

BREHIMA L. TRAORE Thèse de Médecine

Ministère de l'Enseignement  
Supérieur



**U.S.T.T-B**

République du Mali

**Un Peuple – Un But – Une Foi**

**UNIVERSITÉ DES SCIENCES, DES TECHNIQUES, ET DES TECHNOLOGIES DE  
BAMAKO.**

***Faculté de médecine et d'odontostomatologie***

***(FMOS)***

*Année Universitaire 2015 /2016*

*N°...../2016*

***THÈSE***

**CONNAISSANCES, ATTITUDES, ET COMPORTEMENTS,  
DES ORPAILLEURS EN MATIERE  
D'IST LE VIH ET DU SIDA DANS LE CERCLE DE  
KENIEBA.**

*Présentée et soutenue publiquement devant la Faculté de  
Médecine et d'odontostomatologie, le 18 /02 / 2016*

***Par M. Brehima Ladji TRAORE***

**Pour obtenir le grade de Docteur en médecine  
(DIPLÔME D'ÉTAT)**

***JURY :***

**PRESIDENT : Professeur samba DIOP**

**MEMBRE : Docteur Daouda SIMPARA**

**CO-DIRECTEUR : Docteur Issa KONATE**

**DIRECTEUR : Professeur Soukalo DAO**

**CONNAISSANCES, ATTITUDES ET COMPORTEMENTS DES ORPAILLEURS EN MATIERE  
D'IST ET DU VIH DANS LE CERCLE DE KENIEBA**

***DEDICACE***

Je dédie cette œuvre :

***A ALLAH***

Le Tout Puissant, le Miséricordieux pour m’avoir donné la force, le courage et la santé pour réaliser ce travail.

**Au Prophète Mohamed (Paix et Salut de DIEU sur Lui),** pour son message clair et précis et sa générosité envers ses disciples.

***A mon Père, regretté TRAORE LADJI***

Les mots n’expriment pas assez ce que j’éprouve en ce jour aussi important de ma vie. Ton souci premier a toujours été la réussite et le bonheur de tes enfants pour lesquels tu as accepté de faire des sacrifices sans limites. J’avais souhaité que tu sois ici présent en ce jour solennel mais Dieu a manifesté sa volonté et montré une fois de plus qu’il a le droit de veto sur la volonté humaine.

Puisse Allah t’accorder le paradis auprès du prophète Mahomed.

Puisse ce travail te faire plaisir, Papa.

**Amen!**

***A ma Mère, regrettée SAFOURA TRAORE***

Tu as été toujours une mère présente aux côtés de ses enfants. Tu nous as enseigné les règles de la bonne moralité, de l’honnêteté et de la bonne conduite. Ton souci a été toujours pour notre réussite dans la vie. J’avais souhaité que tu sois ici Présente en ce jour solennel dans ma vie Je prie le Tout Puissant Allah de t’accorder son paradis et que nous fassions ta fierté. .

**Amen !**

***A ma fiancée, AWA KANIBA***

Soyez rassurés de mon entière disponibilité pour partager vos joies, vos soucis et je ne ménagerai aucun effort pour vous voir sourire pendant longtemps.

L'un des apanages de nous autres jeunes gens qui ne savons encore rien de la vie et qui voulons y trouver la réalisation immédiate de nos rêves d'enfants est de rencontrer dans le conjoint l'incarnation de nos mères tout au long de notre vie.

J'espère que tu ne failliras pas à mon espérance au moment du pire.

***A ma mère, MARIAM GUINDO***

Vous n'avez pas manqué de m'entourer de la chaleur familiale nécessaire durant ces longues années passées ensemble. Je voudrais tout simplement vous dire que les moments passés avec vous m'ont été riches en enseignements. Soyez rassurés de mon entière disponibilité pour partager vos joies, vos soucis et je ne ménagerai aucun effort pour vous voir sourire pendant longtemps. Trouvez ici l'expression de mes sentiments de reconnaissance.

**REMERCIEMENTS**

Gloire à Dieu, détenteur du pouvoir suprême ! Je te dis merci, merci pour ce que j'appelle « la résurrection de mon espoir ». Par ta bienfaisance, mes remerciements vont :

***Aux membres de Ma famille :***

***A mon grand frère, BAKARY TRAORE***

Je me rappelle encore de ce jour, je me rappelle de tes encouragements de toutes mes compositions, je me rappelle aussi de tes conseils de tous les jours. Que cette thèse soit pour toi, une source de fierté ! Trouve en son sein, toute ma considération !

***A mon grand frère, OUSMANE TRAORE***

En me supportant durant de très longues années, moralement, financièrement, tu as nourri l'unité familiale. Tes conseils de tous les jours m'ont aguerri pour affronter les réalités des jours pendant ces années. Trouve dans cette thèse, toute ma sympathie, toute ma reconnaissance, toute ma disponibilité, toute mon estime et toute ma gratitude !

***Au Dr. YACOUBA SALIYA SANOKO***

Ta connaissance m'a été d'un support indéniable. Tes conseils d'amitié et de fraternité n'ont guère cessé d'animer ma conduite de tous les jours. Ta simplicité, ton courage, ta croyance m'ont servit de leçon. Docteur, cette thèse est la tienne, en ce quelle est le fruit de l'arbre que tu as arrosé de tes propres mains. Que cette thèse soit pour toi, un but atteint, une fierté ! Trouve en son sein, l'expression de ma très profonde gratitude en son sein, l'expression de ma réelle servitude ! :

***AU MEDECIN CHEF DU CSREF DE KENIEBA, DR NOUHOUM DIARRA***

En m'accueillant sans condition dans votre structure, vous m'avez permis de couronner mes études de médecine sans pression.

Une année durant, vous n'avez ménagé aucun effort pour l'exploit escompté.

Puisse cette thèse servir à la documentation de la bibliothèque du CSRéf !

Puisse-t-elle faire sa fierté.

# **HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY**

**CONNAISSANCES, ATTITUDES ET COMPORTEMENTS DES ORPAILLEURS EN MATIERE  
D'IST ET DU VIH DANS LE CERCLE DE KENIEBA**

## **A notre maitre et président du jury**

### **Professeur Samba DIOP**

- Maître de conférences en anthropologie médicale
- Enseignant chercheur en écologie humaine, anthropologie et éthique de santé du DER santé publique de la FMOS,
- Responsable de l'unité de recherche formative en sciences humaines, sociales et éthique SEREFO/VIH/SIDA/FMOS,
- Membre du Comité d'Éthique institutionnel et national du Mali.

### **Cher maître,**

Nous sommes fiers aujourd'hui d'avoir pu bénéficier de vos conseils et votre soutien. Nous apprécions à sa juste valeur vos qualités humaines, votre souci du travail bien fait et votre rigueur scientifique qui témoignent votre grande disponibilité à l'endroit des étudiants.

Nous avons été touchés par votre simplicité et votre disponibilité.

Veillez accepter cher maitre, tous nos remerciements et profonde reconnaissance.

Qu'ALLAH vous fortifie!

## **A notre maitre et membre du jury**

CONNAISSANCES, ATTITUDES ET COMPORTEMENTS DES ORPAILLEURS EN MATIERE  
D'IST ET DU VIH DANS LE CERCLE DE KENIEBA

**Dr Daouda SIMPARA**

- Médecin au CSRéf de Keniéba
- Médecin de l'URENI
- Médecin d'appui au système d'information sanitaire
- Master I en santé publique

**Cher maître,**




C'est un plaisir pour nous d'avoir eu des moments d'entretiens et de partages au cours de l'élaboration de cette thèse. Vos qualités humaines, surtout votre sens élevé de la responsabilité et la rigueur dans le travail font de vous un bon encadreur. Trouvez dans ce travail l'expression de notre profonde gratitude.

Qu'ALLAH vous assiste!



**A notre Maitre et co-directeur**

**Dr ISSA KONATE**

-  Spécialiste des Maladies Infectieuses et Tropicales
-  Assistant à la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie (FMOS)
-  Praticien hospitalier au CHU du Point G.

Cher maître !

Les qualités telles que simplicité, disponibilité, humilité, engagement et dévouement sont votre quotidien ce qui inspire le respect.

Tout au long de ce travail, vous avez forcé notre admiration tant par votre rigueur scientifique et votre amour du travail bien fait que par vos qualités humaines.

Veillez croire cher maître à l'expression de notre sincère et profonde reconnaissance.

**A notre Maitre et Directeur de thèse**

**Pr SOUNKALO DAO**

CONNAISSANCES, ATTITUDES ET COMPORTEMENTS DES ORPAILLEURS EN MATIERE  
D'IST ET DU VIH DANS LE CERCLE DE KENIEBA

- ✚ Professeur titulaire des Maladies Infectieuses et Tropicales
- ✚ Chef de Service des Maladies Infectieuses du CHU du Point G
- ✚ Chef de Département d'Enseignement et de Recherche (DER) de Médecine et Spécialités médicales à la FMOS
- ✚ Président de la Société Malienne de Pathologies Infectieuses et Tropicales (SOMAPIT)
- ✚ Directeur Adjoint du programme SEREFO
- ✚ Membre de la Société de Pathologie Infectieuse de Langue Française (SPILF).

Cher maître !

C'est une chance et un grand honneur pour nous de vous avoir comme directeur de thèse.

A vos côtés, nous avons appris à apprécier l'être humain dans sa simplicité, son humilité, sa générosité, son dévouement et sa culture de l'excellence.

Votre rigueur scientifique, votre enseignement remarquable de qualité, votre esprit de justice, de paix et de vérité font de vous un maître de référence.

Veillez accepter cher maître l'expression de notre admiration, respect et reconnaissance.

