

Université de Bamako



Année Universitaire 2010/2011



Un Peuple -Un But- Une Foi
Thèse N° :

TITRE



SYSTEME D'INFORMATION LIE AU VIH/SIDA AU CSCOM DE SEBENIKORO EN COMMUNE IV DU DISTRICT DE BAMAKO (MALI)

Thèse présentée et soutenue publiquement le /...../.....2011

Devant la faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie par

Nene KOUMARE Epouse CAMARA

Pour l'obtention de grade de Docteur en Médecine (Diplôme d'Etat)

JURY

Président :

Professeur Sounkalo DAO

Membres :

Docteur Moro SIDIBE

Co-Directeur de Thèse :

Doctorant Seydou DIARRA

Directeur de thèse :

Professeur Samba DIOP

DEDICACES

Je rends grâce au Tout Puissant Allah, le Grand, l'Unique et le tout Miséricordieux de m'avoir donnée la santé et le courage devenir à bout de ce travail. Fasse que je me souvienne toujours de toi en toute circonstance à chaque instant du restant de ma vie et que je n'implore que toi. Guide-moi sur le droit chemin, Paix et Salut Soit sur le Prophète Mohamed (S.A.W.) et tous les autres Prophètes qui t'ont précédé.

Je dédie ce travail

∕ A tous ceux qui souffrent de Sida

∕ A tous ceux qui œuvrent pour le meilleur traitement de cette affection

A mon Père : Mamadou KOUMARE dit Ba

Tu as constamment accordé l'attention dont j'avais besoin, ton soutien moral, financier ne m'a jamais fait défaut tout au long des longues années d'études.

Puisse ton exemple et tes qualités humaines continueront de nous guider dans la vie.

Soit assuré de mon affection et de ma profonde gratitude. Que le Tout Puissant puisse te garder le plus longtemps possible auprès de nous.

A ma Mère Maïmouna TRAORE

Courageuse, infatigable, tu as guidé mes premiers pas, essuyé mes larmes jour et nuit, en plus d'être ma mère, tu es aussi pour moi une amie, une confidente. Les mots me manquent pour te signifier mon amour, ma reconnaissance, tu as donné le meilleur de toi pour que je puisse réussir en m'assurant le soutien moral et matériel. Puisse ce travail contribuer au couronnement de tes efforts. Que Dieu te garde encore longtemps parmi nous pour voir le fruit de tous tes efforts.

REMERCIEMENTS

A mon époux Dr Mody Abdoulaye CAMARA,

Médecin radiologiste

Pour tout le soutien que tu as été pour moi pendant la réalisation de ce travail, tu m'as comblé de joie. Que Dieu bénisse notre union et que nous restons éternellement unis dans la paix, la fidélité et le bonheur. Merci pour tout avec tout mon cœur.

A mes fils Makan TRAORE et Allaye Mody CAMARA,

Qui m'ont donné la chance d'aller en avant, de fournir beaucoup d'effort à chaque fois que je pense à eux.

A ma grand-mère Aminata SIDIBE

Très aimable, dont les bénédictions et les encouragements m'ont beaucoup aidé.

A ma belle famille

Dont le soutien ne m'a pas du tout manqué.

A mon frère, mes sœurs et nièces : Fatoumata, Hamidou, Fadima, Many, Badié, Mama, Labass, Ben, Amita, Oumou, Mami, Fatoumata Sirify, Mouna et Diaba

Je vous aime d'un même amour. Sachez que la grandeur d'une famille réside dans son union. Ce travail est aussi le vôtre, en reconnaissance de votre amour, compréhension, disponibilité,

attention, soutien moral et financier n'ont pas été vains. C'est l'occasion pour moi de vous remercier très sincèrement. Que le Tout Puissant préserve et renforce notre affection fraternelle.

A mes amis(es) : Fatoumata SISSOUMA, Assetou TRAORE, Gogo Siby, Djénéba FOFANA, les Drs : Sanogo Amadou, Feu Dr Modibo Diane, Cheick Oumar KEITA et Lassine FOFANA

Comme on le dit couramment, c'est pendant les moments difficiles que l'on reconnaît ses vrais amis et vous avez toujours été au rendez-vous pour me soutenir moralement, financièrement et matériellement. Tout ce que je vais dire ici ne saurait refléter ce que vous représentez pour moi, je dirais tout simplement grand merci. Que Dieu vous prête encore longue vie.

A toute ma famille : oncles, tantes, cousins, cousines, et neveux.
En témoignage de l'affection et de l'estime que vous m'avez accordée.
Ce modeste travail vous est dédié.

A tous les enseignants : recevez l'expression de mon estime profonde ainsi que mon sincère attachement. Merci pour les sacrifices consentis tout au long de mes études.

A tous mes collègues,

Sans exception, de peur d'en oublier, pour leur soutien moral et leur disponibilité ; je souhaite à tous et à toutes une bonne carrière professionnelle et réussite sociale dans toutes vos entreprises.

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DU JURY

Professeur SOUNKALO DAO ;

**► Président de la Société Malienne de Pathologie infectieuse
(SOMAPIT)**

**► Membre de la société de Pathologie Infectieuse de Langue
Française (SPILF)**

**► Investigateur Clinique au centre de recherche et de Formation
sur le VIH/Tuberculose**

**► Responsable de l'enseignement des maladies infectieuses à la
FMPOS**

Cher Maître,

Nous avons été touchés par la spontanéité avec laquelle vous avez accepté de présider ce jury de thèse malgré vos multiples occupations. Vos qualités humaines et scientifiques ont suscité en nous une grande admiration, votre rigueur scientifique, votre amour du travail bien fait et votre capacité de transmettre vos connaissances font de vous un Maître exemplaire.

Veillez trouvez ici, cher maître, le témoignage de notre profonde gratitude.

A NOTRE MAITRE ET JUGE

Docteur MORO SIDIBE ;

► **Médecin ophtalmologue**

► **Le chef de service ophtalmologie de L'Hôpital Régional de Sikasso**

► **Membre de la société française d'ophtalmologie**

► **Président de l'association pour le développement de la médecine communautaire de campagne**

Cher Maître,

C'est une grande joie pour nous de vous avoir comme membre de ce jury malgré vos multiples occupations.

Votre souci du travail bien fait, votre grande rigueur scientifique, votre compétence, et votre simplicité incomparable font de vous un maître de référence.

Recevez ici, l'expression de notre reconnaissance et notre profond respect.

A NOTRE MAITRE ET CO-DIRECTEUR DE THESE

Doctorant SEYDOU DIARRA ;

► Candidat PhD en anthropologie médicale et de la santé à

l'Université de Paris 8 (France)

**► Assistant en anthropologie médicale à la faculté de médecine de
Pharmacie et d'odontostomatologie**

► Chercheur sur la politique et le système de santé au Mali

Cher maitre,

Votre grande culture scientifique, votre simplicité, votre amour du travail à forcé notre admiration.

