ce moment-là par l'incurabilité qui lui est très souvent associée [23].

S'il y a une maladie parmi tant d'autres pandémies qui est ravageuse dans certaines régions et qui fait couler beaucoup d'encre et de salive, c'est bien le sida, qui est encore plus problématique dans le continent africain.

Les nombreuses recherches pluridisciplinaires investies dans ce domaine d'étude témoignent de l'ampleur de la question. On ne pourrait ne pas saluer les stratégies novatrices qui ont été mises en place pour améliorer le statut

psychologique et social des personnes infectées, parallèlement aux activités médicales [23].

Depuis quelques années avec l'avènement du VIH, on assiste à une recrudescence de la tuberculose dans le monde en général et dans les pays en voie de développement en particulier comme le Mali.

Aucune région du monde n'est épargnée par l'épidémie VIH/SIDA, mais la prévalence des infections par le VIH ainsi que l'incidence des nouvelles infections sont particulièrement élevées dans les pays en développement (PED) des zones tropicales. En effet le VIH entraîne une Influence très importante sur l'épidémiologie de la tuberculose notamment :

- le Passage de la tuberculose-infection à la tuberculose-maladie plus important (30 % au lieu de 10 % en l'absence de SIDA) ;
- Formes aiguës et disséminées plus fréquentes ;
- Augmentation de la létalité (15 %) ;
- Plus grande susceptibilité aux effets secondaires des antituberculeux, en particulier a ceux de la thiacetazone;
- Susceptibilité accrue à contracter une tuberculose nosocomiale (risque de BK résistants).

La sévérité de cette infection rétrovirale chronique qui évolue inexorablement vers un déficit immunitaire sévère, l'accès encore très insuffisant au dépistage à un stade asymptomatique, la précarité économique et sociale des personnes atteintes et les insuffisances structurelles des systèmes de santé, expliquent que l'infection par le VIH compte parmi les trois premières causes de mortalité des adultes et des enfants en Afrique subsaharienne [3].

Au Mali comme partout ailleurs, il est établi que la transmission sexuelle est le mode de propagation du VIH le plus important. Cette propagation repose essentiellement sur des comportements de l'être humain (rapports sexuels non protégés ; vagabondage sexuel, mauvaise utilisation du préservatif, IST mal traitées ou non traitées). Ces comportements sont favorisés par la pauvreté, par des relations inégalitaires entre hommes et femmes, ou entre personnes âgées et les plus jeunes, ou par des normes culturelles et religieuses qui laissent peu de possibilités aux individus de contrôler leur exposition au virus [6-8-10-11-12-14].

2- Justification de l'étude :

Plus de trois décennies après le début de la pandémie, force nous est de constater le risque et l'importance de la transmission hétérosexuelle du VIH, et les mesures préconisées pour le contenir n'ont pas produit des effets escomptés. En effet malgré les campagnes d'information, d'éducation et de communication pour la santé certaines populations (notamment les jeunes, les chauffeurs, les toxicomanes et les professionnelles du sexe) persistent dans leurs comportements à risque ce qui explique un progrès inquiétant du SIDA [8-11-12].

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

fur et à mesure que la confiance s'établit, les partenaires rompent avec cette pratique [12-14]

✓ Les prostituées entretiennent des relations sexuelles de types vaginaux et/ou anaux très souvent non protégées avec des partenaires multiples et non réguliers. Elles s'exposent de cette façon aux risques d'infections et exposent de même leurs clients [12]

✓ Les jeunes représentent une proportion importante de la population et sont tous particulièrement exposés au risque de contacter ou de transmettre une infection à VIH en l'occurrence ceux dont les comportements sont liés aux activités socioéconomiques (coxeurs, vendeuses, domestiques). Les jeunes qui arrivent en ville du fait de l'exode rural, laissés à eux-mêmes, se livrent à des comportements non contrôlés. Ils adaptent pour la plupart des comportements à risque en ayant des rapports de toutes sortes moyennant de l'argent avec des partenaires sexuels multiples, non réguliers, le plus souvent trouvés sur le site de leurs travaux.

Ces jeunes garçons ont des relations fréquentes avec les prostituées. Aussi ils sont souvent employés comme apprenti dans le secteur du transport où ils aident les chauffeurs sur les longues distances. Dans ce cadre ils ont parfois des relations avec des hommes beaucoup plus âgés [8-12-13].

Les jeunes femmes et filles qui travaillent comme employées des maisons sont souvent exploitées par leurs employeurs même. Ces rapports sont souvent non protégés. Aussi elles subissent parfois des abus sexuels de la part d'adolescents des familles d'accueil [8-12].

La sexualité entre hommes englobe fréquemment le rapport anal non protégé. Or ce type de rapport comporte un risque élevé de transmissions du VIH en particulier pour le partenaire passif, mais aussi un large pourcentage de ces homosexuels est marié et également a des rapports sexuels non protégés avec d'autres femmes [7].

Les toxicomanes de sexe masculin pour la plupart utilisent du matériel d'injection non stérile, mais aussi procèdent à des échanges rituels de ce matériel, s'exposant ainsi à un risque élevé pour le VIH, en même temps que leurs partenaires au cours des rapports sexuels non protégés [8-14].

L'impact de la pandémie de VIH sur la vulnérabilité des ménages a été abondamment documenté. Les communautés et les ménages qui vivaient déjà de façon précaire ont été rendus encore plus vulnérables en raison des conséquences complexes du virus.

Les impacts les plus couramment cités sont :

- réduction de la capacité de travail des ménages, avec une incidence sur la production agricole au niveau des ménages et des communautés;
- détournement du revenu des ménages consacré aux investissements, à l'épargne et aux dépenses de base afin de couvrir les dépenses médicales, les funérailles et d'autres frais liés à la maladie;
- temps et énergie consacrés aux soins au détriment de la production ou de la génération d'un revenu pour le ménage;
- non-transmission des connaissances intergénérationnelles (compétences de la vie courante, techniques agricoles, etc.) du fait de la maladie des parents ou de leur décès avant que les enfants soient en âge de comprendre;
- déscolarisation des enfants qui doivent aider aux tâches ménagères et aux soins;
- augmentation du nombre d'orphelins et charge supplémentaire imposée aux ménages qui les accueillent;
- accroissement de la sollicitation des systèmes de santé en raison du plus grand nombre de malades chroniques;

- diminution de la capacité de ces systèmes de santé, car les professionnels de santé (et leurs familles) sont aussi directement frappés par la maladie [24]

Il ne fait plus de doute que la relation entre les comportements humains et la propagation du VIH est évidente ; la baisse de la prévalence de l'infection suit l'évolution positive des comportements humains. Le VIH est une maladie grave qui entraîne un déficit immunitaire sévère, favorisant ainsi la survenue d'autres infections particulièrement la tuberculose. Il est donc plus que jamais urgent que les programmes nationaux de lutte contre le VIH renforcent la prévention, en mettant un accent particulier sur la prévention et les stratégies visant à induire les changements des comportements afin de réduire les comportements à risque [8-9]

C'est dans ce cadre que notre étude se basera sur la détermination des niveaux de connaissances des attitudes et pratiques comportementales liées au VIH et à la tuberculose dans la commune de Sy.

3. HYPOTHÈSE

Le niveau de connaissances, les attitudes et les pratiques comportementales face au VIH et à la tuberculose des populations de la commune de Sy ont une influence sur la prévention et l'impact du VIH et la tuberculose au Mali.

4. OBJECTIFS :

1. Objectif général :

Etudier les connaissances, les attitudes et les pratiques comportementales des populations de la commune de SY face au VIH et à la tuberculose.

2. Objectifs spécifiques :

- ✓ Décrire les connaissances générales de la population sur le VIH et la tuberculose ;
- ✓ Déterminer les attitudes et pratiques comportementales de la population face au VIH et la tuberculose ;
- ✓ Déterminer l'utilisation des moyens de prévention du VIH par la population
- ✓ Déterminer l'attitude de la population face au dépistage volontaire du VIH.

III- DEMARCHE METHODOLOGIQUE

Notre étude s'est déroulée dans la commune de Sy principalement dans le village de Sy qui est le chef-lieu de commune, le village de Tiessoko et celui de Ntrongorola qui sont situés respectivement à 5 km et 7 km de Sy.

Ils ont les mêmes types de climats de végétation, de coutume, d'habitation, et les mêmes activités économiques.

1-Lieu d'étude : commune de Sy

L'entité administrative de Sy crée en 1961 éclatée à la faveur de la décentralisation en trois (3) communes : Sy, Siadougou, et Oulon.

Elle est limitée : au nord par la commune de Folomana (cercle de Macina) ; au sud par San ; à l'est par Mougna (cercle de Djénné) ; à l'ouest par Katiéla (cercle de Ségou).

L'ex-arrondissement de Sy couvre une superficie de 1515 km² pour une population de 28357 habitants composés essentiellement de Sarakolé de bambara de bozo de bobo et de peulhs

Climat : il comporte trois saisons, il est tropical.

- La saison des pluies : de juillet en octobre
- La saison froide : de novembre en mars
- La saison chaude : d'avril en juin

Végétation : Elle est dominée par les grands arbres tels que le Baobab, le Tamarinier, le Dattier du désert, le karité... et les hautes herbes.

Activités économiques :

Les principales activités sont :

- L'agriculture (mil, sorgho, riz pluvial, fonio et les cultures destinées à la commercialisation notamment les arachides, le sésame);
- L'élevage des bovidés et des petits ruminants ;
- La pêche;
- Et le petit commerce.

Malheureusement l'écoulement des produits issus de ces activités est très difficile à cause du mauvais état de la route et les charges liées à la traversée du fleuve.

Infrastructures socio-sanitaires et de communication

La commune dispose d'un CSCOM, d'une mairie, d'une préfecture, d'une école fondamentale premier et second cycle

Les infrastructures routières se résument aux routes en terre difficilement praticables, surtout en saison hivernale (juin à août).

La radio locale installée dans le chef-lieu de commune appelée radio yèrèko permet une large communication sur l'ensemble de la commune.

2-Type d'étude :

IL s'agissait d'une étude transversale descriptive

3-Population d'étude

La population d'étude comprenait les jeunes et adultes de 15 ans à 49 ans présents dans le village au moment de l'enquête et qui ont accepté de participer.

-critère d'inclusion : ont été inclus dans l'étude : les jeunes et adultes de 15 à 49 ans ayant donné leur consentement volontaire à participer à l'étude.

-critère de non-inclusion : n'ont pas été inclus dans l'étude les jeunes et adultes de 15 à 49 ans ayant refusé de participer à l'étude et ceux de moins de 15 ans et supérieures à 49 ans au moment de l'enquête.

4-Echantillonnage :

Nous avons utilisé la technique d'échantillonnage à 1 degré (village): le choix aléatoire des villages sur les 13 villages de la commune de SY. La liste exhaustive des villages a été dressée, numérotée et trois (3) villages ont été tirés au sort. C'est à partir de cette technique que les villages de Sy, de Tiessoko et de Ntrongorola ont été tirés.