## **LISTE DES ABREVIATIONS**

**ARV** : Antirétroviraux

**FMOS** : Faculté de médecine et odontostomatologie

**EDSMV** : Enquête Démographique de Santé Mali V

**IEC** : Information éducation et communication

**IST** : Infections sexuellement transmissibles

**VIH** : Virus de l'immunodéficience humaine

**SIDA** : Syndrome immunodéficience acquis

**CHU GT** : Centre hospitalier universitaire Gabriel TOURE

**CHU Point G** : Centre hospitalier universitaire Point G

**HCNLS** : Haut conseil national de lutte contre le Sida

**OMS** : Organisation mondiale de la santé

**ATB** : Antibiotiques

## SOMMAIRE

I.	INTRODUCTION.....	4
II.	GENERALITES.....	25
III.	MATERIELS ET METHODES.....	30
IV.	RESULTATS.....	42
V.	COMMENTAIRE ET DISCUSION.....	46
VI.	CONCLUSION ET RECOMMANDATION.....	50
	ANNEXES.....	61

# INTRODUCTION

CONNAISSANCES, ATTITUDES ET COMPORTEMENTS DES ORPAILLEURS EN MATIERE  
D'IST ET DU VIH DANS LE CERCLE DE KENIEBA

## **I. Introduction**

Le Syndrome de l'Immunodéficience Acquisée (SIDA) a été reconnu en 1981 chez les homosexuels américains et a été rapidement considéré comme une maladie virale transmissible par la voie sanguine et sexuelle. Il s'est progressivement étendu à l'ensemble des continents sous forme d'une pandémie frappant des millions d'hommes, de femmes et d'enfants.

Selon le rapport de l'ONU SIDA et l'OMS 2013, on estime qu'à l'échelle mondiale, 35 millions (33,2 - 37,2 millions) de personnes vivaient avec le VIH. Les estimations établies font état de 1,5 millions (1,9 - 2,4 millions) de personnes qui sont décédées liées à la maladie du sida [2]. A peu près 61% des individus qui vivent avec le VIH /Sida sont des femmes (ONU SIDA 2007). Les jeunes femmes de la tranche d'âge de 15-25 ans courent trois fois plus de risque d'être séropositives au VIH que les jeunes hommes de la même tranche d'âge [1].

En Afrique sub-saharienne, on compte plus de 25 millions de séropositifs et elle héberge environ 70% des personnes infectées dans le monde [2]. La pauvreté, l'inégalité entre les sexes et le déplacement des personnes du fait d'un conflit ou d'une catastrophe naturelle constituent les facteurs socioéconomiques susceptibles d'accroître la vulnérabilité des personnes à l'infection à VIH [2]. Selon l'EDSM - V, la prévalence de l'infection par le VIH au sein de la population générale au Mali (excepté les régions de Gao Tombouctou et Kidal) est estimée à 1,1% et parmi les jeunes de 15-19 ans elle est de 0,5% [3].

Le dernier rapport de l'EDSM-V montre que les rapports sexuels à hauts risques (rapports sexuels avec un partenaire extraconjugal et non cohabitant) sont plus fréquents parmi les jeunes de niveau secondaire et plus soit 47% contre seulement 8% parmi celles qui ne sont pas instruites. L'utilisation d'un condom lors des

rapports sexuels à hauts risques chez ces jeunes de 15-19 ans apparaît faible, seulement 30,6% ont déclaré avoir utilisé un condom au cours des derniers rapports sexuels à hauts risques [3].

Les jeunes sont particulièrement vulnérables à l'infection à VIH en raison de leur comportement à risque, de leur manque d'accès à l'information sur le VIH et aux services de prévention et l'insuffisance de leurs connaissances sur la transmission du VIH et les moyens de prévention.

L'absence d'éducation sexuelle à l'école et à domicile est un problème important, comme en témoigne le fait que 33% de toutes les grossesses et 26% de tous les avortements sont observés chez les moins de 20 ans et l'incidence élevée des infections à transmission sexuelle dans les zones urbaines comme dans les zones rurales [4].

Les jeunes sont de plus en plus exposés à l'influence des messages érotiques diffusés par les médias, ce qui les poussent à avoir des expériences sexuelles auxquelles ils ne sont pas encore préparés. Cependant, force est de constater que malgré les campagnes d'IEC (Information, Education, Communication) les IST et le SIDA demeurent un problème réel de santé publique au sein des zones d'orpaillage. Etant donné la vulnérabilité des orpailleurs à l'infection et les interactions multiples entre IST et le Sida, il est important d'évaluer les informations disponibles sur la connaissance et les sources d'informations des orpailleurs de mêmes que les modes de prévention et les barrières aux traitements [5].

Alors cette étude qui s'intéresse à une population qui pratique l'orpaillage, a été initiée afin d'évaluer leurs connaissances, leurs attitudes et leurs comportements sexuels en matière d'IST et le SIDA et d'identifier les facteurs susceptibles d'interférer sur leurs connaissances.

Nos objectifs sont les suivants :

## **OBJECTIFS**

### ➤ **Objectif général**

Etudier les connaissances, les attitudes et les comportements sexuels des orpailleurs en matière d'IST, de VIH et le SIDA dans les zones d'orpaillages dans le cercle de Kenieba.

### ➤ **Objectifs spécifiques**

- Déterminer les connaissances des orpailleurs sur les IST, le VIH et du SIDA ;
- Identifier les sources d'information des orpailleurs sur les IST, le VIH et du SIDA
- Décrire les comportements sexuels des orpailleurs face aux IST, au VIH et au SIDA.



# **GENERALITES**

**CONNAISSANCES, ATTITUDES ET COMPORTEMENTS DES ORPAILLEURS EN MATIERE  
D'IST ET DU VIH DANS LE CERCLE DE KENIEBA**

## II.GENERALITES

### 1. Les Infections sexuellement transmissibles (IST)

**1.1. Définition :** Anciennement dénommées maladies vénériennes (de venus, déesse romaine de l'amour), les maladies sexuellement transmissibles sont des maladies infectieuses et contagieuses dues à des micro-organismes multiples et variés (virus, bactéries, champignons et parasites), liées entre elles par un même mode de transmission: les rapports sexuels.

#### 1.2. Historique :

Elles sont connues depuis l'antiquité et on retrouve des descriptions de la blennorragie dans des écrits chinois, indiens et même dans l'ancien testament. Vers la fin du quinzième siècle, la syphilis est apparue comme une maladie nouvelle introduite en Europe par les marins de Christophe Colomb après leur retour d'Amérique. Elle a semé la terreur pendant des siècles. A partir du 19<sup>ème</sup> siècle, les progrès de la microbiologie ont permis de décrire les autres affections de ce groupe. La découverte des médicaments efficaces (sulfamides et antibiotiques) avait fait espérer une régression des IST; mais bien au contraire, depuis les années 1960 et avec « la libération sexuelle », on a plutôt assisté à leur recrudescence et leur extension [6].

**1.3. Epidémiologie :** Dans le monde, on estime que chaque année 330 millions de personnes contractent une infection vénérienne. La plus répandue est l'infection à *Trichomonas*, avec 120 millions de personnes infectées, suivie des infections à *Chlamydiae* (50 millions) et de la blennorragie (25 millions). On estime à 42 millions le nombre des personnes infectées par le VIH [6].

Selon l'EDS IV Mali, la prévalence déclarée d'IST et/ou des symptômes associés à la présence d'IST est estimée à 6 % parmi les femmes. Cependant, le pourcentage de femmes avec une IST (perte vaginale ou plaie ou ulcère) est de 19 %. C'est à

Bamako que l'on note la proportion la plus élevée d'IST déclarée (10 %). Elle est plus importante en milieu urbain (8 %) qu'en milieu rural (5 %).

#### **1.4. Caractères communs des IST**

Les IST ont des caractères communs qui sont entre autres :

- L'incubation : elle est souvent longue avec une possibilité de contamination alors qu'il n'a pas de symptômes ;
- Elles ne touchent que l'homme ou la femme : il n'y a pas de réservoir animal ;
- Le réservoir est surtout constitué de femmes asymptomatiques et de groupes à haut risque : homosexuels, prostituées ;
- Leur transmission est essentiellement sexuelle sauf pour le VIH, les virus des hépatites B et C, les gonocoques et les *Chlamydiae* chez l'enfant ;
- Elles touchent les adolescents et les adultes (surtout célibataires) des milieux pauvres, notamment dans les pays en développement ;
- La transmission dépend des comportements.

Les IST sont souvent associées et cette association doit être systématiquement recherchée.

#### **1.5. Les facteurs responsables de la recrudescence des IST :**

Ces facteurs ont été définis par l'OMS et sont d'ordre démographique, médical, socio-économique et culturel. Ils méritent une attention particulière.

En effet, divers changements d'attitudes culturelles en rendant toutes sortes d'activités possibles ont contribué à accroître l'exposition aux stimuli sexuels pendant que la tolérance accrue à l'égard des comportements a entraîné une liberté des mœurs (perte des valeurs familiales, morales, religieuses). Ainsi, le libertinage sexuel étendu à la pluralité des partenaires est devenu une norme dans certains groupes.

Encore plus important est l'insuffisance d'éducation sexuelle ainsi que le stigmate attaché aux IST c'est-à-dire la honte et le caractère tabou.

## **1.6. Les différentes IST**

### **1.6.1. La gonococcie [7]**

#### **a) Epidémiologie :**

La prévalence des infections génitales à gonocoques chez les femmes enceintes en milieu urbain Africain varie de 1,8 à 11,7%. Le risque de contracter une conjonctivite purulente chez un nouveau-né dont la mère est infectée par des gonocoques est de 30 à 40% s'il n'y a pas de chimioprophylaxie. Cette conjonctivite peut se compliquer de kératite dans 10 à 20% des cas dont bon nombre entraînent une cécité.