Soyez assuré de notre profond respect

A NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR DE THESE

Professeur SAMBA DIOP ;

- ▶ **Maitre de conférences en anthropologie médicale**
- ▶ **Enseignant chercheur en écologie humain, anthropologie et éthique au DER de santé publique de la FMPOS**
- ▶ **Responsable de l'unité de recherche formative en sciences humaines, sociales et éthique du SEREFO/VIH/SIDA/FMPOS**
- ▶ **Membre du comité éthique de la FMPOS**

Cher Maître,

Ce travail est le vôtre; vous avez fait preuve d'une large disponibilité dans sa réalisation. Votre humanisme et votre simplicité font de vous une référence. Votre souci pour la formation est reconnu de tous.

Nous ne saurons oublier les mots d'encouragement et de réconfort que vous avez eus à notre endroit tout au long de ce travail.

Permettez nous ici cher Maître, de vous réitérer nos sincères remerciements et notre profonde reconnaissance.

LISTE DES ABREVIATIONS

LISTE DES FIGURES ET DES TABLEAUX

1- Figures

Figure 1: Carte Sanitaire de la Commune IV.....	38
Figure 2: Répartition des usagers selon le sexe.....	41
Figure 3: Répartition des usagers selon la profession.....	42

2- Tableaux

Tableau I: Répartition des usagers selon l'âge	42
Tableau II: Répartition des usagers selon le statut matrimonial	42
Tableau III: Répartition des usagers selon le niveau d'instruction.....	43
Tableau IV: Répartition des usagers qui ont entendu parler du SIDA	43
Tableau V: Répartition des usagers selon la connaissance des voies de transmission du SIDA	44
Tableau VI: Répartition des usagers selon les différentes voies de transmission du SIDA.....	44
Tableau VII: Répartition des usagers qui ont un partenaire sexuel régulier.....	45
Tableau VIII: Répartition des usagers qui ont parlé de la sexualité à leur partenaire.....	45
Tableau IX: Répartition des usagers qui ont parlé de l'utilisation du préservatif à leur partenaire	46
Tableau X: Répartition des usagers qui ont déjà eu des rapports sexuels	46
Tableau XI: Répartition des usagers selon l'âge du premier rapport sexuel	46
Tableau XII: Répartition des usagers qui ont utilisé le préservatif à leur premier rapport sexuel	48
Tableau XIII: Répartition des usagers qui ont eu un rapport sexuel occasionnel	48
Tableau XIV: Répartition des usagers qui ont utilisé un préservatif au rapport sexuel occasionnel.....	49
Tableau XV: Répartition des usagers selon la conduite à tenir pour éviter la transmission du SIDA.....	49
Tableau XVI: Répartition des usagers selon leur principale source d'information sur le VIH/SIDA.....	50
Tableau XVII: Répartition des usagers selon la connaissance d'un centre de dépistage pour le VIH/SIDA.....	50
Tableau XVIII: Répartition des usagers patients selon l'existence d'un moyen pour éviter le VIH/SIDA.....	51
Tableau XIX: Répartition des usagers qui acceptent de fréquenter les personnes séropositives	51
Tableau XX: Répartition des usagers qui acceptent de manger avec les personnes séropositives	52

Tableau XXI: Répartition des usagers qui acceptent de travailler avec les personnes séropositives.....	52
Tableau XXII: Répartition des usagers qui acceptent de dormir dans la même pièce avec les personnes séropositives	52
Tableau XXIII: Répartition des usagers qui acceptent de laisser leurs enfants et petits enfants avec les personnes séropositives.....	53
Tableau XXIV: Répartition des usagers qui ont eu une relation sexuelle en utilisant un préservatif.....	54
Tableau XXV: Répartition des usagers qui ont utilisé le préservatif au dernier rapport sexuel	54
Tableau XXVI: Répartition des usagers selon les raisons du non utilisation du préservatif au dernier rapport sexuel.....	55
Tableau XXVII: Répartition des usagers selon les raisons de l'utilisation du préservatif au dernier rapport sexuel	55
Tableau XXVIII: Répartition des usagers qui acceptent de se faire dépister.....	55
Tableau XXIX: Répartition des usagers selon les raisons pour se faire dépister ou non.....	56

Sommaire

Sommaire.....	12
III.GENERALITES.....	17
6- Aspects éthiques :.....	39
V. RESULTATS.....	41
IX.REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	64
FICHE SIGNALETIQUE.....	66
IDENTIFICATION SHEET.....	68
SERMENT D'HIPPOCRATE.....	72

I. INTRODUCTION :

Le **SIDA** (syndrome de l'immunodéficience acquise), forme évoluée de l'infection à VIH (virus de l'immunodéficience humaine) constitue aujourd'hui l'un des problèmes de santé publique les plus préoccupants, surtout dans les pays en développement dont le nôtre[12,18] . Au **Mali** la prévalence générale de

l'infection est 1,7%[18]. Jadis, on pensait que les jeunes étaient relativement épargnés par le VIH/SIDA ; mais aujourd'hui plus de la moitié des nouvelles infections sont diagnostiquées chez les jeunes de moins de 25 ans[11].

L'Afrique subsaharienne reste la région du monde la plus touchée par l'épidémie de sida. Plus de deux tiers (68%) de toutes les personnes infectées par le VIH vivent dans cette région où se sont produits plus de trois quarts (76%) de tous les décès dus au sida en 2007. On estime que 1,7 millions [1,4 - 2,4 millions] de personnes ont été nouvellement infectées par le VIH en 2007, ce qui porte à 22,5 millions [20,9 millions-24,3 millions], le nombre total de personnes vivant avec le virus. Contrairement à ce qui se passe dans d'autres régions, la majorité des personnes vivant avec le VIH en Afrique subsaharienne (61%) sont des femmes[15].

Au cours des 10 dernières années, la proportion de femmes parmi les personnes vivant avec le VIH est restée stable à l'échelle mondiale, mais a augmenté dans de nombreuses régions. Les jeunes entre 15 et 24 ans représentent environ 45% des nouvelles infections à VIH à l'échelle mondiale. Au Mali, la prévalence du VIH/Sida est de 1,3% selon EDSM IV (Enquête Démographique et de Santé du Mali IV)[15]. Les femmes sont plus touchées par cette épidémie, avec un taux global de 1,4% contre 0,9 % chez les hommes.

L'utilisation des Anti- Rétroviraux à large échelle a vu le jour à partir de novembre 2001 à travers une politique nationale dénommée IMAARAV (Initiative Malienne d'Accès aux Anti- Rétroviraux).

L'insuffisance d'informations, les services de santé inadaptés, l'environnement malsain, les systèmes d'appui inappropriés pour des modes de vie saines demeurent les facteurs de dégradation de l'état de santé des jeunes et des adolescents[11]. Il semble plausible que le problème de VIH/SIDA est un

problème de comportement d'où la nécessité de mettre en place un système efficace d'informations afin d'amener au changement de comportement et l'adoption de bonnes pratiques face à ce fléau[11].