Taille de l'échantillon :

La taille de l'échantillon a été calculée à partir de la formule de Schwartz :

$$N = \varepsilon^2 \alpha \times P \times q / I^2$$

N= taille minimum de l'échantillon.

ε = Écart réduit de la loi normale, égale à 1,96 pour $\alpha=5\%$.

P= fréquence relative d'un événement mesurable sur la question.

Q= complémentaire de la probabilité $p=1-q$, $q=1-p$.

I= la précision, varie entre 2 % et 8 % (dans les études de médecine).

La prévalence du VIH selon EDS IV a été de 1,3 %.

La prévalence de la co-infection VIH / tuberculose en 2007 à Ségou était 27,8 %.

Ici : $\varepsilon=1,96$ pour $\alpha=5\%$

P= 0,28

Q=0,72

I=5 %

$$N = (1,96)^2 \times 0,28 \times 0,72 / (0,05)^2$$

La taille requise pour notre échantillon a été estimée à 316 cas.

5- Calendrier d'étude :

L'étude s'est déroulée du 15 juin au 15 Août 2013.

6- Conception et déroulement pratique de l'étude

Nous avons utilisé une fiche d'enquête au cours de l'étude. (Fiche d'enquête en Annexe).

Nous avons procédé à un interrogatoire des femmes et des hommes mariés et quelques jeunes célibataires habitants dans la localité et qui ont accepté l'enquête.

Nous avons aussi fait un focus groupe discussion sur le sujet d'étude. Dans chaque village un groupe a été formé constitué de 8 personnes. Les sessions prenaient jusqu'à une heure et ont été conduites dans la langue locale, Bamanan.

7- Traitement et analyse des données :

Les données recueillies ont été saisies et analysées par le logiciel SPSS 5 version 18

Les tableaux et le traitement de texte ont été réalisés par le logiciel Word 2013.

8- Considérations éthiques :

Sur le terrain, avant le début de l'enquête nous avons tenu à informer les autorités administratives et politiques puis les chefs des différents villages sur les objectifs et le but de notre étude.

Notre étude a tenu compte de la dimension humaine notamment le respect de la dignité, la confidentialité et l'anonymat. Les enquêtés ont été informés sur le but de l'enquête et le guide d'entretien a été administré après l'obtention du consentement verbal éclairé de la personne à enquêter.

Avantage de l'étude :

Etude sur les connaissances, attitudes et pratiques comportementales des populations face au VIH et la tuberculose dans la commune de Sy.

Notre étude a permis de déterminer les connaissances, attitudes et pratiques comportementales de la population sur le VIH et la tuberculose ainsi que de mieux comprendre les facteurs influençant leurs attitudes et pratiques.

Inconvénient de l'étude :

L'étude ne présentait aucun risque pour les personnes enquêtées. Le seul inconvénient a été le temps perdu pour répondre aux questions.

TABLEAU I : DIAGRAMME DE GANTT OU CHRONOGRAMME DES ACTIVITES

Taches	Juin-Juillet	Août	Septembre - octobre
Traitement des fiches			
Remplissage des fiches d'enquête dans les archives			
Saisie et analyse des données			

IV- RESULTATS

De la période du 15 juin au 15 août 2013 nous avons mené une enquête sur les connaissances, attitudes et pratiques comportementales sur le VIH et la tuberculose dans 3 villages de la commune de Sy. Cette étude a porté sur 316 personnes choisies pour des questionnaires individuels et 24 personnes pour une séance de focus groupe, ce qui a permis d'avoir les résultats suivants ;

I. LES ENTRETIENS INDIVIDUELS

A. DONNEES SOCIODEMOGRAPHIQUES

Tableau II : Répartition des sujets en fonction des Caractéristiques et le sexe

Etude sur les connaissances, attitudes et pratiques comportementales des populations face au VIH et la tuberculose dans la commune de Sy.

Caractéristiques	Sexe				Total N
	Masculin		Féminin		
	n	p	n	p	
Ages					
15 à 24 ans	25	20,6	96	79,3	121
25 à 34 ans	59	43,3	77	56,7	136
35 à 49 ans	37	62,7	22	37,3	59
Statut matrimonial					
Marié	103	36,1	182	63,9	285
Célibataire	18	58,0	13	42,0	31
Régime matrimonial					
Monogame	67	39,4	103	60,6	170
Polygame	37	32,2	78	67,8	115
Villages					
Sy	41	38,7	65	61,3	106
Tiessoko	44	42,3	60	57,7	104
Ntrongorola	36	34,0	70	66,0	106
Profession					
Paysan	111	40	167	60	278
Autres	10	26,3	28	73,7	38

Autres : commerçants, élèves, éleveurs, relais, vendeuses.

Parmi les sujets âgés de 15 à 24 ans et 25 à 34 ans, le sexe féminin était le plus représenté soit **79,3 %** et **56,7 %**. Par contre le sexe masculin était prédominant dans la tranche d'âge de 35 à 49 ans soit **62,7 %**.

Quel que soit le village le sexe féminin était le plus représenté.

Les mariés étaient les plus représentés dans le sexe féminin soit 63,9 %.

Parmi les célibataires les hommes étaient majoritaires soit 58 %.

Les mariés représentaient 93,3% parmi le sexe féminin contre 85,1 % celui du sexe masculin.

Les paysans étaient les plus représentés dans le sexe féminin soit 60 %.

Tableau III : Répartition des sujets en fonction du niveau d'instruction et la provenance

Niveau d'instruction	Villages						Total	
	Sy		Tiessoko		Ntrongorola			
	n	%	n	%	n	%	N	%
Analphabète	67	63,2	84	80,7	95	89,6	246	77,8
Primaire	18	17,0	16	15,4	9	8,6	43	13,6
Secondaire	14	13,2	3	2,9	2	1,8	19	6,0
Ecole coranique	7	6,6	1	1	0	0	8	2,5
Total	106	100,0	104	100,0	106	100,0	316	100,0

Les sujets étaient non scolarisés dans 89,6 %, 80,7 %, et 63,2 % respectivement dans les villages de Ntrongorola, de Tiessoko et de Sy.

Tableau IV : Répartition des sujets en fonction du niveau d’instruction et le sexe

Niveau d’instruction	Sexe				Total	
	Masculin		Féminin		N	%
	n	%	n	%		
Analphabète	84	69,4	162	83,0	246	77,8
Primaire	27	22,3	16	8,2	43	13,6
Secondaire	7	5,8	12	6,2	19	6,0
Ecole coranique	3	2,5	5	2,6	8	2,5
Total	121	100	195	100	316	100

Les sujets de sexe féminin étaient non scolarisés dans 83% contre 69,4 % de non scolarisés dans le sexe masculin.

B. Connaissances sur le VIH et la tuberculose

1. Connaissances sur le VIH :

Répartition des sujets selon qu’ils aient déjà entendu parler du VIH et la connaissance de sa gravité :

Tous les sujets avaient entendu parler du VIH et étaient unanimes sur sa gravité.

Répartition selon la croyance sur l’existence du VIH en fonction du sexe

Seulement deux individus de sexe féminin ne croyaient pas à l’existence du VIH

Tableau V : Répartition des sujets en fonction de la source d'information et le sexe

Source d'information	Sexe				Total	
	Masculin		Féminin		N	%
	n	%	n	%		
Radio	114	94,2	173	90,1	287	91,7
Télé	113	93,3	165	85,9	278	88,8
Causerie	78	64,5	91	47,4	169	54,0
Centre de santé	5	4,1	10	5,2	15	4,8
Ecole	3	2,5	2	1,0	5	1,6
Vécu avec un sidéen	0	0	1	0,5	1	0,3

La radio et la télévision ont été les principales sources d'information soient respectivement 91,7 % et 88,8 %.

Tableau VI : Répartition des sujets en fonction de la connaissance des voies de transmission du VIH

Transmission du VIH/SIDA	Fréquence	Pourcentage
Rapports sexuels	316 / 316	100
Sang	314 /316	99,4
Usage des objets souillés	314/316	99 ,4
Piqûres de moustiques	89/316	28,2

Les piqûres de moustiques étaient considérées comme voie de transmission du VIH par 28,2 % de la population d'étude.

Tableau VII : Répartition des sujets selon la connaissance des modes de transmission du VIH en fonction du sexe

Mode de transmission du VIH	Sexe				Total	
	Masculin		Féminin		N	%
	n	%	n	%		
Bonne connaissance	104	86	121	62	225	71,20
Connaissance erronée	15	12,4	74	38	89	28,2
Connaissance incomplète	2	1,7	0	0	2	0,6
Total	121	100	195	100	316	100

Bonne connaissance : rapports sexuels, usages des objets souillés par le sang, exposition au sang transmission mère-enfant.

Connaissance erronée : piqûre de moustiques, sorcellerie.

La bonne connaissance sur le mode de transmission du VIH était connue par 71,2 % des sujets. Le sexe féminin avait donné le plus de connaissances erronées sur les modes de transmission du VIH.

Tableau VIII : Répartition des sujets en fonction de la connaissance de la prévention du VIH et le sexe

Prévention du VIH	Sexe				Total	
	Masculin		Féminin		N	%
	n	%	n	%		
Oui	121	100	194	99,5	315	99,7
Non	0	0	1	0,5	1	0,3
Total	121	100	195	100	316	100

Seulement une femme ne croyait pas aux moyens de prévention contre le VIH soit 0,3 %.

Tableau IX : Répartition des sujets en fonction de la connaissance du mode de prévention du VIH

Moyens de prévention	Fréquence	Pourcentage
Abstinence	315/316	99,7
Non-usage des objets souillés par le sang	309/316	97,8
Port du préservatif	306 / 316	96,8

Les modes de prévention contre le VIH étaient connus par la quasi-totalité de la population, l'abstinence était le mode de prévention le plus cité soit **99,7 %**.

Tableau X : Répartition des sujets selon la connaissance des moyens de prévention en fonction du sexe

Connaissance des moyens de prévention	Sexe				Total	
	Masculin		Féminin			
	n	%	n	%	N	%
Bonne	121	100	185	94,9	306	96,8
Mauvaise	0	0	7	3,6	7	2,2
Moyenne	0	0	3	1,5	3	1
Total	121	100	195	100	316	100

Bonne connaissance : abstinence, port du préservatif au cours des rapports, non-usages des objets souillés par le sang, non-exposition au sang.

Mauvaise : Pas de moyens de prévention

La bonne connaissance sur les moyens de prévention du VIH était connue par la presque totalité des sujets soit 96,8 %, mais le sexe masculin était prédominant.

Tableau XI : Répartition des sujets selon la connaissance du préservatif en fonction du sexe.