La gonococcie est plus fréquente chez l'adulte jeune, les homosexuels, et les prostituées.

En cas de rapport sexuel non protégé avec un partenaire infecté, un homme est contaminé dans 1 cas sur 3, une femme dans 1 cas sur 2. Plus de la moitié des femmes restent asymptomatiques (rôle dans la propagation). L'homme développe des symptômes dans la moitié des cas.

Chez l'homosexuel, 78% des infections pharyngées et 18 à 23% des infections rectales sont asymptomatiques.

#### **b) Bactériologie :**

L'agent causal est *Neisseria gonorrhoeae* qui se présente sous forme de diplocoque à gram-négatif en « grain de café » intra ou extra-cellulaire. Le gonocoque est très souvent associé à d'autres germes tels que les *Chlamydiae*, le *Mycoplasme*, les *Trichomonas* ou le *Candida albicans*. Ce qui confère aux examens de laboratoire toute leur importance.

### **1.6.2. La Syphilis vénérienne [7].**

#### **a) Epidémiologie :**

La prévalence des sérologies de la syphilis positives chez les femmes enceintes en milieu urbain africain va de 0,9 à 17%. Le risque de contracter la syphilis par un rapport sexuel non protégé avec un sujet infecté est inférieur à 30%; 20 à 40% des syphilis secondaires non traitées évoluent vers la forme tertiaire avec un taux de mortalité de 20% ; 50% des femmes enceintes infectées font des complications obstétricales (avortement, prématurité, mort du nouveau-né). La syphilis congénitale atteint 25 à 75% des enfants en cas d'infection de la mère. Des séquelles irréversibles ou la mort survient dans 50 à 70% des cas de syphilis néonatale; 10 à 12% des enfants nés de mères ayant une sérologie de la syphilis positive meurent durant la période néonatale.

#### **b) Bactériologie :**

Le *Treponema pallidum* qui est l'organisme responsable de la tréponématose (comprenant la syphilis endémique, le pian et le pinta), fut identifié en 1905 par le scientifique Allemand FRITZ SCHAUDINN assisté de ERICH HOFFMAN. Il fait partir de la famille du tréponème. La chaleur et l'humidité sont des éléments essentiels à la survie du germe. L'environnement qu'on retrouve en général en Europe et en Amérique du Nord entraîne rapidement la mort du tréponème à l'intérieur du corps

### **1.6.3. Chancre mou [7].**

#### **a) Epidémiologie :**

L'incidence est plus élevée dans les zones tropicales et subtropicales. L'incidence croît en temps de guerre (14 fois plus que la syphilis pendant la guerre de Corée chez les soldats Américains). Elle croît avec la pauvreté et le manque d'hygiène. Les prostituées constituent un groupe à haut risque.

**b) Bactériologie :**

L'*Haemophilus ducreyi* est une bactérie strictement adaptée à l'homme 0,5 (µm) x 1,5 à 2 (µm).

C'est un coccobacille à gram négatif, immobile aéro-anaérobie facultatif, exigeant un facteur de croissance; le facteur X ou hémine présent dans le sang.

**1.6.4. IST à *Chlamydiae* [8].**

**a) Epidémiologie :**

*Chlamydiae trachomatis* est un germe à transmission strictement interhumaine répandu (10 à 20% de la population mondiale).

Dans les pays industrialisés, *Chlamydiae trachomatis* (sérotypes D à K) est l'agent le plus fréquemment identifié dans les infections sexuellement transmissibles non gonococciques (30 à 50% des urétrites non gonococciques chez l'homme et 30 à 50 % des salpingites de la femme).

Il existe un portage génital latent chez 30 à 80% des partenaires d'hommes infectés.

La prévalence des infections urogénitales à *Chlamydiae trachomatis* est estimée globalement à 2,9% de la population adulte dans les pays industrialisés.

Deux à 5% de femmes enceintes seraient porteuses de *Chlamydiae trachomatis*.

Il existe un risque de 20 à 70% de contamination néonatale en cas de cervicite à *Chlamydiae trachomatis* au moment de l'accouchement.

**b) Bactériologie :**

Il s'agit de bactéries de 0,3 à 1 micromètre (µm) de diamètre, à paroi comparable à celle des bactéries à gram négatif possédant les 2 acides nucléiques et à développement strictement intracellulaire.

### **1.6.5. Affection à *Trichomonas vaginalis* [8].**

#### **a) Epidémiologie :**

Le *Trichomonas* serait la première cause d'infection sexuellement transmissible dans le monde (estimation OMS 1999 : 173 millions de nouveaux cas/an).

*Trichomonas vaginalis* est retrouvé dans 10% des cas de vaginite et ¼ des urétrites masculines.

Les hommes sont plus fréquemment des porteurs asymptomatiques. Le taux de transmission non sexuelle est théoriquement possible par le linge souillé humide, également lors de l'accouchement.

#### **b) Parasitologie :**

C'est un protozoaire flagellé, décrit pour la première fois par Alfred Donné en 1836. Le *Trichomonas vaginalis* est le seul *Trichomonas* pathogène pour l'homme. Il a une longueur comprise entre 7 et 23 µm et une largeur comprise entre 5 et 12 µm ; le corps cellulaire est piriforme.

### **1.6.6. Infections à *Human papillomavirus* (HPV) [9].**

#### **a) Epidémiologie :**

L'exposition aux HPV se produit le plus souvent chez la femme jeune, peu après le début de son activité sexuelle. Le taux d'infection à HPV chez la femme jeune se situe entre 19 et 49%.

La prévalence de l'infection à HPV est fonction de l'âge : le pic de prévalence se situe entre 20 et 25 ans.

Il est par ailleurs démontré que la présence de HPV chez les jeunes femmes est fortement corrélée au nombre de partenaires sexuels.

Dans le monde, deux tiers des cancers du col sont dus aux HPV; les 2 facteurs de risque traditionnels du cancer du col sont l'âge précoce des premiers rapports et le nombre de partenaires sexuels.

**b) Virologie :**

Les HPV sont des virus de petite taille (45 à 55 nm de diamètre), non enveloppés ; leur génome est constitué d'une molécule circulaire d'ADN double brin.

A coté de ces principales IST, on peut retenir d'autres beaucoup moins fréquentes qui sont :

- les affections à *Gardnerella vaginalis*;
- les affections à *Mycoplasme* ;
- la Donovanose due à *Calymmatobacterium granulomatis*;
- l'herpe génitale due à *Herpes simplex virus*;
- les affections à morpion dues au *Phthirus pubis* ;
- l'hépatite virale B.

**1.7. Les comportements qui influencent la transmission des IST**

Etant donné que le principal mode de transmission des IST est la voie sexuelle, les facteurs suivants augmentent le risque d'infection :

- un changement récent de partenaires ;
- avoir plus d'un(e) partenaire sexuel (le) ;
- avoir un partenaire ou une partenaire qui a d'autres partenaires ;
- avoir des rapports avec des partenaires « occasionnels » ou des rapports avec des prostituées ;
- continuer d'avoir des relations sexuelles alors qu'on présente les symptômes d'une IST ;
- dans le cas où on souffre d'une IST, ne pas informer ses partenaires qu'ils doivent se faire soigner. Le fait de ne pas se servir d'un préservatif dans l'une de ces situations expose les partenaires à un risque d'infection très élevé.



## **1.8. Lutte contre les IST [10]**

### **1.8.1. Prévention primaire**

**a) Individuelle :** Une intervention amenant un changement de comportements positifs est possible par l'intermédiaire du système de santé, l'école, les associations et les médias notamment :

- l'utilisation correcte des préservatifs ;
- la réduction du nombre de partenaires sexuels ;
- la modification et le traitement des partenaires sexuels à partir du malade ;
- l'éducation sexuelle dans les écoles ;
- le traitement des IST devant un cas.

### **b) Institutionnelle**

Elle vise à modifier les conditions sociales favorisant les IST par :

- le contrôle sanitaire ou interdiction de la prostitution ;
- déclaration obligatoire, recherche des partenaires potentiellement contaminés ;
- création de travail pour les femmes, réinsertion des prostituées ;
- soutien financier pour abaisser le prix des préservatifs et des médicaments essentiels pour le traitement des affections génitales.
- dépistage systématique : sérologie de la syphilis et du VIH lors des mariages, chez les femmes enceintes et les femmes à risque.

### **1.8.2. Prévention secondaire**

Elle vise le traitement précoce des IST qui aura pour but :

- de faire disparaître les symptômes ;
- d'éviter des complications et des séquelles ;
- de diminuer le risque de transmission du VIH.

## **2. Infection par le VIH**

Les virus VIH1 et VIH2 sont des rétrovirus infectant l'homme et responsable du Syndrome d'Immunodéficience Acquise (SIDA).