Selon de nombreux auteurs, le développement de la pandémie du VIH serait une question de comportements, de connaissances et d'informations[11,16,18].

Si dans de nombreuses sociétés, dans de nombreux pays, des études ont été consacrées aux connaissances et comportements tel n'est pas le cas au CSCOM (Centre de Santé Communautaire) de Sébénikoro en commune IV du district de Bamako. C'est pourquoi nous avons initié cette étude.

1-HYPOTHESES :

- Les pratiques comportementales de la population de SEBENIKORO montrent une insuffisance d'information de leur part dans la transmission du VIH/SIDA.
- Quelle est la contribution de l'anthropologie à l'explication médicale ?
- La santé et la maladie sont-elles une production sociale marquée par des représentations culturelles ?

II. OBJECTIFS :

1- Objectif général :

- Evaluer la connaissance des utilisateurs des CSCOM de SEBENIKORO sur le VIH/SIDA

2- Objectifs spécifiques :

- Décrire la connaissance de la population sur le VIH/SIDA.
- Décrire l'attitude de la population vis-à-vis du VIH/SIDA.
- Décrire les pratiques comportementales liées au VIH/SIDA.

III. GENERALITES

1- EPIDEMIOLOGIE :

1-1- Données contextuelles du pays

Situé en Afrique de l'Ouest en plein Sahel, le Mali est un vaste pays continental qui couvre une superficie d'environ 1 241 238 km². Il est entouré par 7 pays avec lesquels il partage 7 200 Km de frontière et dont deux sont à haute prévalence pour le VIH/SIDA, la Côte d'Ivoire au Sud et le Burkina Faso au Sud-est. Les autres pays frontaliers sont l'Algérie au Nord, le Niger à l'Est, la Guinée au Sud, la Mauritanie et le Sénégal à l'Ouest.

Cette situation carrefour fait du Mali un espace de forte migration. De plus, cette grande mobilité de la population est identifiée comme facteur de propagation de l'épidémie au Mali. Ainsi, l'analyse de la situation, fait ressortir les déterminants majeurs... qui sont des déterminants comportementaux (multi partenariat sexuel, rapport sexuels occasionnels et rapports sexuels non protégés, etc.), des facteurs médico-sanitaires (présence d'une IST, ignorance du statut sérologique en matière de VIH/SIDA), des facteurs socioculturels (mariage précoce, perte des normes sociales, faible statut dans la société, lévirat et sororat, excision), des facteurs socio-économiques (précarité, chômage, pauvreté) et des facteurs politiques (insuffisance du cadre juridique concernant le VIH/SIDA) [8].

La situation sanitaire de la population malienne est le reflet du niveau de développement socio-économique. Les taux de mortalité et de morbidité sont élevés à comparer avec d'autres pays de la sous région. Cette situation est due entre autres à :

- une insuffisance de la couverture sanitaire (63% de la

population réside à moins de 15 km d'un centre de santé) ;

- une insuffisance de la participation de la communauté de base à l'action sanitaire ;
- la persistance de certaines coutumes et de traditions souvent néfastes pour la santé ;
- un faible niveau d'alphabétisation, d'instruction et d'information de la population etc.[10] .

1.2- Données relatives au VIH/SIDA

Plus de vingt ans après, le premier cas de SIDA décrit aux Etats-Unis, la situation reste dramatique dans les pays en voies de développement. En fin 2003, on estimait près de 30 à 46 millions d'adultes et d'enfants vivant avec le VIH/SIDA dans le monde; 5 millions, dont 700 000 enfants infectées ; 3 millions de décès, dont 250 000 enfants. L'Afrique Subsaharienne, où il existe des variations importantes de prévalence, demeure la plus touchée avec 26 600 000 personnes vivant avec le VIH/SIDA (66%) ; 2 200 000 décès (plus de 75%) ; 3 200 000 nouveaux cas (64%)[3].

En effet, le Mali se range parmi les pays de la sous région dont le taux de séroprévalence du SIDA reste encore bas. Ce taux dans la population adulte (15 à 47 ans) est estimé à 1,7% selon les résultats de la dernière Enquête Démographique et de santé, dont 2% chez les femmes et 1,3% chez les hommes. Le nombre d'adultes vivant avec le VIH en 2001 est de 104 000. Cependant, des variations non négligeables existent par région, par tranche d'âge et par catégorie professionnelle. Ainsi, Bamako est la région la plus infectée avec un taux de 2,5%, suivi de Ségou, Kayes et Koulikoro, avec respectivement 2,0% et 1,9%. Les régions de Gao et Tombouctou paraissent les moins touchées avec

moins de 1% de prévalence. La tranche d'âge de 25-39 ans est la plus touchée (entre 2,1% et 3,4%).

Le faible taux de prévalence au niveau national masque aussi un taux d'infection élevé au sein de certains groupes vulnérables. A titre d'illustration, une étude comportementale et de séroprévalence du VIH (CDC/INRSP/PNLS) (Centre de Contrôle des Maladies/ Institut Nationale de Recherche en Santé Publique/ Programme National de Lutte contre le SIDA) conduite en août 2002 révèle les taux de prévalence suivants : 29,7% chez les professionnelles du sexe, 6,7% chez les vendeuses ambulantes, 5,7% chez les apprentis chauffeurs, 4,1% chez les camionneurs et 1,7% chez les aides ménagères.

Actuellement, le Mali se trouve en phase d'épidémie VIH concentrée, d'où l'importance opérationnelle en terme de riposte, d'une bonne identification, de suivi et de caractérisation des groupes vulnérables. En effet, il ressort des projections établies en janvier 2002 par le Bureau de coordination du PNLS que le taux de séroprévalence du VIH dans la population générale pourrait atteindre 6% des adultes en 2010, en cas de non maîtrise de l'épidémie, soit près de 500 000 personnes porteuses du VIH. Ceci entraînerait une occupation du quart des lits d'hôpitaux du pays. Les taux de séroprévalence produits par les sites sentinelles en 2002 étaient de 3,3% dans les centres de consultations prénatales visités avec une fourchette entre 2,0% et 5% (PNLS/CDC 2003).

Les perspectives au niveau des groupes vulnérables sont encore plus alarmantes. Une telle évolution aurait de graves répercussions démographiques, sociales et économiques et hypothéquant l'avenir du pays, si des solutions adéquates n'étaient envisagées pour enrayer la pandémie[8].