Connaissance du préservatif	Sexe				Total	
	Masculin		Féminin			
	n	%	n	%	N	%
Oui	116	95,9	160	82,0	276	87,3
Non	5	4,1	35	18,0	40	12,7
Total	121	100	195	100	316	100

Le préservatif était connu surtout par le sexe masculin que le sexe féminin soit respectivement 95,9 et 82,0%

.

Tableau XII : Répartition des sujets en fonction de la connaissance de la disponibilité du préservatif.

Disponibilité du préservatif	Fréquence	Pourcentage
Centre de santé /pharmacie	280/316	88,6
Boutique	252/316	79,7
Vendeurs ambulants	79/316	25,0
Ne sait pas	33/316	10,4

Les sources d'approvisionnement du préservatif n'étaient pas connues par 10,4 % des sujets.

Tableau XIII : Répartition des sujets en fonction de la connaissance de l'usage du préservatif comme moyen de prévention et le sexe

Usage du préservatif	Sexe				Total	
	Masculin		Féminin			
	n	%	n	%	N	%
Une fois	104	86	91	46,7	195	61,7
NSP	17	14	104	53,3	121	38,3
Total	121	100	195	100	316	100

L'utilisation adéquate du préservatif était connue par 86% d'hommes contre 46,7 % pour le sexe féminin.

Tableau XIV : Répartition des sujets en fonction de la connaissance du lieu de dépistage du VIH et le sexe

Lieu de dépistage	Sexe				Total	
	Masculin		Féminin		N	%
	n	%	n	%		
Mauvaise connaissance	77	63,6	137	70,3	214	67,7
Bonne connaissance	38	31,4	23	11,2	61	19,3
Ne sait pas	6	5,0	35	18,0	41	13,0
Total	120	100,0	195	100,0	316	100,0

Bonne connaissance : centre de santé de référence, hôpital, centre de dépistage

Mauvaise connaissance : CSCOM

Le lieu de dépistage du VIH était connu par 31,4 % de sujets de sexe masculin contre 11,2 % de ceux du sexe féminin.

Tableau XV : Répartition des sujets en fonction de la connaissance de l'existence du traitement du VIH et le sexe

Traitement du VIH	Sexe				Total	
	Masculin		Féminin		N	%
	n	%	n	%		
Oui	107	88,4	128	65,6	235	74,4
Non	11	9,1	62	31,8	73	23,1
Ne sait pas	3	2,5	5	2,6	8	2,5
Total	121	100,0	195	100,0	316	100,0

L'existence du traitement contre le VIH était connue par 74,4 % des sujets, dont 88,4 % parmi les sujets de sexe masculin et 65,6 % de sexe féminin.

Tableau XVI : Répartition des sujets selon la connaissance de l'existence du traitement contre le VIH en fonction de l'âge

Traitement contre le VIH	Age						Total	
	15 à 24 ans		25 à 34 ans		35 à 49 ans		N	%
	n	%	n	%	n	%		
Oui	83	68,6	101	74,3	51	86,4	235	74,4
Non	35	29	30	15,3	8	13,6	73	23,1
Ne sait pas	3	2,5	5	2,2	0	0	8	2,5
Total	121	100,0	136	100,0	59	100,0	316	100

La tranche d'âge de 35 à 49 ans était la plus informée sur l'existence du traitement contre le VIH soit 86,4 %.

Tableau XVII : Répartition des sujets en fonction de la connaissance du but du traitement et le sexe.

But du traitement	Sexe				Total	
	Masculin		Féminin		N	%
	n	%	n	%		
Prolonger la durée de vie du malade	105	98,1	117	91,4	222	94,5
NSP	2	1,9	6	4,7	8	3,4
Guérir le malade	0	0	5	3,9	5	2,1
Total	107	100,0	128	100,0	235	100

Parmi ceux qui connaissaient l'existence du traitement contre le VIH, plus de 90 % des sujets avaient une bonne connaissance sur le but du traitement, 3,9 % de sujets de sexe féminin pensaient que le VIH était une maladie curable

2. Connaissances sur la tuberculose

Tableau XVIII : Répartition des sujets en fonction de leur connaissance sur la définition de la tuberculose et le sexe.

Définition de la tuberculose	Sexe				Total	
	Masculin		Féminin		N	%
	n	%	n	%		
Bonne connaissance	103	85,1	135	69,2	238	75,3
Moyenne connaissance	17	14,1	40	20,5	57	18,0
Mauvaise connaissance	1	0,8	20	10,3	21	6,6
Total	121	100,0	195	100,0	316	100,0

Bonne connaissance : toux chronique, fièvre vespero-nocturne, perte de poids, insomnie, hémoptysie.

Moyenne connaissance : toux chronique, fièvre.

Mauvaise connaissance : toux, diarrhée, vomissement.

Plus des deux tiers des sujets avaient une bonne connaissance sur la définition de la tuberculose, le sexe masculin était majoritaire soit 85,1 %.

Tableau XIX : Répartition des sujets en fonction de leur connaissance sur les manifestations de la tuberculose et sexe.

Manifestation de la tuberculose	Sexe				Total	
	Masculin		Féminin		N	%
	n	%	n	%		
Toux	121	100,0	195	100,0	316	100,0
Perte de poids	120	99,2	178	91,8	298	94,6
Fièvre	93	76,9	136	10,1	229	72,7
Hémoptysie	13	10,7	13	6,7	26	8,3
Insomnie	13	10,7	13	6,7	26	8,3
Douleur thoracique	10	8,3	9	4,7	19	6,0

La toux chronique, la perte de poids et la fièvre vespero-nocturne ont été le plus citées comme principales manifestations de la tuberculose. Le sexe masculin avait plus de connaissance sur les symptômes et a cité respectivement 100 %, 99,2 % et 76,9 % pour les trois principaux signes.

Tableau XX : Répartition des sujets en fonction de leur connaissance sur les manifestations de la tuberculose et les tranches d'âge.

Manifestation de la tuberculose	Age						Total	
	15 à 24 ans		25 à 34 ans		35 à 49 ans		N	%
	n	%	n	%	n	%		
Toux	121	99,2	136	100,0	59	100,0	316	100,0
Perte de poids	107	89,2	133	97,8	56	95,0	296	94,0
Fièvre	73	60,8	113	83,0	0	43	229	72,7
Hémoptysie/insomnie	9	7,6	10	7,4	7	11,9	26	8,3
Douleur thoracique	5	4,2	10	7,4	4	6,8	19	6,0

La toux chronique, la perte de poids et la fièvre vespero-nocturne ont été citées comme principales manifestations de la tuberculose surtout par la tranche d'âge 25 à 34 ans.

Tableau XXI : Répartition des sujets en fonction de la connaissance de la contagiosité de la tuberculose et le sexe

Contagiosité de la tuberculose	Sexe				Total	
	Masculin		Féminin		N	%
	n	%	n	%		
Oui	119	98,3	195	100,0	314	99,4
Ne sait pas	2	1,7	0	0	2	1,7
Total	121	100	195	100	316	100

Seulement 1,7 % des hommes ignorait que la tuberculose était une maladie contagieuse par contre tous les sujets de sexe féminin le savaient.

Tableau XXII : Répartition des sujets en fonction du mode de transmission de la tuberculose

Mode de transmission de la tuberculose	Fréquence	Pourcentage
Crachat	303/316	95,9
Manger	228/316	72,6
Contact permanent	4/316	1,3
Ne sait pas	8/316	2,5

La transmission à travers le crachat d'un tuberculeux a été le mode le plus évoqué par les sujets soit 95,9 %.

Tableau XXIII : Répartition des sujets en fonction de la connaissance du mode de transmission de la tuberculose et le sexe

Mode de transmission de la tuberculose	Sexe				Total	
	Masculin		Féminin		N	%
	n	%	n	%		
Bonne connaissance	99	81,8	132	67,7	231	73,1
Connaissance partielle	19	15,7	56	28,7	75	23,7
Ne sait pas	3	2,5	6	3,1	9	2,8
Mauvaise connaissance	0	0	1	0,5	1	0,3
Total	121	100	195	100	316	100

Les sujets de sexe masculin avaient une bonne connaissance sur le mode de transmission de la tuberculose soit 81,8 % contre 67,7 % du sexe féminin

Tableau XXIV : Répartition des sujets en fonction de la connaissance du mode de transmission de la tuberculose et les tranches d'âge.

Mode de transmission de la tuberculose	Age						Total	
	15 à 24 ans		25 à 34 ans		35 à 49 ans		N	%
	n	%	n	%	n	%		
Bonne connaissance	92	76,0	100	73,5	39	66,1	231	73,1
Connaissance partielle	25	20,7	34	25,0	16	27,1	75	23,7
Mauvaise connaissance	0	0	0	0	1	1,7	1	0,3
Ne sait pas	4	3,3	2	1,5	3	5,0	9	2,8
Total	121	100,0	136	100,0	59	100,0	316	100,0

Les sujets de 15 à 24 ans avaient une bonne connaissance sur le mode de transmission avec 76 %.

Tableau XXV : Répartition des sujets en fonction de la connaissance de la curabilité de la tuberculose et le sexe.

Curabilité de la tuberculose	Sexe				Total	
	Masculin		Féminin		N	%
	n	%	n	%		
Oui	114	94,2	168	86,2	282	89,2
Ne sait pas	2	1,7	17	8,7	19	6,0
Non	5	4,1	10	5,1	15	4,8
Total	121	100	195	100	316	100

La curabilité de la tuberculose était connue par 89,2 % de sujets dont 94,2 % parmi de sexe masculin et 86,2 % parmi le sexe féminin.

Tableau XXVI : Répartition des sujets en fonction de la connaissance du type de traitement de la tuberculose selon le sexe

Type de traitement	Sexe				Total	
	Masculin		Féminin		N	%
	n	%	n	%		
Moderne	113	99,1	140	83,3	253	89,7
Autres	0	0	1	0,6	1	0,4
Moderne + traditionnel	1	0,9	27	16,1	28	9,9
Total	114	100	168	100	282	100

Le traitement moderne a été évoqué comme le plus efficace par 89,7 % de sujets. Le sexe féminin a opté pour le traitement moderne et traditionnel dans 16,1 %

Tableau XXVII : Répartition des sujets en fonction de la connaissance de la durée du traitement de la tuberculose selon le sexe

Durée du traitement de la tuberculose	Sexe				Total	
	Masculin		Féminin		N	%
	n	%	n	%		
Ne sait pas	57	48,7	139	73,2	196	63,8
Bonne connaissance	43	36,8	28	14,7	71	23,2
Mauvaise connaissance	17	14,5	23	12,1	40	13,0
Total	117	100,0	190	100,0	307	100,0

Bonne connaissance : six mois et plus

Mauvaise connaissance : moins de six mois

Seulement 36,8 % de sujets avaient une bonne connaissance sur la durée de traitement de la tuberculose parmi le sexe masculin contre 14,7 % du sexe féminin.