### **2.1. Historique [11]**

1958 : premier sérum positif pour VIH reconnu à posteriori,

1977 : premiers cas vraisemblables, reconnus à posteriori aux Etats-Unis,

1981 : cas de pneumocystose et de maladie de kaposi chez des homosexuels américains,

1982 : première définition du SIDA,

1983 : identification du virus VIH1,

1985 : sérologie VIH,

1986 : identification du virus VIH2,

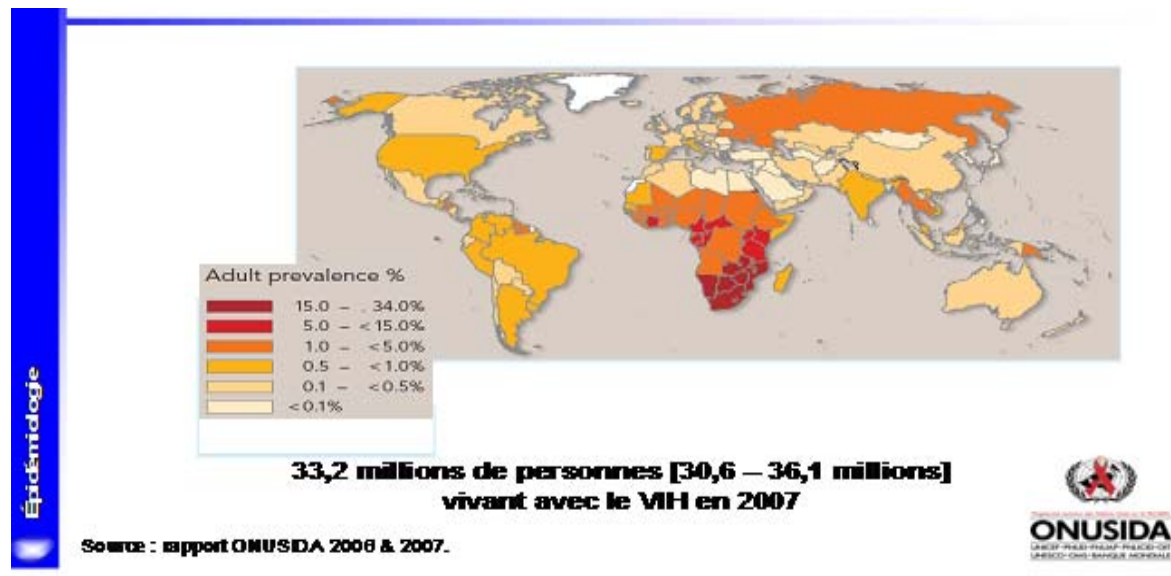
1993 : classification CDC,

1995 : développement des bithérapies et de la charge virale,

1996 : développement des trithérapies.

### **2.2. Epidémiologie [12].**

L'infection est pandémique. Elle est due quasi exclusivement au VIH1 et VIH2 représentant moins de 1% de toutes infections confondues (limitées à l'Afrique de l'ouest).



**Figure 1 : Vue d'ensemble de l'infection à VIH à l'échelle mondiale**

Au Mali, la prévalence de l'infection par le VIH au sein de la population générale (exceptées les régions de Gao, Tombouctou, et Kidal) est estimée à 1,1 % par l'EDSM-V. Le taux de séroprévalence chez les femmes de 15-49 ans, estimé à 1,3%, est un peu plus élevé que celui observé chez les hommes du même groupe d'âges (0,8 %). Il en résulte un ratio d'infection entre les femmes et les hommes de 1,30 : autrement dit, il y a 130 femmes infectées pour 80 hommes.

Chez les femmes, on constate des écarts importants entre les milieux de résidence, le niveau d'instruction et la situation d'emploi : en effet, en milieu urbain, le taux de séroprévalence est de 1,8% contre 1,2 % en milieu rural. En particulier, c'est à Bamako que la prévalence du VIH est la plus élevée (2,3 % contre 1,5 % dans les autres Villes).

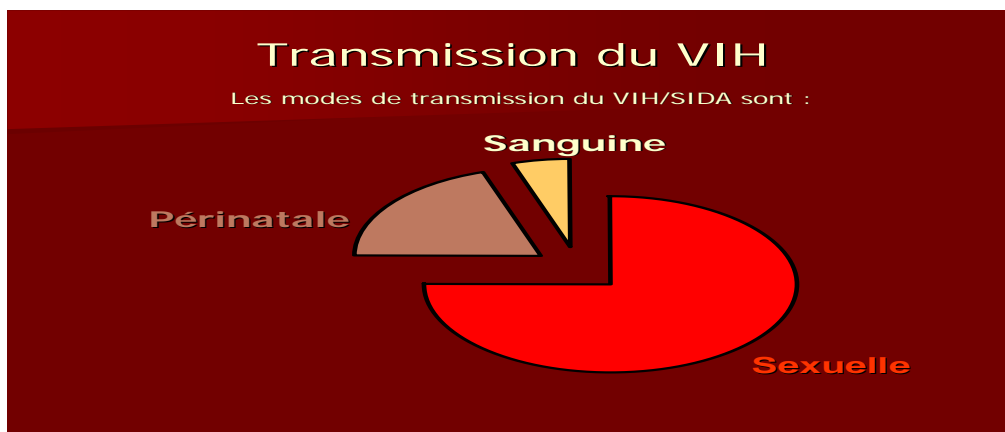
### 1.3. Virologie [13].

Le VIH est un rétrovirus qui utilise son ARN et l'ADN de l'hôte pour produire un ADN viral. Sa période d'incubation est longue

- Il est composé d'un centre cylindrique entouré d'une enveloppe lipidique sphérique. Le centre est composé de deux brins simples d'ARN
- Il provoque de graves dommages au système immunitaire, et le détruit en utilisant l'ADN des lymphocytes CD4 pour se répliquer, détruisant ainsi les lymphocytes CD4.

---

### 2.4 Les modes de transmission [11].



**Figure 2 : Les modes de transmission du VIH.**

#### 2.4.1. Transmission sexuelle

C'est le mode de transmission le plus fréquent :

- le virus est contenu dans le sperme et les sécrétions vaginales/cervicales ;
- tout rapport sexuel non protégé peut causer la transmission du VIH ;
- les facteurs favorisant : Les IST causes d'ulcérations, d'inflammations.
  - Transmission hétérosexuelle : La plus fréquente en Afrique.
  - Transmission homosexuelle : au début de l'épidémie en Europe et aux Etats-Unis.

### **2.4.2. Transmission sanguine**

Les principaux modes de transmission par voie sanguine sont :

- transfusion de sang et dérivés sanguins contaminé ;
- transplantation d'organes contaminés ;
- utilisations d'objets tranchants ou piquants souillés partagés :
  - Seringues, matériel médical non stérilisé
  - Rasoirs, couteaux, ciseaux, lames...

### **2.4.3 Transmission de la mère à l'enfant**

Le risque de transmission materno-fœtale du VIH se situe entre 15 et 40% en fonction des continents et cette transmission peut être :

- pendant la grossesse à travers le placenta ;
- au cours de l'accouchement lors du passage dans les voies génitales basses ;
- et après l'accouchement par l'allaitement maternel.

### **3. Lien entre IST et VIH [14]**

La transmission des IST et le VIH est liée aux mêmes comportements sexuels à risque : multi partenariat ; rapports sexuels non protégés.

Les IST constituent la porte d'entrée du VIH. Le risque de transmission du VIH est plus important chez les femmes ayant des antécédents d'infections sexuellement transmissibles (IST). Ceci renvoie d'ailleurs au rôle joué par les érosions muqueuses fréquentes au cours des diverses IST.

Le rôle des IST dans la transmission du VIH paraît très important : chez les prostituées de Nairobi, la séroprévalence chute à 17% en l'absence d'antécédents d'ulcère génital.

C'est avant tout en Afrique qu'a été réuni le maximum de conditions favorisant la dissémination hétérosexuelle de la maladie : rapports multiples, prostitution,

infections chroniques, hygiène insuffisante ; par comparaison avec l'Europe et les Etats –Unis où les IST sont plus souvent traitées et guéries.

Une équipe Américano-kenyane a également cherché à répertorier les facteurs de risques de transmission du VIH au cours des relations hétérosexuelles non protégées.

Deux facteurs de transmission ont été mis en évidence

- La multiplicité des contacts avec les prostituées,
- La présence lors de la première consultation d'une affection génitale (syphilis, chancre mou) a été dans cette série un indéniable facteur de séropositivité.

# **MATERIEL ET METHODES**

**CONNAISSANCES, ATTITUDES ET COMPORTEMENTS DES ORPAILLEURS EN MATIERE  
D'IST ET DU VIH DANS LE CERCLE DE KENIEBA**

### **III. MATERIEL ET METHODES**

#### **1. Cadre et lieu de l'étude:**

Notre étude s'est déroulée au niveau des sites d'orpaillage situés dans le cercle de Kéniéba. Ce cercle couvre une superficie de 16 800 km<sup>2</sup>. Depuis juin 2015 la population s'élevait à 50 milles habitants avec une densité de 12,95 habitants/km<sup>2</sup>. Taux d'accroissement est de 3,6%. C'est une population rurale et sédentaire. Selon l'EDS IV en 2006, le taux brut de natalité était de 45,2 %. Le taux d'accroissement naturel est égal à 3,2%.

Le cercle de Kéniéba est situé dans la partie Sud de la région de Kayes et s'étend du Nord au Sud sur 125 km et d'Est en Ouest sur 195 km. Il est limité :

- au Nord par les cercles de Kayes et de Bafoulabé
- au Sud par la république de Guinée Conakry
- à l'Est par le cercle de Kita
- et à l'Ouest par la république du Sénégal

Il a 618 km de frontière commune avec le Sénégal et la Guinée.

Son relief est très accidenté. Il se compose d'une zone montagneuse et d'une zone de plaine. L'harmattan est le vent dominant. La pluviométrie peut atteindre 1600 mm/an.

L'économie du cercle est basée sur l'orpaillage traditionnel, une activité qui exerce une forte attraction des jeunes et qui commence à prendre une proportion inquiétante sur le plan de la santé publique. Les sites d'orpaillages sont nombreux, on peut compter 100 à 500 personnes par site. C'est une population mobile à la recherche de jugement d'or qui leur sont favorables.



## **2. Période et Type de l'étude**

Il s'agit d'une étude transversale descriptive, à passage unique qui s'est déroulé Du 1<sup>er</sup> janvier au 28 février 2015, faisant partir des périodes autorisées par l'Etat Malien pour l'orpaillage.