1.3- Agent pathogène – Structure

Le virus d'immunodéficience humaine (VIH) est un virus à ARN (Acide Ribonucléique) faisant partie du sous-groupe des lentivirus[1]. Il est composé d'un noyau contenant un matériel génétique (que l'on peut considérer comme le cerveau du virus), des enzymes virales, des protéines... Contrairement à une cellule, le VIH ne peut pas se reproduire à l'état libre, il a besoin d'une cellule hôte. Son apparence est celle d'une petite sphère d'environ 1/10 000^e de millimètre, soit 10 000 fois plus petit qu'une cellule. Le matériel biologique composé d'ARN pour le VIH et d'ADN (Acide Désoxyribonucléique) pour les cellules, conditionne l'activité biologique de la cellule ou du virus (son développement, sa reproduction...).[2].

Une des caractéristiques essentielle des VIH est leur très grande diversité génétique. Actuellement, on distingue deux types viraux majeurs, les VIH-1 et VIH-2, résultats de deux transmissions zoonotiques différentes, à partir de chimpanzés pour le VIH-1 et de *sootymangabey* pour le VIH-2. Plus de vingt autres virus simiens ont été caractérisés, certaines sont susceptibles d'être transmis à l'homme.[17] Chacun de ces groupes est lui-même subdivisé en groupes contenant une multitude de virus différents. VIH-1 et VIH-2 se ressemblent en apparence mais il y a plus de 50% de différence entre leurs matériels génétiques. Cette différence est de 5 à 10% entre des virus d'un même sous-type.[2].

Malgré sa grande variabilité génétique, on retrouve sur la molécule d'ARN trois gènes principaux communs à tous les autres rétrovirus[17] :

- Le gène gag (responsable de la synthèse des protéines de capsid et de core).
- Le gène pol. (Pour la transcriptase inverse, l'intégrase et la protéase virale)
- Le gène env. (pour les protéines de l'enveloppe).

De plus, les virus évoluent dans l'organisme car la transcriptase inverse fait des erreurs lors de la copie de l'ARN, ce qui cause des mutations. Ainsi, deux personnes contaminées par les mêmes virus, au bout de quelques mois, ont dans leur sang des virus différents entre eux, et différents des virus qui les ont infectés à l'origine. Une même personne peut donc être porteuse de différents sous-types de virus (co-infection). Les virus ne se multiplient pas tous à la même vitesse et de la même façon, n'ont pas la même virulence, ne s'attaque pas aux mêmes cibles. C'est pourquoi, par exemple, deux personnes séropositives doivent continuer à se protéger entre elles afin d'éviter les phénomènes de surcontaminations (que ce soit par voie sexuelle ou voie sanguine, etc.), en effet, la multiplication des types de virus et des mutations diminue gravement l'efficacité des traitements, et l'irruption dans l'organisme de nouveaux virus excite le système immunitaire, augmentant l'activité des cellules infectées et donc la multiplication du virus[2].

1- 4- Répartition géographique

La localisation des différents virus évolue car ils sont transportés par les hommes[2]. Le VIH-1 est très largement répandu à travers le monde (Europe, Amérique, Asie, Afrique) et le VIH-2 a une diffusion beaucoup plus limitée (Afrique de l'Ouest).

1- 5- Réservoir de germes

Le virus est présent dans les liquides biologiques de l'organisme des personnes atteintes[2]:

- Chez tous : dans le sang

- Chez l'homme : dans le sperme, le liquide séminal (qui s'écoule au début de l'érection)
- Chez la femme : dans les sécrétions vaginales, le lait.

Le virus peut se transmettre par ces liquides. Cependant, il faut qu'il y ait une quantité et une concentration de virus importantes pour qu'il y ait contamination.

Ne sont pas contaminants : la salive, la sueur, les larmes, l'urine.....car le virus est présent en quantité trop faible. Il n'y a donc aucun risque de transmission dans les activités de la vie quotidienne : embrasser, serrer la main, partager des objets (verre, vaisselle...) et dans les lieux publics (piscine, toilette...).

1- 6- Voies de contamination[7,17]

1-6-1- Transmission sexuelle:

Mode responsable de plus de 90% des contaminations, elle s'effectue par rapports hétérosexuels ou homosexuels avec une personne contaminée, certains facteurs locaux augmentant le risque (rapport anal réceptif, lésion génitale, saignement).

Notons que les rapports oro-génitaux sont potentiellement contaminant mais à un risque moindre.

1-6- 1-1- Transmission par le sang et ses dérivés :

Malgré le dépistage obligatoire depuis 1985, le risque de transmission lors de transfusion de produits sanguins reste de 1 pour 600 000 unités (période de séroconversion muette). Le partage de matériel d'injection contaminé par du sang chez les toxicomanes ainsi que l'utilisation de matériel non stérilisé sont responsables de transmission virale.

→Transmission mère-enfant :[7,19,20]

En l'absence de mesures prophylactiques le risque de transmission est de 15% en Europe et 30-40% en Afrique, principalement en période néonatale (fin de grossesse, accouchement), le risque étant majoré par la gravité de la maladie de la mère, et minoré par l'administration de zidovudine chez les mères non antérieurement traitées et par l'accouchement par césarienne programmée. Ces deux mesures associées amènent le risque de transmission à 1-2%.

De plus, la transmission par l'allaitement maternel étant avérée, celui-ci doit être interdit dans la mesure du possible.

1- 7- Facteurs favorisant la contamination[7,17]

Le facteur déterminant du risque de transmission est la charge virale du produit biologique contaminant, celle-ci étant corrélée au stade de la maladie VIH chez le sujet contaminant.

2- PHYSIOPATHOLOGIE :

2.1- Cycle de réplication

Les cellules cibles du virus sont les cellules porteuses à leur surface de la molécule CD4 (Groupe de différenciation 4) , ayant une haute affinité avec la glycoprotéine d'enveloppe du VIH, la gp120, on retrouve parmi elles les lymphocytes T CD4+, les monocytes-macrophages, les cellules folliculaires dendritiques, les cellules de Langerhans cutanées et les cellules microgliales cérébrales[17].

Le cycle de réplication du virus dans ces cellules se déroule de la façon suivante :

L'enveloppe du virus se fixe à la surface d'une cellule sur une protéine, récepteur CD4, de la membrane cellulaire qui lui sert de porte d'entrée. Une fois dans la cellule, le virus perd son enveloppe, libérant ainsi son noyau. Une enzyme virale, la transcriptase inverse (reverse transcriptase en Anglais, d'où le nom de ``retro-virus'' employé pour les virus qui utilisent cette enzyme) permet à l'ARN du virus de se transformer en ADN et ainsi d'intégrer le noyau de la cellule, lui aussi formé d'ADN. Le noyau de la cellule considère désormais le matériel génétique du virus comme le sien et son activité biologique va être détournée au profit du virus. La cellule va donc se mettre à synthétiser en priorité de nouveaux ARN viraux et des protéines virales qui permettront la formation de nouveaux virus. Pour que les virus soient créés, une autre enzyme, la protéase, découpe les protéines virales synthétisées par la cellule. La cellule meurt et les nouveaux virus créés se répandent dans l'organisme pour aller infecter d'autres cellules, et ainsi de suite. Les traitements actuels utilisent des médicaments (les antiviraux) qui agissent sur l'activité de ces deux enzymes, essayent de ralentir, voire d'empêcher la réplication dans les cellules.[2].