Tableau XXVIII : Répartition des sujets en fonction de la connaissance de la durée du traitement de la tuberculose et la tranche d'âge.

Durée du traitement moderne de la tuberculose	Age						Total	
	15 à 24 ans		25 à 34 ans		35 à 49 ans			
	n	%	n	%	n	%	N	%
Ne sait pas	82	70,1	85	63,0	29	52,7	196	63,8
Bonne connaissance	16	13,7	39	28,9	16	29,1	71	23,1
Mauvaise connaissance	19	16,2	11	8,1	10	18,2	40	13,0
Total	117	100,0	135	100,0	55	100,0	307	100,0

Bonne connaissance : six mois et plus

Mauvaise connaissance : moins de six mois

Les sujets de 25 à 34 ans et 35 à 49 ans avaient une bonne connaissance de la durée du traitement avec respectivement 28,9 % et 29,1 %.

Tableau XXIX : Répartition des sujets en fonction de la connaissance de la fatalité de la tuberculose selon le sexe

Fatalité de la tuberculose	Sexe				Total	
	Masculin		Féminin		N	%
	n	%	n	%		
Oui	120	99,2	191	98,0	311	98,4
Ne sait pas	1	0,8	2	1,0	3	1,0
Non	0	0	2	1,0	2	0,6
Total	121	100	195	100	316	100

La tuberculose était connue comme une maladie mortelle par 98,4 % des sujets.

Tableau XXX : Répartition des sujets en fonction de la connaissance de l'existence de la relation entre la tuberculose et le VIH et le sexe

Relation entre tuberculose et VIH	Sexe				Total	
	Masculin		Féminin		N	%
	n	%	n	%		
Ne sait pas	66	54,5	104	53,3	170	53,8
Non	37	30,6	72	37,0	109	34,5
Oui	18	14,9	19	9,7	37	11,7
Total	121	100	195	100	316	100

Seulement 11,7 % de sujets savaient qu'il existe une relation entre la tuberculose et le VIH dont 14,9 % parmi le sexe masculin et 9,7 % parmi le sexe féminin

Tableau XXXI : Répartition des sujets en fonction de la connaissance de l'existence de la relation entre la tuberculose et le VIH et la tranche d'âge.

Relation entre tuberculose et VIH	Age						Total	
	15 à 24 ans		25 à 34 ans		35 à 49 ans		N	%
	n	%	n	%	n	%		
Ne sait pas	68	56,2	71	52,2	31	52,5	170	53,8
Non	43	35,5	50	36,8	16	27,1	109	34,5
Oui	10	8,3	15	11,0	12	20,3	37	11,7
Total	121	100,0	136	100,0	59	100,0	316	100,0

20,3 % des sujets de 35 à 49 ans ont déclaré qu'il existe une relation entre la tuberculose et le VIH contre 11 % des sujets de 25 à 34 ans et 8,3 % de ceux de 15 à 24 ans.

C. Attitudes et pratiques comportementales sur le VIH et la tuberculose :

1. Attitudes et pratiques comportementales sur le VIH

Répartition des sujets selon que le VIH leur inquiète et leur concernent et selon le sexe ;

Tous les sujets ont affirmé que le VIH leur inquiétait et leur concernait

Tableau XXXII : Répartition des sujets selon que le VIH peut toucher n'importe qui selon le sexe

Le VIH peut toucher n'importe qui	Sexe				Total	
	Masculin		Féminin		N	%
	n	%	n	%		
Non	116	95,9	179	91,8	295	93,4
Oui	5	4,1	15	7,7	20	6,3
Ne sait pas	0	0	1	0,5	1	0,3
Total	121	100	195	100	316	100

Personne n'était à l'abri du VIH a été déclaré par 6,3 % des sujets.

Tableau XXXIII : Répartition des sujets en fonction de leur opinion sur l'achat et le port du préservatif selon le sexe

Achat et Port du préservatif	sexe				Total	
	Masculin		Féminin		N	%
	n	%	n	%		
Bon	94	77,7	112	57,4	206	65,2
Mauvais	25	20,7	80	41,0	105	33,2
Ne sait pas	2	1,6	3	1,6	5	1,6
Total	121	100	195	100	316	100

Les sujets de sexe masculin étaient favorables à l'achat et à l'utilisation du préservatif dans 77,7 % contre 57,4 % dans le sexe féminin.

Tableau XXXIV : Répartition des sujets selon l'acceptabilité du test de dépistage du VIH et le sexe

Acceptabilité du test de dépistage du VIH	Sexe				Total	
	Masculin		Féminin			
	n	%	n	%	N	%
Oui	107	88,4	126	64,6	233	73,7
Non	14	11,6	65	33,3	79	25,0
Dépend du mari	0	0	4	2,1	4	1,3
Total	121	100	195	100	316	100

Les sujets de sexe masculin étaient prêts à faire le dépistage du VIH dans 88,4 %, contre 64,6 % du sexe féminin.

Tableau XXXV : Répartition des sujets sur leur opinion selon qu'une PVVIH doit être mise à l'écart en fonction du sexe

Une PVVIH doit être mise à l'écart	Sexe				Total	
	Masculin		Féminin			
	n	%	n	%	N	%
Non	102	84,3	96	49,2	198	62,7
Oui	19	15,7	94	48,2	113	35,8
Ne sait pas	0	0	5	2,6	5	1,5
Total	121	100	195	100	316	100

Les sujets de sexe masculin ont déclaré que les personnes vivantes avec le VIH ne doivent pas être mises à l'écart dans 84,3 % contre 49,2 % de sexe féminin.

Tableau XXXVI: Répartition des sujets sur leur opinion selon qu'une PVVIH doit être mise à l'écart en fonction de l'âge

Une PVVIH doit être mise à l'écart	Age						Total	
	15 à 24 ans		25 à 34 ans		35 à 49 ans			
	n	%	n	%	n	%	N	%
Non	61	50,4	93	68,4	44	74,6	198	62,7
Oui	58	48,0	41	30,1	14	23,7	113	35,8
Ne sait pas	2	1,6	2	1,5	1	1,7	5	1,6
Total	121	100,0	136	100,0	59	100,0	316	100

Les sujets de 15 à 24 ans ont déclaré dans 48,0 % qu'une personne vivant avec le VIH doit être mise à l'écart.

Tableau XXXVII : Répartition des sujets selon qu'ils aient eu de discussion sur le VIH le mois précédant notre enquête en fonction du sexe

Discussion sur le VIH	Sexe				Total	
	Masculin		Féminin			
	n	%	n	%	N	%
Non	111	91,7	182	93,3	293	92,7
Oui	10	8,3	13	6,7	23	7,3
Total	121	100	195	100	316	100

La majorité des sujets n'avait pas eu de discussion sur le VIH soit 92,7 %.

Tableau XXXVIII : Répartition des sujets en fonction de leurs fréquentations pour avoir des renseignements sur le VIH et selon le sexe

Fréquentation pour avoir des renseignements sur le VIH	Sexe				Total	
	Masculin		Féminin		N	%
	n	%	n	%		
Non	114	94,2	192	98,5	306	96,8
Oui	7	5,8	3	1,5	10	3,2
Total	121	100,0	195	100,0	316	100,0

Seulement 3,2 % de sujets se sont renseignés sur le VIH le sexe masculin était le plus intéressé soit 5,8 %.

2. Attitudes et pratiques comportementales sur la tuberculose

Tableau XXXIX : Répartition des sujets en fonction de leur attitude face à un tuberculeux selon le sexe

Attitude face à un tuberculeux	Sexe				Total	
	Masculin		Féminin		N	%
	n	%	n	%		
L'amener à l'hôpital	112	92,6	181	92,8	293	92,7
Voir un tradithérapeute	0	0	1	0,5	1	0,3
Hôpital /Tradithérapeute	9	7,4	13	6,7	22	7,0
Total	121	100	195	100	316	100

Les sujets ont déclaré qu'ils allaient amener leurs malades tuberculeux à l'hôpital dans 92 % des cas.

Tableau XL : Répartition des sujets en fonction de leur acceptabilité de certaines pratiques comportementales face à un tuberculeux et le sexe.

Comportement avec un tuberculeux	Sexe				Total	
	Masculin		Féminin			
	n	%	n	%	N	%
Risque	114	94,2	191	98,0	305	96,5
Pas de risque	7	5,8	4	2,0	11	3,5
Total	121	100,0	195	100,0	316	100,0

Risque : manger, prier, s'asseoir ou dormir dans la même chambre qu'un tuberculeux.

Pas de risque : mesures particulières.

Les sujets de sexe féminin ont déclaré dans 98,0 % des cas qu'ils allaient manger, prier, s'asseoir ou dormir dans la même chambre qu'un tuberculeux contre 94,2 % des sujets de sexe masculin.

Tableau XLI : Répartition de la population selon leurs pratiques comportementales face un tuberculeux

Comportement avec un tuberculeux	Fréquence	Pourcentage
Prier	193/316	61,1
S'asseoir	183/316	58
dormir dans la même chambre	182/316	57,6
Rien	122/316	38,6
Mesures particulières	11/316	3,5

Prier, s'asseoir, dormir dans la même chambre étaient les comportements les plus pratiqués soient respectivement 61,1% ,58% et 57,6%.

Tableau XLII : Répartition des sujets en fonction de leur attitude face à une toux de plus d'un mois selon le sexe

Attitude face à une toux de plus d'un mois	Sexe				Total	
	Masculin		Féminin		N	%
	n	%	n	%		
Venir à l'hôpital	107	88,4	183	93,8	290	91,8
Aller voir un tradithérapeute	3	2,5	2	1,0	5	1,6
Aller voir un tradithérapeute puis venir à l'hôpital	11	9,1	10	5,1	21	6,6
Total	121	100,0	195	100,0	316	100,0

Les sujets ont déclaré qu'ils allaient venir à l'hôpital dans 91,8 % des cas devant une toux de plus d'un mois, dont 93,8 % parmi le sexe féminin.

Tableau XLIII : Répartition des sujets en fonction de la visite face à un parent tuberculeux selon le sexe

Visite à un tuberculeux	Sexe				Total	
	Masculin		Féminin		N	%
	n	%	n	%		
oui	116	95,9	186	95,4	302	95,6
non	5	4,1	9	4,6	14	4,4
Total	121	100	195	100	316	100

La majorité (95 %) des sujets a déclaré qu'elle allait rendre visite à leurs parents atteints de tuberculose.

Tableau XLIV : Répartition des sujets en fonction de leur acceptabilité à visiter un parent tuberculeux contagieux selon le sexe.