## **3. Population d'étude :**

Elle est constituée par les orpailleurs âgés de 15 à 25 ans qui fréquentaient les sites d'orpaillage du cercle de kénéiba pendant la période de notre enquête.

### **3.1. Critères d'inclusion :**

- Etre orpailleur dans le cercle de kénéiba, âgé de 15 à 25 ans
- Adhérer à l'étude après consentement éclairé verbal.

### **3.2. Critères de non inclusion :**

- Etre orpailleur dans le cercle de Kénéiba âgé de moins de 15 ans ou plus de 25 ans.
- Etre orpailleur dans le cercle de Kénéiba âgé de 15 à 25 ans ; n'ayant pas accepté le consentement éclairé verbal.

### **3.3. Echantillonnage**

Notre échantillon est composé de 200 personnes réparties sur 10 sites, soit 20 personnes par sites. Pour le choix des 200 personnes, nous avons procédé à des réunions de groupes par les dix sites retenus pour expliquer l'étude, à l'issue desquelles, les volontaires ont été recensés et nous avons effectués un tirage au sort pour prendre les 20 personnes par site.

### **Méthode et technique d'échantillonnage**

Pour le choix de nos dix sites d'orpaillage, nous avons fait un tirage aléatoire simple sans remise, nous avons numéroté tous les sites, puis ces numéros ont été inscrits sur des bouts de papiers, remis dans une boîte, ensuite nous avons effectués

un tirage au sort. Pour le choix des personnes, nous avons recensés 20 personnes volontaires par site, à la suite d'un tirage au sort.

**La taille de l'échantillon:** la taille de l'échantillon a été calculée suivant la formule **SCHWARTZ**  $n = \frac{(\epsilon^2 L) pq}{i^2}$

I= la précision souhaitée qui est de 5%

$$\epsilon L = 1,96$$

p=15% c'est la proportion des orpailleurs ayant une connaissance sur les IST

$$q = 1 - p = 0,85$$

$$n = \frac{1,96^2(0,15 \times 0,85)}{(0,05)^2} = 196 \quad \text{Que nous avons arrondis à 200 cas d'orpailleurs.}$$

#### 4. Collecte des données

**4.1. Technique utilisée :** Entretien sous forme d'interview confidentielle.

**4.2. Outil utilisé :** Questionnaire individuel pour orpailleurs.

#### 5. Analyse et saisie des données

**5.1. Analyse des données :** l'analyse a été faite sur le logiciel Epi-info (version 3.5.6).

**5.2. Saisie des données :** Les données ont été saisies sur le Microsoft world 2007

#### 6. Aspects éthiques

Notre étude a été menée avec des personnes consentantes et qui ont accepté de leur propre gré pour faire partir de l'étude. Les données ont été recueillies par nous mêmes à l'aide de fiches d'enquêtes anonymes. Il a été ainsi attribué un numéro d'anonymat à chaque dossier et ce numéro a été celui pris en compte exclusivement pour la saisie et l'analyse des données.

L'assurance de la confidentialité des informations recueillies a été donnée à tous ceux qui ont participé ainsi que la garantie de la discrétion.

Aucune fiche d'enquête n'a été administrée sans consentement éclairé de type verbal du participant à l'étude. Les données serviront uniquement pour améliorer la lutte contre les IST, le VIH et le SIDA, pour l'avancement de la science.

# RESULTATS

CONNAISSANCES, ATTITUDES ET COMPORTEMENTS DES ORPAILLEURS EN MATIERE  
D'IST ET DU VIH DANS LE CERCLE DE KENIEBA



**IV. RESULTATS****Tableau I** : Répartition selon le sexe.

<b>Sexe</b>	<b>Effectifs</b>	<b>%</b>
Masculin	186	<b>93%</b>
Féminin	14	7%
<b>Total</b>	200	100%

Le sexe masculin était majoritaire dans 93% des cas.

**Tableau II** : Répartition selon l'âge

<b>Age</b>	<b>Effectifs</b>	<b>%</b>
15 à 20	174	<b>87%</b>
21 à 25	26	13%
<b>Total</b>	200	100%

La tranche d'âge de 15 à 20 ans était majoritaire dans 87% des cas.

**Tableau III** : Répartition selon le niveau d'étude

<b>Niveau d'étude</b>	<b>Effectifs</b>	<b>%</b>
Non Alphabétisé	129	64.5%
Primaire	47	23.5%
Secondaire	23	11.5%
Supérieur	1	0.5%
<b>Total</b>	<b>200</b>	<b>100%</b>

Plus de la moitié des participants à notre étude était non alphabétisé, soit dans 64.5% des cas.

**Tableau IV**: Répartition selon l'existence du VIH et le SIDA.

<b>Le VIH et le Sida existent</b>	<b>Effectifs</b>	<b>%</b>
Oui	194	<b>97%</b>
Non	6	3%
<b>Total</b>	<b>200</b>	<b>100.0%</b>

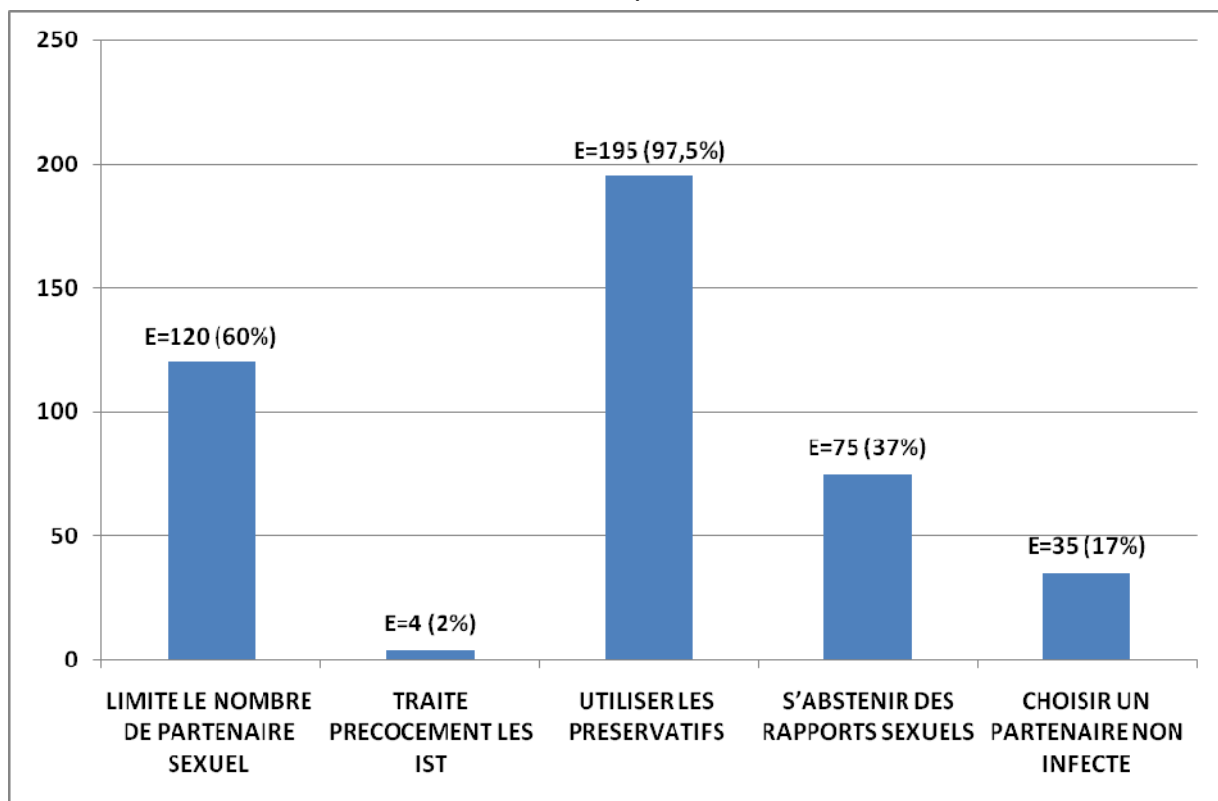
La quasi-totalité des participants à l'étude croyait à l'existence du VIH et du SIDA soit dans 97% des cas.

**Tableau V:** Répartition selon le lieu de dépistage connu par les participants.

Lieu de dépistage cité par les orpailleurs	Effectif	%
CSCOM	65	32,5%
Clinique médicale	12	6%
CSRéf Kéniéba	165	77,5%

Plus de la moitié des participants à l'étude savait que le dépistage se faisait au CSRéf de Kéniéba soit **77,5%** des cas.

## Méthodes de prévention.



L'utilisation des préservatifs a été la méthode la plus connue des participants soit dans 97.5% des cas suivi de l'abstinence sexuelle dans 13% des cas.