2.2- SIDA:[17]

Le syndrome d'immunodépression Acquis est le stade évolué de l'infection à VIH, défini par la survenue de manifestations infectieuses opportunistes ou tumorales liées à la déplétion profonde de l'immunité cellulaire.

La plupart des infections opportunistes dont la survenue caractérise le stade SIDA surviennent lorsque les lymphocytes CD4 sont inférieurs à 200/mm³.

- Les infections opportunistes[3]

Les infections opportunistes sont pour la plupart communes à tous les pays en voie de développement, certaines étant spécifiques à certaines régions tropicales. Le manque de moyens diagnostiques (scanner par exemple) explique la rareté, voir l'absence de certaines d'entre elles.

Au total, candidose, tuberculose, salmonelloses, cryptococcose sont les infections opportunistes en Afrique sub-saharienne. Leur fréquence respective varie selon les zones géographiques.

- Les atteintes tumorales[3]

Le sarcome de Kaposi, en pratique la seule néoplasie retrouvée en Afrique, est de type épidémique, lié à l'*Human Herpes virus* de type 8 (HHV 8), caractérisé par des lésions cutanées étendues et disséminées, des lésions muqueuses et viscérales, mais qui peut aussi se présenter sous une forme localisée peu extensive. Le diagnostic est histologique avec une double prolifération cellulaire, cellules fusiformes groupées en faisceaux et formations vasculaires.

Quand aux lymphomes de type B, ils sont liés au virus *Epstein-Barr* (EBV). Le lymphome de Burkitt (LB) est rarement rapporté. Il a une présentation similaire au LB sporadique, localisé fréquemment à l'abdomen et très rarement au niveau des mâchoires et des parois orbitaires.

Une prolifération d'origine vasculaire, l'angiomatose bacillaire, est associée chez les malades sidéens à la présence d'une bactérie, *Bartonella henselae*, visualisée à la coloration argentique de Whartin Starry. Elle a été rarement décrite en Afrique. Elle doit être évoquée devant des lésions évocatrices de sarcome de Kaposi.

2.2.1. Diagnostic :

2.2.1.1. Tests diagnostiques sérologiques [17]:

- La méthode immuno-enzymatique (ELISA), dépiste la présence d'anticorps sériques spécifiques.
- Le Western blot, met en évidence les anticorps dirigés contre différentes protéines du VIH, il est considéré comme positif en la présence d'au moins un anticorps dirigé contre une protéine interne virale (anti p24) et contre une protéine d'enveloppe (anti gp24, anti gp120 ou anti gp160).

Le test ELISA (Enzyme Linked Immunosorbent Assay) est effectué en première intention (2 types de tests ELISA doivent être légalement effectués sur 2 prélèvements différents) et en cas de positivité, le diagnostic d'infection doit être confirmé par un test en Western blot.

En cas de primo-infection ou de situation à risque dûment datée, on peut détecter le virus pendant la phase sérologiquement muette, soit par la recherche d'ARN viral plasmatique (positive au 10^{ème} jour de la contamination) soit par l'antigénémie p24 (positive entre le 12^{ème} et le 26^{ème} jour).

2.2.1.2. Biologie:[17]

➤ Bilan initial :

Le bilan initial d'un patient séropositif pour le VIH doit comporter les examens suivants:

- NFS-plaquettes, transaminases,
- Charge virale plasmatique (ARN VIH), taux des lymphocytes CD4 et CD8,
- Sérologies VHB (Virus de l'hépatite B), VHC (Virus de

l'hépatite C), syphilis, toxoplasmose, CMV (Cytomégalovirus),
- IDR (Intra Dermo-Réaction) à la tuberculine, radiographie du thorax.

➤ **Suivi :**

Le suivi est réalisé tous les 3 à 6 mois en l'absence de traitement rétroviral (tous les 4 à 6 mois si $CD4 > 500$ et tous les 3 mois si $CD4$ entre 200 et 400) et tous les 3 mois en cas de traitement antirétroviral : NFS-plaquettes, $CD4$ et $CD8$, ARN-VIH, transaminases et selon le traitement : glycémie, lipase, triglycémie, cholestérol.

Avec de plus, les sérologies selon les résultats du bilan initial.

2.3- TROUBLES PSYCHIATRIQUES AU COURS DU SIDA:

[9,14]

L'importance des perturbations neuropsychiatriques au cours du SIDA remarquée dès le début de la maladie, est liée à leur fréquence élevée et à leur retentissement sur la prise en charge du malade.

Les troubles du comportement, les tentatives de suicide, les syndromes anxio-dépressifs, psychotiques et confusionnels, les troubles cognitifs chroniques constituent les manifestations habituellement observées : elles peuvent être isolées, mais sont le plus souvent intriquées dans des tableaux psychiatriques complexes. Leur survenue peut être précoce, parfois inaugurale de la maladie, ou plus habituellement contemporaine des atteintes cérébrales organiques, notamment dans les phases terminales. Leurs mécanismes physiopathologiques sont multiples et intriqués ; ils associent, d'une part, des facteurs psychologiques liés à la personnalité antérieure des patients et aux difficultés d'adaptation aux vicissitudes de la maladie, et d'autre part des facteurs organiques ; ceux-ci sont

dominés par les atteintes cérébrales, de nature tumorale, infectieuse ou parasitaire, et donc la plupart peuvent être révélées par des troubles psychiques sans spécificité clinique particulière.

Les troubles neuropsychiatriques aggravent considérablement les souffrances des malades : leur retentissement sur l'évolution de la maladie est encore inconnu, quoique probablement péjoratif. En revanche, leur retentissement sur la prise en charge des malades est notoire : ils consomment une part importante des ressources humaines hospitalières. Les équipes soignantes sont intensément mobilisées, non seulement sur un plan matériel, mais aussi psychologique et affectif, par ces malades jeunes qui suscitent davantage de sollicitude et de compassion.

Les capacités d'adaptation à la maladie sont largement dépendantes de la qualité de l'environnement social : la pression psychologique des médias, la défaillance des supports sociaux et affectifs habituels, la précarité de la situation matérielle ou le manque de disponibilité des équipes médico-sociales sont autant de facteurs majorant les risques psychopathologiques. Ils viennent s'ajouter aux atteintes cérébrales organiques et aux facteurs de vulnérabilité psychique propres aux toxicomanes, homosexuels ou sujet âgés.

L'évaluation du risque psychopathologique et la recherche d'une manifestation neurologique occulte font partie du bilan diagnostique systématique de tout patient atteint de SIDA et peuvent aboutir à l'indication d'une prise en charge psychiatrique précoce.