Visite à un parent tuberculeux contagieux	Age						Total	
	15 à 24 ans		25 à 34 ans		35 à 49 ans		N	%
	n	%	n	%	n	%		
oui	120	99,2	130	95,6	52	88,1	302	95,6
non	1	0,8	6	4,4	7	11,9	14	4,4
Total	121	100,0	136	100,0	59	100,0	316	100

Les sujets âgés de 15 à 24 ans ont déclaré qu'ils allaient rendre visite à leurs parents atteints de tuberculose contagieuse dans 99,2 % des cas contre 95,6 % des sujets de 25 à 34 ans et 88,1 % de ceux de 35 à 49 ans.

Tableau XLV : Répartition des sujets en fonction de la prise de mesures de prévention au cours de leur visite à un parent tuberculeux et le sexe.

Mesures de prévention	Sexe				Total	
	Masculin		Féminin		N	%
	n	%	n	%		
Mesures particulières	114	98,3	184	99,0	298	98,7
Pas de mesures particulières	2	1,7	2	1,0	4	1,3
Total	116	100,0	186	100,0	302	100,0

La prise des mesures de prévention a été déclarée par 98,7 % des sujets au cours de leurs visites à leur parent tuberculeux.

D. Moyens de prévention utilisés contre le VIH

Tableau LXVI : Répartition des sujets en fonction de leur habitude d'utilisation du préservatif selon le sexe

Habitude d'utilisation du préservatif	Sexe				Total	
	Masculin		Féminin		N	%
	n	%	n	%		
Non	52	43,0	168	86,2	220	69,6
Oui	69	57,0	27	13,8	96	30,4
Total	121	100	195	100	316	100

Le préservatif n'était pas utilisé par 69,6 % de sujets, dont le sexe féminin qui était majoritaire (86,2 %).

Tableau XLVII : Répartition des sujets selon leur habitude d'utilisation du préservatif en fonction de la tranche d'âge.

Habitude d'utilisation du préservatif	Age						Total	
	15 à 24 ans		25 à 34 ans		35 à 49 ans		N	%
	n	%	n	%	n	%		
Non	102	84,3	87	64,0	31	52,5	220	69,6
Oui	19	15,7	49	36,0	28	47,5	96	30,4
Total	121	38,3	136	100,0	59	100,0	316	100,0

Les sujets les plus âgés utilisaient beaucoup plus le préservatif soient **36 %** et **47,5 %** respectivement pour les tranches d'âge de 25 à 34 ans et 35 à 49 ans.

E. Attitudes face au dépistage du VIH

Tableau XLVIII : Répartition des sujets en fonction du dépistage et le sexe.

Dépistage du VIH	Sexe				Total	
	Masculin		Féminin		N	%
	n	%	n	%		
Non	119	98,3	186	95,4	305	96,5
Oui	2	1,7	9	4,6	11	3,5
Total	121	100	195	100	316	100

Le test de dépistage du VIH n'était pas pratiqué par 96,5 % de sujets.

Tableau XLIX : Répartition selon l'acceptabilité du dépistage du VIH en fonction de l'âge

Test du VIH	Age						Total	
	15 à 24 ans		25 à 34 ans		35 à 49 ans		N	%
	n	%	n	%	n	%		
Oui	70	57,9	113	83,1	50	84,7	233	73,7
Non	50	41,3	21	15,4	9	15,3	80	25,3
Dépend du mari	1	0,8	2	1,5	0	0	3	1,0
Total	121	100,0	136	100,0	59	100,0	316	100,0

Le test de dépistage du VIH était accepté dans la majorité, par les sujets de 25 à 34 ans et de 35 à 49 ans soit 83,1 % et 84,7 %.

Tableau L : Répartition des sujets selon la connaissance de leur statut sérologique en fonction du sexe

Statut sérologique	Sexe				Total	
	Masculin		Féminin		N	%
	n	%	n	%		
Non	0	0	9	100,0	9	81,8
Oui	2	100,0	0	0	2	18,2
Total	2	100,0	9	100,0	11	100,0

Parmi ceux qui ont fait la sérologie VIH, les sujets du sexe masculin étaient informés de leur statut sérologique ce qui était le contraire pour le sexe féminin.

Tableau LI : Répartition des sujets selon le motif de non-réalisation du test en fonction du sexe

Raison de non-dépistage	Sexe				Total	
	Masculin		Féminin		N	%
	n	%	n	%		
Rien	61	50,4	77	39,5	138	43,6
Confiance / fidélité	23	19,0	72	37,0	95	30,1
Bonne santé	32	26,4	31	15,9	63	20,0
Pas d'occasion / moyens / centre	2	1,7	14	7,2	16	5,1
Peur	3	2,5	1	0,5	4	1,2
Total	121	100,0	195	100,0	316	100,0

Aucune raison n'a été donnée pour le non-dépistage par 43,6 % de sujets.

La confiance, fidélité ont été citées comme motifs par 30,1 % de sujets.

2. ENTRETIEN DE GROUPES

Tableau LII : Répartition des sujets en fonction de leurs connaissances sur la tuberculose et les tranches d'âge

Connaissance sur la tuberculose	Age						Total	
	15 -24 ans		25 -34 ans		35 - 49 ans			
	p	n	p	n	p	n	p	N
Maladie grave et contagieuse	8	88,9	1	100	7	50	16	66,7
Maladie respiratoire	0	0	0	0	7	50	7	29,1
Maladie dangereuse	1	11,1	0	0	0	0	1	4,2
Total	9	100	1	100	14	100	24	100

La tuberculose a été définie comme maladie grave et contagieuse dans 66,7 % des cas.

Tableau LIII : Répartition des sujets en fonction de la connaissance des causes de la tuberculose et les tranches d'âge

Causes de la tuberculose	Age						Total	
	15 -24 ans		25 -34 ans		35 -49 ans			
	n	P	n	p	n	p	N	p
Ne sait pas	6	66,7	0	0	6	42,9	12	50
BK	2	22,2	0	0	0	0	2	8,3
Contamination voie aérienne	1	11,1	0	0	1	7,1	2	8,3
Mauvaise hygiène alimentaire	0	0	1	100	1	7,1	2	8,3
Lait frais non chauffés germes	0	0	0	0	6	42,9	6	25
Total	9	100	1	100	14	100	24	100

Seulement 8,3 % du groupe avaient évoqué le BK comme cause de la tuberculose, ils étaient tous des sujets de 15 à 24 ans.

Tableau LIV : Répartition des sujets en fonction de la connaissance des signes et symptômes de la tuberculose

Signes et symptômes de la tuberculose	Fréquence	Pourcentage(%)
Toux chronique, fièvre, amaigrissement, insomnie	8	33,3
Toux chronique, fièvre, amaigrissement	6	25,0
Toux chronique, fièvre, amaigrissement, asthénie, hémoptysie	5	20,8
Toux chronique, fièvre, amaigrissement, dyspnée	3	12,5
Toux chronique, fièvre, amaigrissement, douleur thoracique	2	8,3
Total	24	100,0

La toux chronique, fièvre, amaigrissement et insomnie étaient les signes les plus cités soit 33,3% des cas.

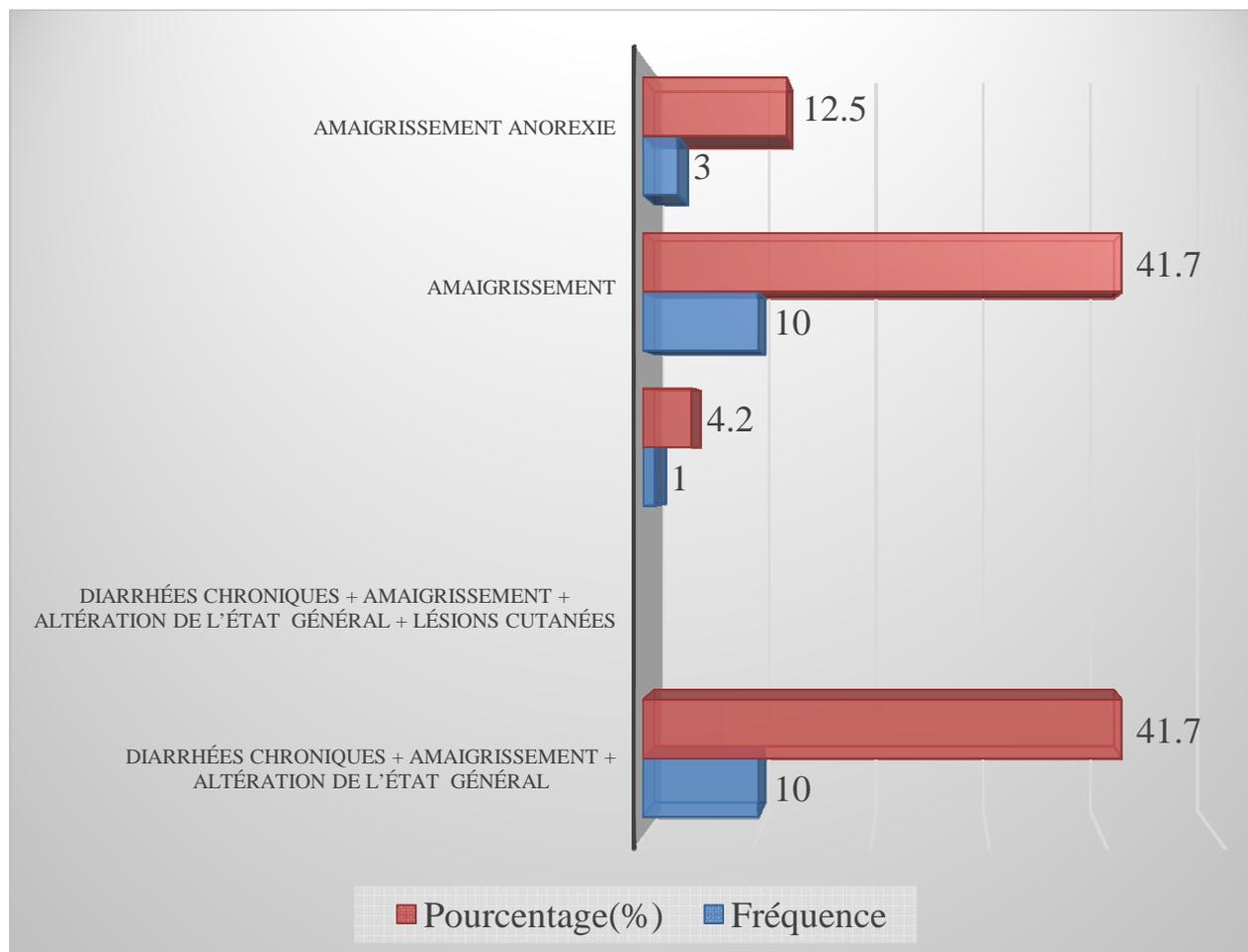
Tableau LV : Répartition des sujets en fonction de la connaissance de la définition du VIH et les tranches d'âge

Définition du VIH	Age						Total	
	15-25 ans		25-34 ans		35-49 ans		N	p
	n	p	n	p	n	p		
Maladie grave contagieuse	7	77,8	0	0	6	42,9	13	54,2
Maladie sexuellement transmissible	0	0	1	100	5	35,7	6	25
Maladie incurable et mortelle	2	22,2	0	0	3	21,4	5	20,8
Total	9	100	1	100	14	100	24	100

Le VIH a été défini comme une maladie grave et transmissible dans 54,2 % des Cas.