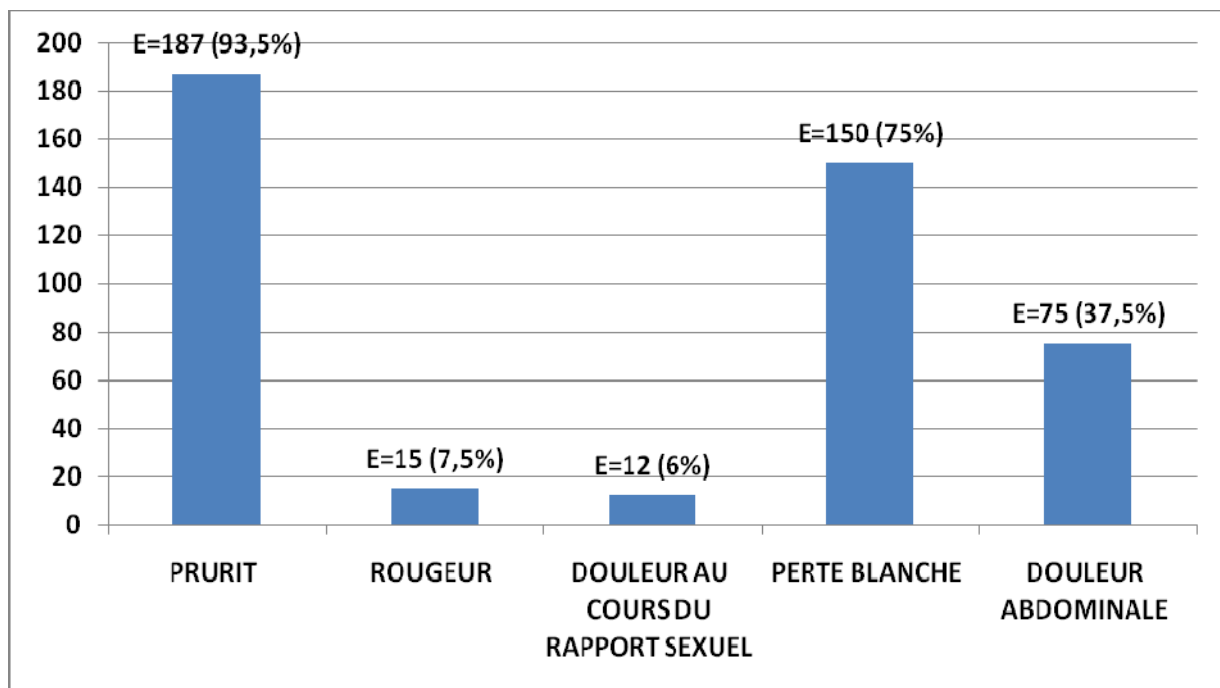
**Figure 3:** Répartition participants selon les méthodes de prévention.

**Tableau VI:** Répartition des participants selon qu'ils pensent qu'une personne en bonne santé apparente peut être porteuse du virus HIV.

<b>VIH sans symptômes</b>	<b>Effectifs</b>	<b>%</b>
Pas de réponse	4	2%
Non	36	18%
Oui	160	<b>80%</b>
<b>Total</b>	200	100.0%

Le plus grand nombre des participants savait qu'on peut être infecté par le VIH et être en bonne santé apparente soit 80% des cas.

**Signes IST cités par les orpailleurs.**



**Figure 4 :** Répartition selon les signes IST cités par les orpailleurs. Le signe prurit est cité dans 93,5% des cas par les Participants.



**Tableau VII** : Répartition des participants selon la présence d'IST sans VIH.

<b>Présence IST sans VIH</b>	<b>Effectifs</b>	<b>%</b>
Oui	78	39%
Non	122	<b>61%</b>
<b>Total</b>	200	100.0%

La majorité des participants pense qu'une personne présentant une IST est systématiquement infectée par le VIH.

**Tableau VIII**: Répartition des participants qui sont prêts à abandonner le rapport sexuel si leurs partenaires s'opposent à l'usage du préservatif.

<b>Prêts à abandonner le rapport sexuel Si le partenaire s'oppose à l'usage du préservatif</b>	<b>Effectif</b>	<b>%</b>
Non	21	10.5%
Oui	166	<b>83%</b>
Pas de réponse	13	6.5%
<b>Total</b>	200	100%

Dans 83% des cas les participants à l'étude sont prêts à abandonner le rapport si leurs partenaires s'opposent à l'usage du préservatif.

**Tableau IX:** Répartition des participants qui pensent qu'on peut vivre longtemps avec le VIH lorsqu'on se fait soigner très tôt.

<b>Vivre longtemps avec le VIH lorsqu'on se fait soigner très tôt</b>	<b>Effectif</b>	<b>%</b>
Oui	55	27.5%
Non	145	<b>72.5%</b>
<b>Total</b>	200	100.0%

Dans 72,5% des cas les participants pensent qu'on ne peut pas vivre longtemps avec le VIH même si on se fait soigner très tôt.

**Tableau X :** Répartition des participants qui ont déjà fait usage du préservatif.

<b>Déjà fait usage du préservatif</b>	<b>EFFECTIF</b>	<b>%</b>
NON	17	8.5%
OUI	183	<b>91.5%</b>
<b>Total</b>	200	100.0%

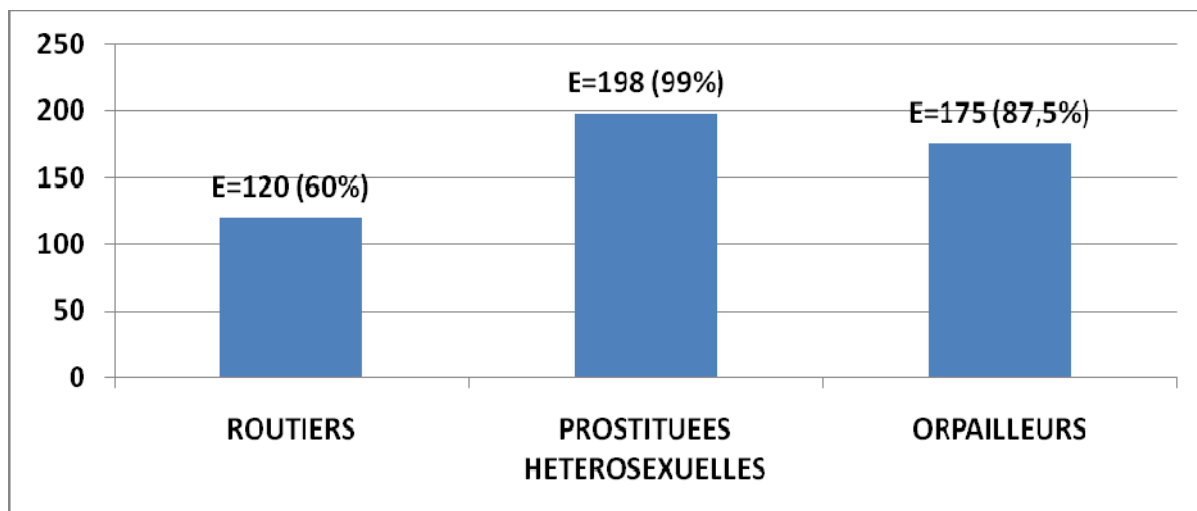
La majorité des participants à l'étude avait déjà utilisé le préservatif au moins une fois soit dans 91.5% des cas.

**Tableau XI** : Répartition des participants par rapport aux motifs d'utilisation du préservatif en cas de rapport sexuel.

Motifs d'utilisation du préservatif	Effectif	%
Eviter les maladies	178	<b>88.6%</b>
Eviter les grossesses	22	11.4%
<b>Total</b>	200	100%

Dans 88.6% des cas les participants font usage du préservatif lors des rapports sexuels pour éviter les maladies.

Connaissance sur les groupes à risque d'infection par le VIH



Dans 99% des cas les participants ont cité les prostituées hétérosexuels comme couche sociale la plus vulnérable à l'infection du VIH, et pour les orpailleurs 24%.

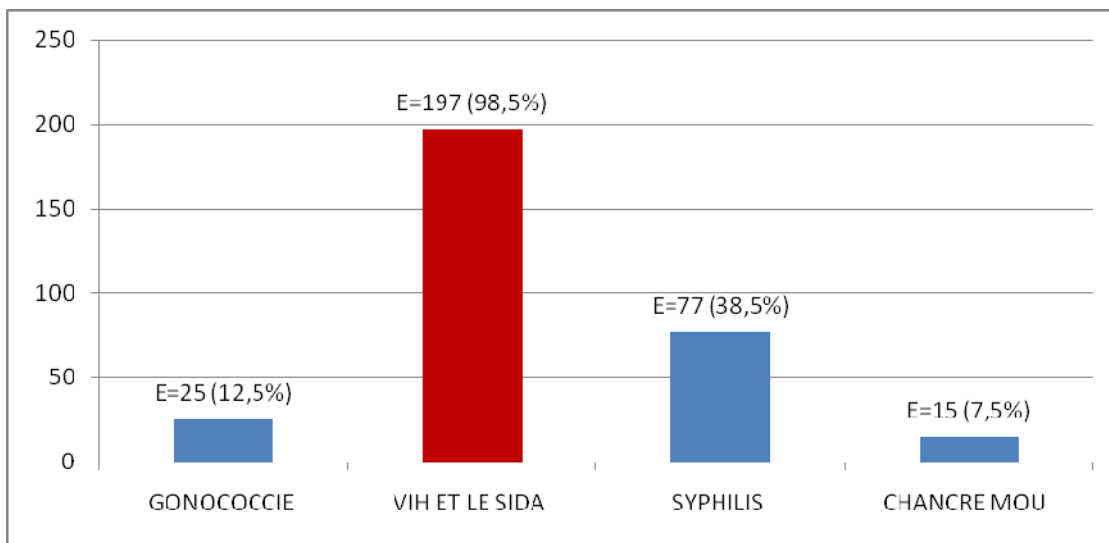
**Figure 5** : Répartition des participants selon leur connaissance sur les groupes à risque d'infection par le VIH.

**Tableau XII** : Répartition des participants selon l'utilisation du préservatif lors du premier rapport sexuel.

L'utilisation du préservatif lors du 1 <sup>er</sup> rapport sexuel	Effectif	%
Oui	25	14%
Non	158	86%
<b>Total</b>	<b>183</b>	<b>100.0%</b>

Le plus grand nombre des participants à l'étude n'avait pas utilisé du préservatif lors de leur premier rapport sexuel soit **86%** des cas.