2.4- IMPACTS PSYCHOSOCIAUX DU VIH/SIDA :

Nouvelle, l'infection par le VIH l'est par bien des aspects. Elle présente en particulier le problème d'une infection virale, strictement asymptomatique, chez des personnes en bonne santé. Pourtant elle est déjà menaçante pour l'individu lui-même dans son avenir plus ou moins proche et pour son entourage le plus intime par sa transmissibilité sexuelle et sanguine. Famille et soignants sont ainsi impliqués dans leur relation et leur intervention auprès d'un sujet non malade ; ou dans l'accompagnement d'un patient aux pathologies très lourdes. C'est dans la maladie mortelle que se font souvent les retrouvailles. A travers les modes de transmission privilégiés du virus, c'est une population inhabituelle à laquelle est confronté le monde soignant. Les adaptations et les découvertes personnelles sont parfois lourdes à gérer. Plus sans doute que pour toute autre pathologie, le travail en équipe, les groupes de réflexion et l'aide psychodynamique des divers acteurs sont souhaitables[9].

Au Mali, les ateliers sur le VIH et le développement ont traité des impacts actuels et futurs de l'épidémie de VIH/SIDA en utilisant les outils proposés par le PNUD (Programme des Nations Unies pour le Développement) /Projet régional sur le VIH et le Développement initialement basé à Dakar au Sénégal et transféré à Pretoria en Afrique du Sud : « le centre de l'analyse » et « l'analyse des impacts croisés »[8].

L'impact sur le bien-être des personnes infectées par le VIH est le premier impact de l'épidémie et le plus perceptible. C'est une dégradation de l'équilibre psychologique, longtemps avant la dégradation de la santé physique. L'absence de traitement curatif et les incertitudes de l'avenir, la menace sur la famille et le silence que l'on s'impose, la stigmatisation et l'exclusion dont on peut faire l'objet pèsent toujours trop lourd. Le poids de l'impact du nombre de cas de SIDA notifié (environ 6000 en fin 1999), est reflété par l'augmentation de la charge de travail dans le secteur de la santé[8].

Le rapport de l'ONU (Organisation des Nations Unies) SIDA publié en juin 2000 donne le chiffre cumulé de 45 000 orphelins au Mali en fin 1999. Le poids de l'impact social en termes de personnes affectées se fait effectivement sentir sur les familles et sur la communauté[8].

Les nombreux décès par SIDA induisent un *impact démographique*. Dans son rapport 1999, l'ONUSIDA prévoit une baisse de l'espérance de vie à la naissance de 59 ans à 45 ans en l'an 2005 si la tendance évolutive actuelle de l'épidémie, en Afrique, se maintient. Ce qui remettrait en question les acquis des programmes de santé tel que le programme élargi de vaccination (PEV) qui, au Mali, a enregistré des résultats appréciables[8].

Le SIDA risque d'entraîner de graves conséquences économiques dans la plupart des pays africains. Il se distingue d'autres maladies car il frappe les gens dans leurs années les plus productives et il est mortel dans la quasi-totalité des cas. Les conséquences varient d'un pays à un autre en fonction de la gravité de l'épidémie du SIDA et de la structure des économies nationales. Le Mali se classe au quatrième rang des pays les plus pauvres au monde et il n'existe que peu de ressources pour faire face au fardeau supplémentaire que représente le VIH/SIDA[8]. Cependant, quand on sait que l'épidémie de VIH/SIDA touche essentiellement la tranche d'âge 15-49 ans qui constitue la force vive et productive du pays..., l'on peut émettre l'hypothèse de l'existence d'un impact macro-économique et sectoriel non négligeable de l'épidémie. Cette hypothèse reste à vérifier par les recherches[5].

D'une manière générale, l'impact macro-économique et sectoriel de l'épidémie de VIH/SIDA ruine les acquis du développement, diminue la productivité dans le travail en général et au niveau des entreprises en particulier. Il grève les budgets des entreprises et autres institutions sociales à travers les lourdes charges induites par la prise en charge des malades du SIDA. De même, il crée des charges financières liées au recrutement et à la formation des personnels nouveaux en remplacement des cadres et personnels techniques qualifiés

décédés ou malades du SIDA. Cette situation est une réalité vécue au Mali, mais encore peu documentée[5].

2.5- **TRAITEMENT:**

La prise en charge médicale des sujets séropositifs ne doit être contraignante, mais régulière et non aléatoire. Elle ne peut être dissociée de l'aide qui peut être apportée à ces sujets aussi bien au plan social, psychologique et « convivial » dans des groupes adaptés à cette réalité[9].

Il ne faut pas réduire la prise en charge médicale aux consultations en milieu spécialisé, cette attitude serait génératrice d'enfermement, d'exclusion et favoriserait l'explosion des nouvelles psychoses collectives. La prise en charge médicale doit être double : d'une part, dans le cadre habituel de la médecine libérale : médecine de famille, spécialistes médicaux ou paramédicaux avertis de la sérologie ; d'autre part, dans le cadre d'une structure médicale pluridisciplinaire hospitalière ou de dispensaire plus spécialisé dans l'infection par le VIH[9].

Le traitement de l'infection VIH a pour objectif la réduction maximale de la réplication virale. Avec les traitements actuels, la charge virale devient indétectable dans 60 à 90% des cas. Les indications actuelles de l'instauration du traitement antirétroviral sont les suivantes[17]:

- Chez tout patient symptomatique, c'est-à-dire ayant présenté des complications liées au déficit immunitaire,
- Chez un patient asymptomatique dont le nombre de lymphocytes CD4 est $< 350/\text{mm}^3$ quel que soit le niveau de charge virale,
- Chez un patient ayant entre 350 et 500 CD4/mm³, la décision est

prise en fonction de la charge virale plasmatique (traitement conseillé pour une charge virale > 30 000 copies/ml ou rapidement évolutive) et la vitesse de chute des CD4.

Les bons résultats obtenus par la stratégie avec les trithérapies, comportant un inhibiteur de protéase (IP), obligent à traiter tous les VIH/SIDA dans le monde. Ceci, d'autant que toutes les trithérapies, quelles soient de type 2 inhibiteurs nucléosidiques (INTI) + 1 IP ou 2 INTI + 1 non nucléosidique (INNTI) ou 3 INTI, ont globalement montré leur intérêt[17] .

En cas d'échec ou d'insuffisance d'efficacité du traitement initial, il est recommandé une nouvelle association de 3 antirétroviraux différents de ceux initialement prescrits, dont le choix doit être guidé par des tests de résistance du virus aux molécules et par les dosages plasmatiques des médicaments antirétroviraux[17].

Au Mali, les personnes infectées par le VIH suivies à l'hôpital prennent un traitement antirétroviral gratuit dans le contexte de l'initiative malienne d'accès aux anti-rétroviraux (IMAARAV). Une étude réalisée par DAO et al. Dans le but de déterminer les difficultés de la prise en charge et le profil des patients. Suivis dans les différents sites de dispensation des ARV. D'août 2003 en septembre 2004 montre que 2 000 patients étaient sous ARV en début septembre 2004. Le schéma le plus fréquemment prescrit est l'association de deux inhibiteurs nucléosidiques et d'un inhibiteur non nucléosidique (53,5%)[13] .