Répartition des sujets en fonction de la connaissance du mode de transmission du VIH.

La transmission par les rapports sexuels, sang et usages des objets souillés par le sang était connue par tout le groupe.

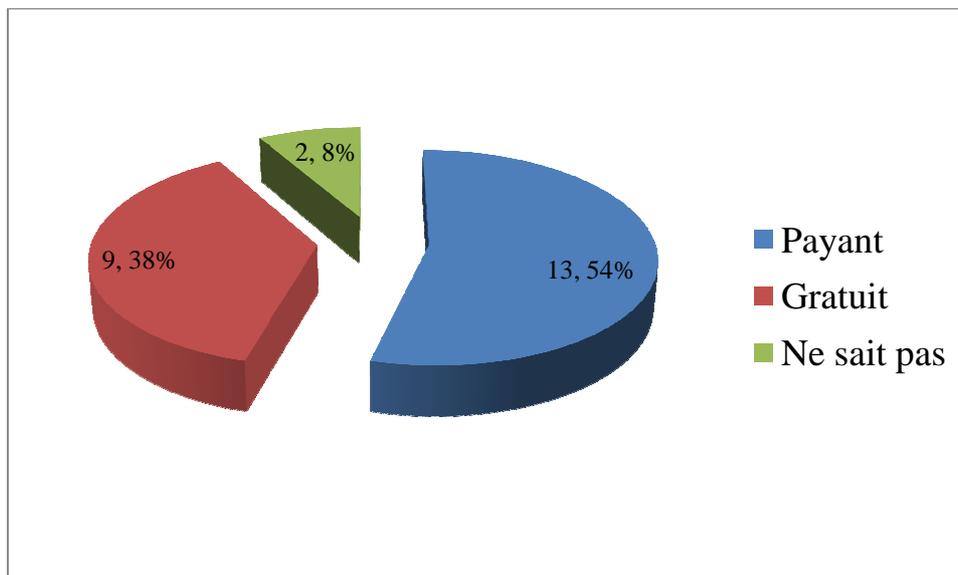


Les diarrhées chroniques, amaigrissements et altération de l'état général ont été cités comme signes les plus fréquents du VIH soit 41,7% des cas.

Figure 1 : Répartition des sujets en fonction de la connaissance des signes et symptômes du VIH.

Répartition en fonction de la connaissance de l'existence des antituberculeux

Tout le groupe savait que les médicaments contre la tuberculose existent.



La gratuité des antituberculeux n'était pas connue par 54,2 % du groupe.

Figure 2 : Répartition des sujets en fonction de la connaissance de la gratuité des antituberculeux

Tableau LVI : Répartition des sujets en fonction de la connaissance de l'existence des ARV et les tranches d'âge

Existence des ARV	Age						Total	
	15-25 ans		25-34 ans		35-49 ans		N	p
	p	n	n	p	n	p		
Oui	5	55,6	1	100	14	100	20	83,3
Non	4	44,4	0	0	0	0	4	16,7
Total	9	100	1	100	14	100	24	100

L'absence de traitement contre le VIH a été déclarée par 44,4% des sujets de 15 à 24 ans soit 16,7% du groupe.

Tableau LVII : Répartition des sujets en fonction de la connaissance de la gratuité des médicaments contre le VIH

Gratuité des ARV	Fréquence	Pourcentage(%)
Oui	11	45,8
Non	9	37,5
Ne sait pas	4	16,7
Total	24	100,0

La gratuité des antirétroviraux était connue par 45,8% du groupe.

Tableau LIX : Répartition des sujets en fonction du lieu et de la manière par lesquels la population obtient les informations sur le VIH/tuberculose et les tranches d'âge

Source d'information et lieu de renseignement	Age						Total	
	15-25 ans		25-34 ans		35-49 ans		p	N
	p	n	p	n	p	n		
Centre de santé + agent de santé	2	22,2	0	0	11	78,6	13	54,2
Centre de santé	4	44,4	0	0	1	7,1	5	20,8
Radio Télé Centre de sante	3	33,3	1	100	2	14,3	6	25
Total	9	100	1	10	14	100	24	100

Le centre et agent de santé ont été cités comme lieu et source d'information sur le VIH et la tuberculose par 54,2% du groupe.

V- COMMENTAIRES ET DISCUSSION

A. Méthodologie :

Notre étude transversale descriptive avec des questionnaires directifs à un seul passage a été complétée par l'enquête par la technique des groupes d'entretien pour mieux apprécier les connaissances, attitudes et pratiques comportementales de la population de 15 à 49 ans dans la commune de Sy face au VIH et à la tuberculose.

Cette étude a porté sur 316 personnes choisies dans 3 villages de la commune de Sy (San/Ségou) pour des questionnaires individuels et 24 personnes pour une séance de focus groupes, pendant la période du 15 juin au 15 août 2013.

Elle nous a permis d'être en contact direct avec la population, de connaître leur niveau de compréhension et leur préoccupation sur le VIH et la tuberculose.

Ce pendant nous avons aussi rencontré des difficultés : certains sujets se sentaient gêner de discuter sur le VIH ; d'autres ne voulaient pas répondre certaines questions.

B. Données sociodémographiques :

1. Age et sexe selon les auteurs :

Notre population d'étude était constituée de 61,7 % des sujets de sexe féminin et 38,3 % de sexe masculin. Parmi les sujets âgés de 15 à 24 ans et 25 à 34 ans, le sexe féminin était le plus représenté soit **79,3 %** et **56,7 %**. Par contre le sexe masculin était prédominant dans la tranche d'âge de 35 à 49 ans soit **62,7 %**.

Ceci pourrait s'expliquer par la période (hivernage) et le moment de l'étude puisque l'étude a été faite au cours des campagnes de vaccination au cours desquelles les jeunes mères étaient majoritaires.

Quel que soit le village le sexe féminin était le plus représenté.

Les mariés étaient les plus représentés dans le sexe féminin soit 63,9 %.

Parmi les célibataires les hommes étaient majoritaires soit 58 %.

Les mariés représentaient 93,3% parmi le sexe féminin contre 85,1 % celui du sexe masculin.

Les paysans étaient les plus représentés dans le sexe féminin soit 60 %.

2. Niveau instruction :

Les non instruits étaient les plus représentés avec un taux de 77,8 % des sujets, le sexe masculin et les sujets de 35 à 49 ans étaient les plus scolarisés. Cela pourrait s'expliquer par le milieu d'étude (villages) où la population est constituée essentiellement de cultivateurs qui sont analphabètes et la population d'études composée majoritairement de femmes.

C. Connaissances sur le VIH et la tuberculose

1- Connaissances sur le VIH

Dans notre étude, tous les sujets avaient déjà entendu parler du VIH, ce résultat est similaire à celui d'Ariane [19] qui a trouvé 100 % et celui de l'EDS IV [4] qui était de 90,9 %. Ceci pourrait s'expliquer par la fréquentation des centres et personnels de santé et par les diverses méthodes (campagnes de vaccination, de sensibilisation, causeries débats) permettant une large diffusion d'information sur la pandémie.

Tous les sujets d'étude étaient informés de la gravité de l'infection par le VIH ce résultat est semblable à celui de l'association AIDS d'Algérie [21] qui a trouvé presque la quasi-totalité (88,4 %) des sujets enquêtés.

1-1. Sources d'information :

Les principales sources d'information étaient la radio, la télévision et les causeries soient respectivement 91,7 %, 88,8 % et 54 %.

L'étude menée par Ariane [19] a trouvé respectivement 23 %, 24,3 % et 22,1 % ; celle de A .TRAORE [18] a trouvé l'école/conférence avec 48,1 % ; média 36,7 % ; parents 8,2 % ; autres 6,3 %.

Partant de ces résultats, on note que la radio et la télévision ont été les principales sources d'information sur le VIH/SIDA confirmant ainsi tout l'engagement du programme national de lutte contre le VIH/SIDA à travers les médias.

1-2. Modes de transmission et moyens de prévention :

La bonne connaissance des voies de transmission et des moyens de prévention du VIH a été largement affirmée par les sujets d'étude. C'est ainsi que la voie sexuelle a été la plus citée avec 100 % suivi respectivement de produit sanguin, de l'usage des objets souillés de sang.

Ce résultat est semblable à celui d'Ariane [19] et de Barkissa [20] qui ont trouvé respectivement 95,7 % et 98 % pour la voie sexuelle.

Dans notre étude 28,2 % des sujets d'étude ont déclaré les « piqûres de moustiques » comme mode de transmission du VIH, parmi ces sujets le sexe féminin représentait 38,0 % dans son genre. Ce résultat est supérieur à celui d'Ariane [19] qui a trouvé 2,3 % ceci pourrait s'expliquer par le niveau d'instruction (analphabétisme) de nos sujets.

On remarque que l'abstinence était le moyen de prévention le plus cité avec 99,7 % des sujets suivi respectivement du non-usage des objets souillés par le sang et le port du préservatif au cours des rapports sexuels.

Contrairement à nos résultats dans les études d'Ariane [19] et de Barkissa [20] le préservatif était le moyen de prévention le plus connu avec respectivement 82,9 % et 83,1 % ceci pourrait s'expliquer par le manque de confiance aux préservatifs de certains de nos sujets.

Le préservatif était connu par 87,3 % des sujets d'étude, dont 95,9 % parmi le sexe masculin contre 82,0 % dans le sexe féminin. 88,6 % de sujets savaient qu'il fallait se procurer les préservatifs par le biais du centre de santé.

38,3 % des sujets ne savaient pas l'utilisation adéquate du préservatif.

Seulement 19,2 % de notre population connaissaient le lieu de dépistage du VIH et 96,5 % n'avaient jamais fait de dépistage. Parmi les 3,5 % qui ont fait le dépistage, 18,2 % étaient informés de leur statut sérologique.

Parmi ceux qui n'avaient pas fait de test du VIH, 43,6 % n'avaient pas d'explication à donner, 20 % ont déclaré être en bonne santé ; 23 % se faisaient confiance comme raisons de non-dépistage.

Dans notre étude 74,4 % de la population ont déclaré qu'il existe un traitement contre l'infection à VIH et 94,5 % ont affirmé que le but du traitement était de permettre à une PVVIH de mener une vie normale.

2- Connaissance sur la tuberculose

Les résultats de notre enquête nous ont montré que la population générale de la commune de Sy avait une bonne connaissance sur les symptômes de la tuberculose. La toux chronique a été citée dans 99,7 % son association à une perte de poids de 92,7 % et à la fièvre de 76,3 %.