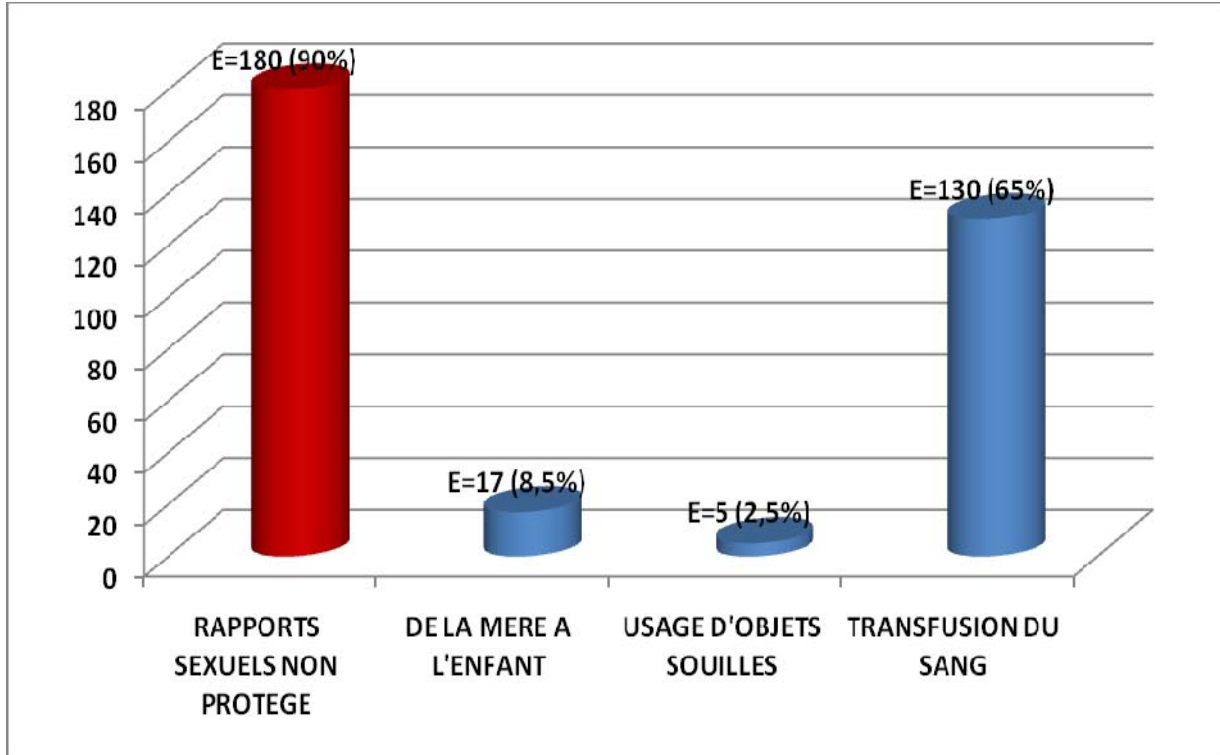
Exemples IST cités par les participants.



Le VIH a été l'IST la plus connue par les participants 98.5% suivi de la syphilis 38.5%.

**Figure 6** : Répartition selon les exemples IST cités par les participants

### Modes de transmission du VIH cités par les participants



Une proportion importante (90%) des participants ont cité comme mode de transmission du VIH les rapports sexuels non protégés.

**Figure 7:** Répartition selon les modes de transmission du VIH cités par les Participants

**Tableau XIII** : Répartition des participants qui pensent qu'un séropositif peut transmettre le VIH à d'autres personnes en partageant les mêmes sanitaires et les mêmes couverts.

<b>Transmission du VIH par le partage des mêmes sanitaires et les mêmes couverts</b>	<b>Effectif</b>	<b>%</b>
Oui	15	7,5%
Non	185	92,5%
<b>Total</b>	<b>200</b>	<b>100.0%</b>

Dans 7,5% des cas les participants à l'étude pensent que le VIH peut se transmettre en partageant les mêmes sanitaires les mêmes couverts.

**Tableau XIV** : Répartition des participants selon la première source d'information sur les IST, le VIH et le SIDA.

<b>Sources d'information citées</b>	<b>Effectif</b>	<b>%</b>
Causerie	155	77.5%
Ecole	15	7.5%
Media	30	15%
<b>Total</b>	<b>200</b>	<b>100.0%</b>

La majorité des participants à l'étude a entendu parler du VIH pour la première fois lors d'une causerie soit 77.% des cas, suivie des medias soit 15% des cas.

# **COMMENTAIRES ET DISCUSSION**

**CONNAISSANCES, ATTITUDES ET COMPORTEMENTS DES ORPAILLEURS EN MATIERE  
D'IST ET DU VIH DANS LE CERCLE DE KENIEBA**

## COMMENTAIRES ET DISCUSSION

Cette étude que nous avons menée auprès des orpailleurs avait pour but d'évaluer leur connaissance sur les IST, le VIH et le SIDA d'une part et d'autre part leur comportement sexuel.

Sur le terrain la difficulté majeure rencontrée était la perception de certains orpailleurs, face aux questions relatives à la sexualité.

### 1. Données sociodémographiques

La majorité des participants était du sexe masculin soit 83% des cas, âgés de 15 à 20 ans soit 87% des cas et non alphabétisés, soit 64,5% des cas.

### 2. Connaissance sur les IST

Les principales IST citées par les participants au niveau des différents sites a été le VIH et le Sida soit dans 98,5% des cas suivi de la syphilis dans 38,5% des cas, de la gonococcie dans 12,5% des cas et le chancre mou dans 7,5% des cas.

Kondé A en 2008 [13] et Kouma M en 2000 [8] avaient trouvé des résultats similaires à notre étude soit respectivement 98,3% et 98,36% en ce qui concerne le VIH et le Sida. Ceci pourra s'expliquer par le fait qu'il ya eu beaucoup d'activité de sensibilisation sur le VIH et le Sida.

### 2. Mode de transmission

Dans notre étude le mode de transmission le plus cité a été les rapports sexuels non protégés soit dans 90% des cas suivi de la transfusion sanguine dans 65% des cas et de la mère à l'enfant dans 8,5% des cas. Dans 7,5% des cas il a été ressorti que le VIH pouvait se transmettre lorsqu'on partage les mêmes sanitaires et les mêmes couvertures avec une personne infectée. Dans l'étude de Kondé A [13] les objets tranchants et transfusion sanguine avaient été cités dans 72,7% des cas, les rapports sexuels non protégés dans 54,7% des cas et transmission materno-fœtale dans 21,7% des cas.



### **3. Moyens de prévention du VIH par voie sexuelle**

Le préservatif à été le plus cité soit 97,5% des cas par les participants, suivi par la limitation du nombre de partenaire sexuel non protégé soit 60% des cas. Malgré ce pourcentage élevé de participants qui avait cité le préservatif comme moyen de prévention, seulement 14% des participants avait fait usage du préservatif lors de leurs 1<sup>er</sup> actes sexuels, et 11,4% l'avait utilisé comme moyen de contraception.

Dans l'étude de Kondé A [13] 93,3% des participants avaient cité le préservatif, suivi de l'abstinence dans 45,3% des cas et 40% disaient de choisir un partenaire non infectés.

Les raisons évoquées pour ce faible taux d'utilisation du préservatif avaient été la diminution du plaisir de l'acte sexuel et le refus du partenaire sexuel.

### **5. Les sources d'informations sur les IST et le SIDA.**

La principale source d'informations citée par les participants a été la causerie soit 77,5% des cas, suivi des medias soit 15% des cas, et l'école dans 7,5% des cas.

Dans l'étude de Konde A [13] les principales sources d'informations citées étaient les medias (90,3%) les amis (50,5%), causeries (40,6%), l'école (20%).

Selon l'étude Traore A [14], les principales sources d'informations sur les IST, le VIH et le SIDA sont l'école/conférence dans 48,1% des cas; les medias dans 36,7% des cas, le centre de santé dans 6,3% des cas et les parents dans 8,2% des cas.

Ce faible taux des parents dans la sensibilisation sur les IST et le VIH peut s'expliquer par les tabous qui entourent les questions de sexualité dans notre société.

**6. Comportement sexuel** Malgré que 98,5% des cas des participants avait cité le préservatif comme moyen de prévention dans notre étude, mais cependant 14% seulement des cas l'avait utilisé au moment de leur premier rapport sexuel cela nous révèle que les participants avaient un comportement très risqué Traore A [14]. Qui a trouvé 72, %.

Cela pourrait être expliqué par l'insuffisance d'information en matière de la sexualité accroissant la vulnérabilité des jeunes, les exposant ainsi aux conséquences d'une sexualité de plus en plus précoce et mal contrôlée (IST, grossesse précoce).

# CONCLUSION

**CONNAISSANCES, ATTITUDES ET COMPORTEMENTS DES ORPAILLEURS EN MATIERE  
D'IST ET DU VIH DANS LE CERCLE DE KENIEBA**

## **CONCLUSION**

L'étude a tout d'abord permis une meilleure connaissance des orpailleurs sur tout Sur le plan sociodémographique, l'évaluation de leur connaissance sur le VIH et la détermination de leur attitude et comportement ont montré un besoin de renforcement de leur connaissance à fin qu'il parviennent facilement à relier cette même connaissance et la perception du risque de contamination, mais aussi une nécessité de changement de comportement, qui vont beaucoup contribuer à la diminution de la propagation des IST le VIH et du SIDA.

# RECOMMANDATIONS

CONNAISSANCES, ATTITUDES ET COMPORTEMENTS DES ORPAILLEURS EN MATIERE  
D'IST ET DU VIH DANS LE CERCLE DE KENIEBA

## **Recommandations**

### **Aux autorités nationales et internationales :**

1-Renforcer et encourager les cours d'éducation à la vie sexuelle et familiale dans les lieux de regroupement des jeunes ;

2-Multiplier les centres d'écoute, de dépistage volontaire, d'orientation et de conseil pour les jeunes dans le cercle de Keniéba.