Le traitement des infections opportunistes, limite le plus souvent la prise en charge médicale, pour lesquelles un nombre relativement limité de médicament sont efficace : amphotéricine B, kétoconazole, fluconazole (pour les infections mycosiques), cotrimoxazole (pour les parasitoses : pneumocystose, toxoplasmose, isosporose), ganciclovir, acyclovir (pour les infections virales), antibiotiques spécifiques ou non (antituberculeux pour la tuberculose évolutive, cotrimoxazole ou fluoroquinolones pour les salmonelloses) [3].

2.6- PREVENTION :

La prévention reste au cœur de toutes les interventions contre le VIH.

La quasi-totalité des adultes, voir des adolescents, vivant en régions tropicales ont entendu parler du VIH/SIDA. Cependant, il demeure des obstacles socioculturels aux stratégies préventives[8].

La sensibilisation sur la pandémie du SIDA au Mali est sans relâche, et implique des personnes vivant avec le VIH, des dignitaires religieux et bien d'autres personnalités physiques et morales. Cependant du chemin reste à faire car des statistiques montrent que 90,3% des femmes ont déclaré avoir entendu parler du SIDA, mais jusqu'à 45% d'entre elles ignorent qu'il y a un moyen de l'éviter. En milieu urbain 97% en ont entendu parler et 22% ignorent qu'il y a un moyen de l'éviter ; tandis qu'en milieu rural si 88% en ont entendu parler jusqu'à 54% ignorent qu'il y a un moyen de l'éviter. Il ressort des enquêtes effectuées en 2001 que les jeunes adoptent des comportements à risques[22] :

- 65% des jeunes ont leurs premiers rapports sexuels avant l'âge de 18 ans ;

- 53% des jeunes ont eu des rapports sexuels le mois précédent L'enquête ;

- près de 20% des garçons ont eu plus de 3 partenaires sexuels dans les 12 derniers mois précédant l'enquête ;

- près de la moitié des jeunes n'utilisent pas le condom par confiance en leur partenaire ;

- Pis deux jeunes interrogés sur trois ne croient en l'existence du SIDA.

A ce triste constat s'ajoutent la prostitution, la multiplicité des partenaires sexuels etc., qui exposent à des risques d'expansion voire une explosion de l'épidémie du VIH/SIDA au Mali dans les années à venir. D'ores et déjà la

mortalité imputable au SIDA au niveau des jeunes et des adultes (15-49 ans) qui constituent la force productive se fait sentir.

Sept mesures préventives sont proposées[3]:

2.6.1. Le renforcement des comportements sexuels à faible risque

La transmission par voie sexuelle est de loin la plus importante, favorisée par des pratiques comme le multi partenariat sexuel, la prostitution, etc....Elle est souvent le résultat d'un manque d'information, en particulier de la méconnaissance du rôle épidémiologique des « porteurs sains » dans la transmission sexuelle. Il faut développer des mécanismes d'information qui amènent les adolescents et les jeunes adultes (les jeunes de 15 à 24 ans se situent à l'épicentre de l'épidémie de VIH) à comprendre qu'ils vivent dans un monde infecté par le VIH/SIDA et qu'ils doivent adopter des comportements sexuels à faible risque.

2.6.2. La promotion et l'encouragement à utiliser les préservatifs

En dehors de la fidélité et de l'abstinence, le préservatif est le moyen recommandé dans la prévention des infections sexuellement transmissibles (IST), dont l'infection à VIH/SIDA. Ils sont accessibles dans tous les pays. Mais, il y a des réticences dans l'usage du préservatif, qui est pourtant la solution économique et fiable de protection dans la lutte contre les IST. Les rapports sexuels entre un individu infecté et un partenaire sain sont le moteur de l'épidémie du VIH. Lorsque le statut biologique des 2 partenaires est inconnu,

ce qui est le cas le plus fréquent, les seules options sont des rapports sexuels sans pénétration ou les rapports protégés par le préservatif. Cependant, le préservatif n'a pas que des avantages. Il est difficile à l'un des partenaires dans le contexte d'une relation stable de suggérer soudainement d'utiliser le préservatif. Il existe toujours un risque de rupture lors des rapports sexuels de pénétration (ce risque est inférieur à 1% lors de rapports vaginaux si l'utilisation est régulière et associée à une bonne lubrification).

2.6.3. La promotion de la sécurité transfusionnelle

L'infection à VIH se transmet par le sang contaminé. La transmission par le sang et les dérivés du sang diminue partout. Elle est due à des transfusions de sang faites sans test du donneur dans de petites structures hospitalières, mais surtout à l'usage de seringues souillées réutilisées sans stérilisation préalable. La transmission chez les usagers de drogues injectables est rare en Afrique subsaharienne, mais elle augmente dans les grandes villes d'Amérique latine et d'Asie.

La prévention de la transmission transfusionnelle passe par une sélection clinique attentive et un dépistage biologique des donneurs de sang et par une limitation des indications thérapeutiques transfusionnelles. Le matériel d'injection doit être à usage unique.

2.6.4. La promotion de l'hygiène dans les milieux de travail

Le risque d'exposition accidentelle dans les milieux de travail, notamment dans le secteur de la santé, est réel. Tout liquide biologique est contaminant. Ce

risque professionnel de transmission du VIH doit être minimisé par des mesures appropriées, mais le développement du dépistage et des traitements risque de l'augmenter dans les pays en voie de développement. Il se posera alors le problème de la prévention secondaire, la prise en charge des expositions accidentelles au VIH étant préconisée depuis qu'on a montré l'efficacité de l'AZT sur la transmission du VIH en cas d'exposition accidentelle de professionnels de santé.

2.6.5. La prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant (PTME)

La transmission périnatale est un des modes importants de transmission du VIH/SIDA dans les pays en voie de développement. Là où l'allaitement maternel est une pratique quasi-générale, les femmes qui ne donnent pas le sein risquent de se voir stigmatisées comme porteuses du VIH. De plus, l'allaitement artificiel est difficile dans des conditions d'hygiène précaire[3]. La Névirapine était la molécule la plus utilisée. Actuellement, le traitement qui réduit le risque de transmission mère-enfant nécessite un traitement par bi ou trithérapie.

2.6.6. Le renforcement du dépistage et du traitement précoce des IST

Les IST créent des micros lésions des parties génitales favorisant ainsi une porte d'entrée du VIH. Il est démontré clairement l'existence d'une corrélation entre les IST et l'accroissement du risque du VIH. Le dépistage, tout comme le traitement précoce des IST, relève de la prévention primaire.