La tranche d'âge 25 à 34 ans avait le plus de bonne connaissance sur les manifestations de la tuberculose.

Bien que beaucoup de nos sujets avaient une bonne connaissance sur la symptomatologie, la contagiosité (99,4 %), la morbidité (98,4 %) et la curabilité (89,2 %) de la tuberculose, l'étude a révélé des connaissances très limitées sur les modes de transmission et sur la cause de la tuberculose.

Dans notre étude seulement 3,8 % savaient que la tuberculose était due au BK ce résultat est nettement inférieur à celui de **Soumana A.** [16] et de **Diarra B.** [17] qui avait trouvé respectivement 21,7 % et 10,6 %.

La contamination par le crachat d'un tuberculeux (95,9 %) ; manger et boire avec le même récipient (72,6 %) et le contact permanent avec un tuberculeux ont été cités comme modes de transmission.

D. Attitudes et pratiques comportementales sur le VIH et la tuberculose

1- Attitudes et pratiques Comportements/ sur le VIH :

La majorité des sujets enquêtés n'avait pas eu de discussion sur le VIH le mois précédant notre enquête

Seulement 3,2 % des sujets ont fréquenté des structures de santé ou autres pour avoir des renseignements sur le VIH. Et 3,5 % des sujets avaient fait le dépistage, dont 9 femmes et 2 hommes.

Dans 65,2 % des cas les sujets ont qualifié l'achat et l'utilisation du préservatif comme mauvais comportement par contre 33,2 % l'ont apprécié. Le sexe masculin a le plus sollicité cette attitude soit 77,7 % contre 57,4 %.

Dans notre étude 62,6 % étaient favorables à une vie en communauté avec une PVVIH a ; 35,8 % y étaient opposés.

2- Attitudes / pratiques comportementales face à la tuberculose

Plus de la moitié des sujets ont accepté de dormir dans la même chambre qu'un tuberculeux (57,6 %) ; prier (61,1 %) et s'asseoir (58 %) ensemble ce qui montre

la méconnaissance du mode de transmission. Dans l'étude de A. Soumana [16], 72,0 % des personnes n'acceptaient pas de passer la nuit dans la même chambre que le malade ; 83,3 % n'acceptaient pas de partager le plat avec le malade ceci pourrait s'expliquer par le niveau d'instruction (analphabétisme) de notre population d'étude.

88,3 % des personnes ne savaient pas qu'il existe une relation entre la tuberculose et le VIH, ignorant ainsi la gravité de la tuberculose qui est la première infection opportuniste au cours du SIDA. La connaissance de cette relation de causalité est importante pour prévenir d'éventuelles surinfections ou de complications au cours de la maladie tuberculeuse.

99,7 % de la population déclaraient qu'ils allaient amener leurs malades tuberculeux à l'hôpital pour la prise en charge.

91,7 % de la population solliciteraient la consultation au centre de santé devant une toux de plus d'un mois, 95,6 % ont accepté de rendre visite à leurs malades tuberculeux et 98,7 % ont déclaré qu'ils adopteraient des mesures particulières au cours de leur visite aux malades tuberculeux.

E. Moyens de prévention utilisés contre le VIH

Dans notre étude 99,7 % de la population ont affirmé n'avoir pas utilisé un préservatif au cours de leur dernier rapport sexuel ce qui est un comportement à risque. 30,4 % de la population d'étude avaient au moins l'habitude d'utiliser les préservatifs. La fidélité et l'abstinence sexuelle étaient les moyens de prévention pratiqués par les sujets.

F. Attitudes face au dépistage du VIH

Le test de dépistage du VIH n'était pas pratiqué par 96,5 % de sujets.

Seulement 11 personnes ont fait la sérologie VIH soit 3,5 % dont 9 femmes et 2 hommes. Et seulement les deux hommes qui étaient informés de leur statut sérologique.

Au moment de notre enquête, 73,7 % des sujets ont affirmé être prêts à faire le test du VIH.

VI-CONCLUSION / SUGGESTION

1-CONCLUSION

Nous avons enquêté sur 316 sujets dans trois villages de la commune de SY sur les connaissances attitudes et pratiques comportementales relatives au VIH/SIDA et la tuberculose.

Au terme de l'étude nous pouvons dire que les sujets enquêtés avaient déjà entendu parler du VIH et croyaient fermement à son existence, les principales sources d'information étaient la radio et la télévision.

Les enquêtés avaient une bonne connaissance sur les symptômes du VIH/SIDA et la tuberculose, mais le mode de transmission et la cause de la tuberculose étaient inconnus.

On notait une réticence à l'utilisation du préservatif ; l'abstinence était le mode de prévention le plus cité.

La gratuité du dépistage, des antituberculeux et des ARV était ignorée par la majorité des sujets.

La presque totalité de la population ne connaissait pas leur statut sérologique et 73,7 % des sujets étaient prêts à faire le dépistage du VIH/SIDA.

2-SUGGESTIONS

Au terme de cette étude, nous proposons les suggestions suivantes :

AU MINISTERE DE LA SANTE

- Renforcer les campagnes de sensibilisation sur le VIH et la tuberculose (notamment sur le coût des examens et les traitements) au niveau des médias (Radio et TV).

-Organiser des causeries-débats sur le VIH/SIDA et la tuberculose au niveau des villages.

-rendre disponibles les cellules de dépistage au niveau des centres de santé communautaires.

Aux autorités politiques

Organiser des campagnes de sensibilisation des causeries- débats sur le VIH et la tuberculose en assurant la couverture médiatique.

Aux populations

- l'utilisation du préservatif par la population et les discussions sur le VIH au sein de la famille.

-Arrêter la discrimination des PVVIH.

-Éviter la stigmatisation et en cas de doute de s'informer auprès du personnel de santé.

-Pratiquer les mesures de prévention du VIH et la tuberculose.

VII- REFERENCES:

1 Levy JA pathogenesis of human immunodeficiency virus, infection microbial Rev 1993; 57: 183 - 289

2-Toudeft F. Etude sur les connaissances, attitudes et comportements des jeunes universitaires en matière de l'infection à VIH/SIDA : Evaluation des actions de proximité Enquête comportementale Alger 2010 page 5

3- PILLY E maladies infectieuses édition 2012 P 427 ; 580

4-Dr Idrissa Cissé et Dr Soumaïla Mariko

Prévalence du VIH et facteurs associés : Enquête Démographique et de Santé du Mali, 2006, Page 250

5- Rapport 2005 de l'OMS

La tuberculose liée au VIH dans le monde

6- Institut royal des tropiques

Relever les défis du VIH / SIDA et des SMT.

Aids / SAF AIDS / OMS 1995. 5-7

8 ONU SIDA baisse des taux d'infection à VIH associé à l'évolution des comportements sexuels en Taïland 1998 ; 1-2

9 ONU SIDA consensus régional sur l'amélioration de la surveillance comportementale et de la sérosurveillance face au VIH. Rapport d'une conférence régionale tenue en Afrique orientale 1998 ; 4 - 9

10 ONU SIDA / OMS Le point sur l'épidémie du SIDA 2000 ; 21

11 ONU SIDA ; les hommes et le SIDA, une approche qui tient compte du rôle des hommes et des femmes campagne mondiale contre le SIDA 2000 ; 9-11

12 ONU SIDA migration et SIDA résultats de recherche action – projet, Initiative Ouest Africaine pour une réponse à l'épidémie du VIH / SIDA 2000 ; 9-31

13 Peerters Mulanga – Ka Beyac, Deleporte E. la diversité génétique du VIH virologie 2000 ; 4 :371 – 81

14 PNLIS / OMS L'épidémie à VIH population cibles et activité en matière de prévention, 1994 ; 45

15 Gallo R- C

Detection, isolation and continuous production of cytopathic retro virus from patients with Aids and Arc. Science 1984; 224: P 497

16 Soumana A.

Attitudes, pratiques comportementales des membres de la famille face aux malades tuberculeux et connaissance générale de la population de Koulikoro Thèse méd. 2009, 09 M 16

17 Diarra B.

Etude des connaissances, attitudes et pratiques comportementales de la population générale de Bamako face à la tuberculose Thèse méd. 2005 P 82

18 A. Traoré

Connaissances, attitudes et pratiques comportementales des jeunes de moins de vingt ans face aux IST /SIDA Thèse pharmacie 2006 ; 06 P 67

19 Ariane Metiegam Tagne Tatientse Connaissances, attitudes et pratiques comportementales liées aux IST et au VIH/SIDA des étudiants de la FMPOS ; thèse méd. ; Bamako 2009 ; 09 M 509

20- Barkissa N.T Connaissances et comportements face au VIH/SIDA en milieu scolaire de Bamako ; thèse méd. Bamako 2006

21- Rapport 2007 de la DNS

Sur la prévalence de la coïnfection VIH/ TB au Mali

22- Rapport 2007 de l’OMS

Situation de la tuberculose au Mali

23- Pierre Boris N’nde,

Sida et prise en charge en contexte rural1 : l’influence des mutuelles de santé dans l’accès aux soins chez les personnes vivant avec le VIH.

Les Cahiers du CIÉRA, Canada, 2011 (8), 39

24- Kara Greenblott

La protection sociale à l’ère du VIH/sida : Examen du rôle des interventions appuyées par une aide alimentaire PAM Italie 2005 (17) Page 13

25- PNLT

Mission de renforcement des capacités du Programme National de Lutte contre la Tuberculose Initiative 5 % 2012 Mission n° 12INI122-MALI-PNLT MALI Page 1

26- ONUSIDA RAPPORT MONDIAL

Rapport ONUSIDA sur l’épidémie mondiale de sida 2013 Genève (suisse) 2013 Page 4

VIII-ANNEXES

FICHE D'ENQUETE

A- ENTRETIEN INDIVIDUEL

I-Données sociodémographiques

1- Prénom et Nom : 2-Age: /___/ 3-Sexe: /___/ 1 : M ; 2 : F

4-Statut matrimonial /___/ marié : 1 ; célibataire : 2 ; divorcé : 3 ; veuf : 4

5- Régime matrimonial : /___ / monogame : 1 ; polygame : 2 ; lévirat : 3 ; sororat : 4 ; autres : 5

6-Milieu de vie : urbain : 1 ; rural : 2 ; 3 : péri - urbain

7- Niveau d'instruction: /___/ primaire : 1 ; secondaire : 2 ; supérieure : 3 ; école coranique : 4 ; analphabète : 5

8-Religion : /___ / Musulman : 1 ; Chrétien : 2 ; Autres : 3

9- Profession: /___/ 1 : cultivateur ; 2- éleveur ; 3 : pêcheur ; 4 : commerçant ; 5 : chauffeur ; 6 : autres à préciser :

II- Connaissances attitudes et pratiques comportementales face au VIH :

A Connaissances :

10-Avez-vous déjà entendu parler du VIH et du SIDA ? /___/ oui : 1 non : 2

11-Si oui croyez-vous à l'existence du VIH et du SIDA ? /___/ oui : 1 non : 2

12-Est-il une maladie grave ? /___/ 1 : oui 2 : non

13-Quelles sont vos sources d'information ? /___/ 1 : radio 2 : télé 3 : causeries
4 : centre de santé 5 : école

14- Peut-on se protéger du VIH et du SIDA ? /___ / oui : 1 non : 2

15- Si oui quels sont les moyens de prévention du SIDA ? /___ / 1 : abstinence
2 : le port du préservatif au cours des rapports sexuels 3 : non-usages des objets souillés par le sang 5 : contraception 5 : autres

16- Le VIH peut se transmettre par : /___ /

Rapports sexuels : 1 ; en mangeant dans le même plat qu'une PVVIH : 2 ; sang : 3 ; Usage de seringue souillée : 4 ; Piqûres de moustique : 5 ; autres à préciser :.....