3-Moraliser les émissions radiophoniques et télévisuelles.

### **Aux personnels de santé, aux ONG :**

1-Encourager et renforcer la fréquentation des centres de conseil et de dépistage volontaire;

2-Renforcer la sensibilisation sur l'usage du préservatif comme moyen de prévention contre les IST et le VIH.

### **Aux parents d'adolescents et aux leaders communautaires (religieux, coutumiers et opinions) :**

Sensibiliser et encourager les parents à discuter avec leurs enfants sur les questions relatives à la santé reproductive, aux IST, VIH et SIDA.

### **Aux orpailleurs:**

1- Promouvoir le dépistage volontaire du VIH ;

2- Consulter précocement un centre de santé en cas de symptômes d'IST ;

3- Participer et faire participer ses pairs aux séances d'éducation pour la santé partout au niveau des zones d'orpailages.

# REFERENCE

CONNAISSANCES, ATTITUDES ET COMPORTEMENTS DES ORPAILLEURS EN MATIERE  
D'IST ET DU VIH DANS LE CERCLE DE KENIEBA

## **BIBLIOGRAPHIE**

### **1. Traore S.**

Contribution de la séroconversion anti-HIV du SIDA chez les groupes à risque à Bamako.

### **2. ONU SIDA/OMS.**

Rapport sur l'épidémie mondiale de VIH/ SIDA 2007 ; Genève; Suisse ; Décembre, 2007.

### **3. WORLD BANK.**

The World Bank's commitment to HIV/ AIOS in Africa our agenda for Action, 2007.2011; Washington Mach, 2008; U8p.

### **4. Girard MP.**

Vaccin contre le SIDA : Etat des lieux. Med Trop, 2007 ; 67: 340- 345.

### **5. DIRECTION NATIONALE DE LA STATISTIQUE ET DE L'INFORMATIQUE/ MINISTERE DE LA SANTE/ MALI.**

Enquête démographique de sante mali IV (EDS IV/ MALI) Bamako ; 2006. 497p. de maladies sexuellement transmissibles et du Sida. Thèse Médecine Bamako;2000 N44.

### **6. E Pilly.** Maladie infectieuse et tropicale ,20<sup>e</sup> Ed.

**7. Monsonegro J.** Infection à *Papilloma virus* (états des connaissances, pratique et prévention vaccinale ; France sept 2006 ; 245page.

**8. Kouma M.** Connaissance, attitude pratique des adolescents du lysée Mamadou Sarr relatives à la planification familiale, infection sexuellement transmissible et sida.

**9. Pre Pichard.** Maladie infectieuse. Bamako, 2006; 240Page.

**10. ONU/SIDA.** Rapport de l'épidémie mondiale du VIH et le SIDA. 2007 ; <http://www.unaids.org> ,06/09/08.



- 11. Centre Donya.** Histoire naturelle du VIH et le SIDA, [http://www aides.org](http://www.aides.org), 21/09/06.
- 12. Cassuto JP, Pesce A, Quaranta JF.** Sida et infection par le VIH. 9<sup>e</sup> Ed Mason Paris Nov 1996 ; 288Pages.
- 13. Konde A.** Etude sur les connaissances, attitude pratique en matière D'IST et VIH/SIDA au LNDN.
- 14. Traore A.** Connaissance attitudes comportementales des jeunes de moins de Vingt ans face aux IST/SIDA.
- 15. Adjahoto Eo, Hodonou K, De Souza ; Ad Coll.** Information des jeunes en matière de la sexualité. Cahier sante, 2000.

## FICHE SIGNALÉTIQUE

**Nom :** TRAORE

**Prénom :** Brehima L.

**Titre de thèse :** Connaissance attitude et comportement des orpailleurs en matière IST le VIH et le SIDA. Dans le cercle de Kenieba.

**Année universitaire :** 2015-2016

**Ville de soutenance :** Bamako

**Pays d'origine :** République du Mali

**Lieu de dépôt :** Bibliothèque de la FMOS (Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie)

**Secteur d'Intérêt :** Santé Publique Maladie Infectieuse

### ABSTRACT

We conducted from 1 January to 28 February 2015 a descriptive cross-sectional study single pass in ten panning for gold in the circle of Kenieba. This study was overall objective to assess the knowledge, attitudes and sexual behavior of miners for STIs and AIDS in gold-washing areas Keniéba circle. male participants were the majority in 93% of cases, the highest number of participants was 15 to 20 years in 87% of cases, HIV and AIDS is cited in 98.5% of cases as STIs, and 97.5% of the cases cited the use of condoms as a prevention, but despite this only 14% of patients had used at first intercourse, the first source of information revealed by the participants was the talk in 77.5% of cases.

**MOTS CLES:** Connaissances ; Attitudes; Comportements; Orpailleurs; IST; VIH;SIDA

**ANNEXES**

**FICHE D'ENQUETE POUR ORPAILLEURS**

Numéro :.....

Date de l'entretien :

**I- Donnée sociodémographique :**

**1-Age:..... 2-sexe:..... 3-Résidence:..... 4-commune:.....**

**5-Ethnie :**

**Bambara  Dongon  Senoufo  Sarakole**

**Sonrhäi  Malinké  Bobo  Peulh  Autres**

**6-Religion**

**Musulman  Chretien  Autre**

**7-Niveau d'instruction**

**Analphabète  Primaire**

**Secondaire  Supérieur**

**II- Connaissances en matière d'IST et le SIDA**

**8-Quelles sont les IST que vous connaissez ?**

**Gonococcie  Sida  Trichomonose  Syphilis**

**Chancre mou**

**9-Connaissez-vous les voies de transmission du VIH ?**

**Oui**

**Non**

**Pas de reponse**

**10-Si oui, quelles sont les voies de transmission du VIH ?**

.....

**11- Est-ce qu'une personne séropositive peut transmettre le VIH aux personnes avec lesquelles elle partage les mêmes sanitaires, les mêmes couverts ?**

Oui

Non

**12-La séropositivité est dépistée**

Par une analyse d'urine

Par une analyse de sang

**13-Quelles sont vos sources d'information sur le VIH et le SIDA ?**

Medias  Centre de santé

Ecole  Hôpital  Causerie

Internet  Conférence

**14 connaissez-vous les centres de dépistage du VIH et le SIDA du cercle de KENIEBA ?**

Oui  Non

**15-Si oui quels sont ces centres :**

CSCOM  Clinique medicale

C.S.Ref. Kenieba  Autres a preciser

**17-Combien de tests faut-il pour diagnostiquer la séropositivité ?**

1 test

Suffit 2 tests

**18-Que peut-on faire pour réduire la transmission du VIH par voie sexuelle ?**

limiter le nombre de partenaire

S'abstenir des rapports sexuels

Choisir un partenaire non infectée

Utiliser les préservatifs

Traiter précocement les IST

**19-Peut-on être infecté par le virus du sida sans avoir les symptômes de la maladie du sida ?**

Oui

Non

Pas de réponse

**20-Croyez-vous à l'existence du sida ?**

Oui

Non

Pas de réponse

Si non, pourquoi ?

.....

**21-Peut-on avoir une IST sans manifester les signes ?**

Oui

Non

Pas de réponse

**22-Quels sont les signes qui peuvent faire penser à une IST ?**

Pertes blanches  prurit

Douleur abdominale  Rougeur

Douleur au cours des relations sexuelles

**23-Une personne qui a une IST peut elle ne pas avoir le sida ?**

Oui

Non

Pas de reponse

**24-Peut-on guérir du sida, si on se fait soigner très tôt ?**

Oui

Non

Pas de reponse

**25-Est ce vrai que plus on a des partenaires sexuels, plus grand est le risque d'attraper une IST, virus du sida ?**

Oui

Non

Pas de réponse

**26-L'utilisation de condom diminue t-elle les risques de transmission des IST ?**

Oui

Non

Pas de réponse

**27-Avez-vous déjà utilisé un préservatif ?**

Oui  Non  Pas de reponse

**28-pourquoi-pensez-vous qu'un homme doit porter le préservatif pendant le rapport sexuel ?**

Pour éviter la grossesse  Pour éviter les maladies  Autres à préciser

**29- A quel moment doit-on porter le préservatif ?**

.....

**30- A quel moment doit-on enlever le préservatif ?**

.....

**31-Quelles sont les sources d'approvisionnement en préservatif que vous connaissez ?**

.....

**32-Selon vous quels sont les groupes de population les plus exposés au sida ?**

Routiers

Orpailleurs

Prostituées Hétéro sexuels  autres à préciser.....

33-Aimeriez-vous qu'on organise des caravanes de sensibilisation à l' endroit des zones d'orpailages ?

Oui

Non

Pas de reponse

### III- Comportement sexuel

34-Avez-vous présentement un partenaire sexuel permanent ?

Oui

Non

Pas de répons

35-Avez-vous déjà eu des rapports sexuels

Oui

Non

Pas de réponse

36-Si oui, quel âge aviez-vous eu pour la première fois ?

Je ne me rappelle

De 15 à 19 ans

De 20 à 25 ans

37-A cette occasion, avez-vous utilisé un préservatif ?

Toujours

Parfois

Jamais

38-Combien de partenaires sexuelles avez-vous eu jusqu'à ce jour ?

Nombre

Je ne me rappelle pas

39-Etes-vous prêt à utiliser un préservatif même si votre partenaire s'y oppose ?

Oui

Non

pas de reponse

## SERMENT D'HIPPOCRATE

**E**n 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.

**J**e 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.

**A**dmis 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.

**J**e 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.

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

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

**Q**ue les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

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

# Je le jure !