17- Comment obtiens-tu des renseignements sur le VIH/SIDA ? : /___ /
Causerie entre camarades : 1 ; radio : 2 ; télévision : 3 ; causerie avec parents : 4
Autres : 5

18- Connais-tu le préservatif (condom)? /___/ Oui : 1 ; non : 2

19- Si oui où peut-on s'en procurer ? /___ /

Centre de santé : 1 ; boutique : 2 ; pharmacie : 3 ; autres (préciser) :

20- Le préservatif est utilisable : /___ / une fois : 1 deux fois : 2 trois fois : 3

21- Quels sont les endroits où on fait le dépistage du VIH et du SIDA ?.....

22- Existe-t-il un traitement contre le VIH ? /___ / Vrai : 1 ; Faux : 2

23- Le but du traitement est : /___ / Guérir le malade : 1 ; Prolonger la durée de vie du malade : 2 ; Les deux à la fois : 3

B Comportements /pratiques :

24- Est-ce que tu t'es déjà procuré un préservatif ? /___ / Oui : 1 ; Non : 2

25- As-tu utilisé un préservatif au cours de ton dernier rapport ? /___ / Oui : 1 ; Non : 2

26- Au cours de ce mois as-tu discuté de VIH/SIDA avec : /___ / Camarade : 1 ; Parents : 2 ; Enseignants : 3 ; Autres (à préciser) :

27- As-tu fréquenté un centre de santé ou autres pour avoir des renseignements sur le SIDA ? /___ / Oui : 1 ; Non : 2

28- As-tu déjà fait un test de dépistage du VIH et du SIDA ? /___ / Oui : 1 ; Non : 2

29- Si oui as-tu obtenu des résultats de ce test ? /___ / Oui : 1 ; Non : 2

30- Si non pourquoi ?.....

C- Attitudes :

31- Le VIH/SIDA m'inquiète et me concerne : /___ / Oui : 1 ; Non: 2 ; NSP :3

32- Le SIDA peut toucher n'importe qui : /___ / Oui : 1 ; Non : 2 ; NSP : 3

33- Une personne qui achète ou porte un préservatif sur lui a un mauvais comportement /___/ oui:1 ; non : 2 ; NSP : 3

34- J'accepte de faire un test volontaire du VIH et du SIDA /___ / Oui : 1 ; Non : 2 ; NSP : 3

35- Une PVVIH doit être mise à l'écart /___ / Oui : 1 Non : 2 NSP : 3

III- Connaissances attitudes et pratiques comportementales face a la tuberculose :

A- Connaissances sur la tuberculose :

36- Qu'est-ce que la tuberculose ? /___ / Toux chronique : 1, Fièvre permanente : 2, Perte de poids : 3, NSP : 4Autres (à préciser) :

37 - Par quelle voie avez-vous déjà entendu parler de la tuberculose ? /___ /Radio : 1, T.V : 2, Dans un centre de santé : 3, Autre (laquelle ?) :

38-Comment se manifeste la tuberculose ? /___ /Toux : 1, Fièvre : 2, Perte de poids : 3 Autres (lesquelles ?) :

39- La tuberculose est-elle une maladie contagieuse ? /___/Oui : 1 ; Non : 2 ; NSP : 3

40- Comment se transmet la tuberculose ? /___ / Toucher : 1 ; Sueur : 2 ; Crachat : 3 Sexe : 4 ; Manger : 5 Autres à préciser

41- Peut-on guérir de la tuberculose ? /___/ Oui : 1 ; Non : 2 ; NSP : 3

42-Si oui, de quel type de traitement s'agit-il ? /___ /Moderne : 1 ; Traditionnel : 2 (Plantes, Gris-gris) ; Autres à préciser : 3

43-Le traitement moderne de la tuberculose dure combien de temps ?/___ /Moins d'un moi : 1 Plus de deux mois : 2 ; Plus de six mois : 3 ; Autres (à préciser) : 4 ; NSP : 5 ;

44- La tuberculose tue-t-elle ? /___/
Oui : 1 Non : 2 ; NSP/ : 3

45- Est-ce qu'il existe une relation entre tuberculose et sida ? /___ /Oui : 1 ; Non : 2 ; NSP : 3 si oui laquelle..... ?

B -Attitudes face à la tuberculose :

46- Que feriez-vous si on vous annonce qu'un proche parent a la tuberculose (conjoint -e, frère, sœur, etc.) ?/___/L'amener à l'hôpital : 1 ; Voir un

tradithérapeute : 2 ; Rester à la maison : 3 ; L'abandonner : 4 ; Autres à préciser :5

47- Accepteriez-vous de réaliser les actes suivants en compagnie d'un tuberculeux ? Prier : 1 ; Rien : 2 ; S'asseoir : 3 ; .Autres à préciser : 4 ; Prendre du thé : 5 ; Manger dans la même tasse : 6 ; NSP : 7 Dormir dans la même chambre : 8

48- Vous tousez depuis plus d'un mois, quelle attitude adopteriez- vous ? Venir à l'hôpital : 1 ; Aller voir un tradithérapeute : 2 Rester à la maison : 3 ; Autres (à préciser) : 4

C- Pratiques comportementales liées à la tuberculose :

49 Votre parent a une tuberculose contagieuse, allez-vous lui rendre visite ?

Oui : 1 ; Non : 2 ; NSP : 3 /

50-Si oui quelles mesures prenez-vous pour vous protéger ? /___/ Mesures particulières : 1 ; Pas de mesures particulières : 2 ; Autres à préciser : 3

Je vous remercie ; avez-vous des questions ou des recommandations ?

B- ENTRETIEN DE GROUPE DIRIGE

Age :

1- Information sur le VIH et la tuberculose

1-1- Qu'est-ce que c'est que la tuberculose ? :

1-2- Quelle est la cause de la tuberculose

1-3- Quels sont les signes et symptômes de la tuberculose?

1-4- Qu'est-ce que c'est que le VIH ?

1-5- Comment se transmet le VIH ?

1-6- Quels sont les signes et symptômes du VIH ?

2- Information sur les symptômes spécifiques de la tuberculose et du VIH

2-1 Investiguer la toux et l'hémoptysie pour voir comment elles sont comprises, interprétées et traitées par la communauté.

.....

2-2-Quelle est la première chose que les parents ont l'habitude de faire devant Chacun de ces signes ou symptômes ?

.....

2-3- Investiguer un syndrome cachectique ; une diarrhée de plus de 1 mois ; des lésions cutanées et des candidoses de longue date pour voir comment ils sont compris, interprétés et traités par la communauté.

2-4- Quelle est la première chose que les parents ont l'habitude de faire devant chacun de ces signes ou symptômes ?

.....

3- Information sur la recherche de soins et de conseils en cas de VIH et De la tuberculose.

3-1- (Si les parents pensent que quelqu'un a l'un de ces symptômes QUI est la personne dans la communauté la plus indiquée pour leurs aider ?

.....

3-2- Où se rendent les parents pour obtenir des conseils et des soins si quelqu'un dans la famille a le VIH ou la tuberculose ?

.....

3-3- Qui dans la famille décide de là où un malade tuberculeux ou un malade de SIDA doit être emmené en premier lieu ?

.....

3-4 -Quelles sont les ressources nécessaires pour que les parents obtiennent des conseils et des soins pour leurs malades tuberculeux ou sidéens (argent, transport, etc....) :.....

4. Consultation dans une formation sanitaire

4.1 -Est-ce que la tuberculose est mieux traitée ailleurs qu'à l'hôpital ?

-Si oui où et comment ? :.....

4-2 -Est-ce que le VIH est mieux traité ailleurs qu'à l'hôpital ?

-Si oui où et comment ? :.....

4-3- Combien de temps cela prend - t - il pour accéder à la formation sanitaire la plus proche ? :.....

4-4- Si quelqu'un veut amener rapidement un malade tuberculeux ou atteint de VIH à l'hôpital, quels sont les facteurs qui peuvent empêcher ou retarder cela ?

.....

5-Médicaments

5-1- Les médicaments antituberculeux existent-ils ? SI OUI à quel prix ?.....

5.2- Quelle voie pensent-ils la plus efficace ?

5-3- Existent-ils des médicaments contre le VIH ? Si oui à quel prix ?

6- Information et communication

Où et comment les gens dans la communauté reçoivent des informations en matière de tuberculose et du VIH et de lutte contre ces maladies

FICHE SIGNALITIQUE

Nom : DOLO

Prénom : Ibrahima Adresse Email : ibrahima_dolo@yahoo.fr

Titre de la thèse : connaissances, attitudes et pratiques comportementales des populations face aux VIH/SIDA et la tuberculose dans la commune de Sy.

Ville de soutenance : Bamako

Pays d'origine : Mali

Année universitaire : 2012-2013

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la FMPOS

Secteurs d'intérêt : Santé publique.

RESUME

En l'absence d'un traitement radical contre le VIH/SIDA et devant le mode de contagion interhumaine de la tuberculose l'intérêt doit être porté sur les IEC. C'est dans cette initiative que nous avons entrepris cette étude sur les connaissances attitudes et pratiques comportementales des populations de la commune de Sy sur le VIH et la tuberculose.

Nous avons mené une étude transversale descriptive allant du 10 juin au 15 Août 2013 au près de 316 sujets avec des questionnaires individuels et 24 sujets pour les groupes d'entretien. L'objectif général était de décrire les connaissances attitudes et pratiques comportementales face au VIH et la tuberculose.

La majorité des sujets avaient déjà entendu parler du VIH et croyaient à son existence. Les sujets avaient une bonne connaissance sur les symptômes de la

tuberculose et du VIH, les modes de prévention du VIH étaient connus, le plus cité fut l'abstinence sexuelle. Le mode de transmission de la tuberculose, la gratuité des antituberculeux et les ARV étaient méconnus ainsi que la relation entre le VIH et la tuberculose. La protection des rapports sexuels n'était pas courante par les sujets ce qui constitue un risque pour la population.

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Je le jure