2.6.7. La promotion du conseil/dépistage volontaire confidentiel et anonyme

Le diagnostic précoce de l'infection à VIH permet de mettre en œuvre un conseil et une thérapie appropriés. Par ailleurs, la promotion du conseil/dépistage aide au renforcement des comportements à faible risque chez les personnes dépistées et participe ainsi à la réduction de nouvelles contaminations.

La prévention secondaire, dont l'objectif essentiel est, en cas d'exposition au VIH, de réduire le risque d'infection par la mise en route d'un traitement le plus précoce possible afin de bloquer l'infection de l'organisme par le VIH et d'éviter la contamination, s'adresse, outre aux professionnels de santé exposés, aux personnes ayant subi des violences sexuelles ou des viols, ce qui est malheureusement fréquent dans les camps de réfugiés en Afrique subsaharienne. [21].

Dans la mesure du possible, il est préférable d'éviter toute vaccination quand le taux de CD4 est inférieur à 200/mm³ et/ou quand la charge virale est élevée. Toute stimulation immunitaire, pouvant entraîner une augmentation transitoire de la charge virale plasmatique.

- Vaccins recommandés : Tétanos (avec rappel tous les 10 ans), Poliomyélite (vaccin inactivé uniquement, avec rappel tous les 10 ans)
- vaccins possibles : Diphtérie, Hépatite A et B, grippe, Méningocoque A+C, Fièvre typhoïde, Fièvre jaune (en l'absence d'immunodéficience sévère), Pneumocoque
- vaccins contre-indiqués : Rubéole, BCG (Bacille de Kock et Guérin)[17].

IV. METHODOLOGIE

1- Lieu et population d'étude:

Notre étude s'est déroulée en commune IV du district de Bamako sur la tranche d'âge de 18 à 30 ans.

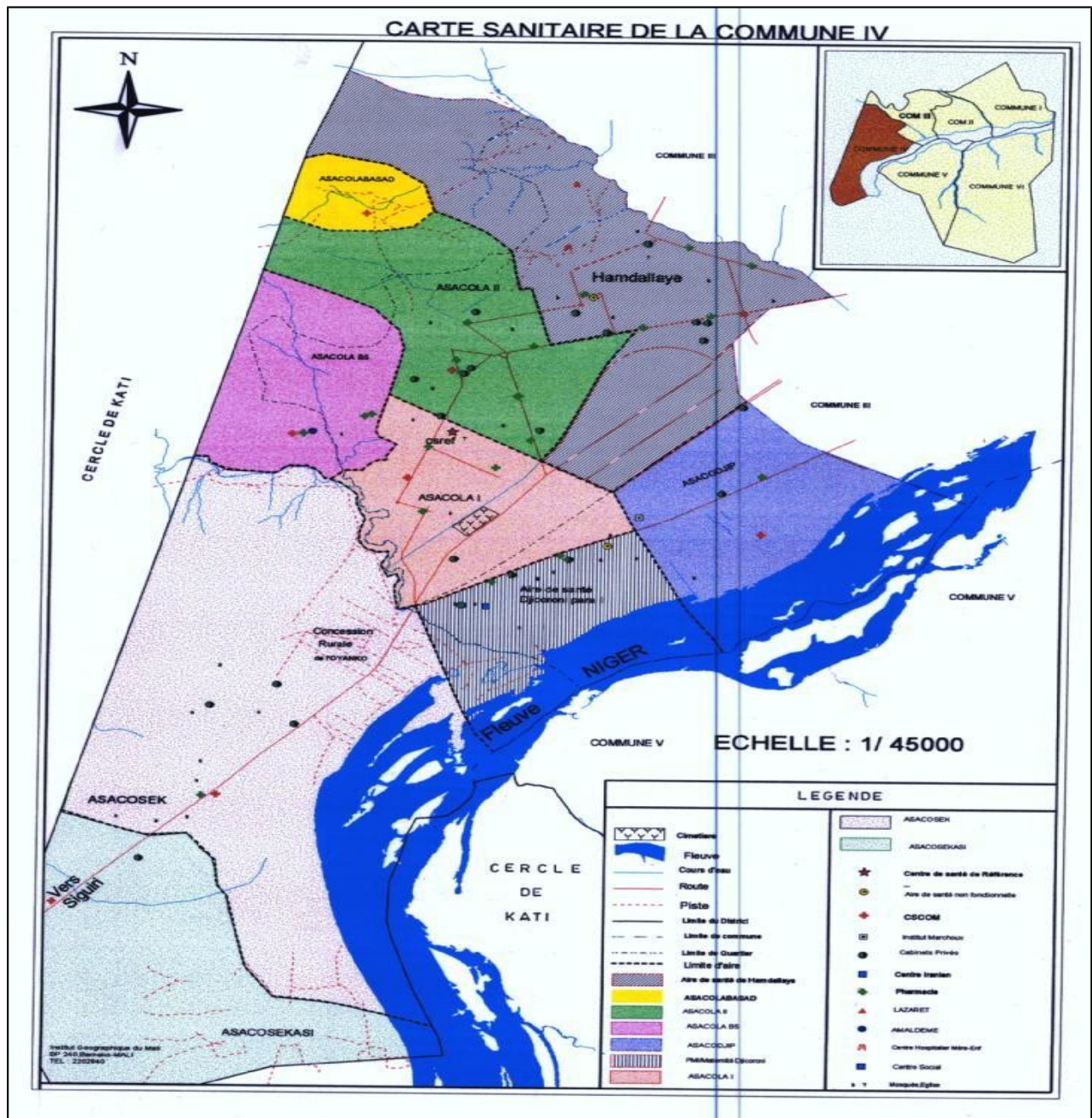


Figure 1: Carte Sanitaire de la Commune IV

2- Type d'étude :

Il s'agit d'une étude transversale à un passage s'étendant sur trois mois (1^{er} février au 30 avril 2010)

3- Critères d'inclusion :

Tous les patients âgés de 18-30ans des deux sexes fréquentant le CSCOM de Sébénikoro ;

- volontaires pour participer à notre étude ;

4- Critères de non inclusion :

N'ont été inclus dans notre étude les patients :

- ne fréquentant pas les établissements choisis ;
- âgés de moins de 18 ans et de plus de 30 ans ;
- non volontaire de participer à notre étude ;

5- Déroulement de l'enquête :

La demande d'autorisation adressée différents médecins chefs nous a permis de mobiliser les patients dans les CSCOM.

6- Aspects éthiques :

L'étude a été effectuée sur les personnels dont l'identité et l'adresse resteront confidentielles et ne feront l'objet d'aucune publication.

A la fin de cette étude les résultats seront mis à la disposition à qui de droit.

Le consentement éclairé des enquêtés avait été verbalement obtenu avant l'enquête.

7- Collecte des données

Les données ont été collectées à l'aide d'un questionnaire qui se trouve à l'annexe. Les données ont été saisies et analysées sur Epi info version 6.04

V. RESULTATS

1- Caractéristiques sociodémographiques des personnes enquêtées

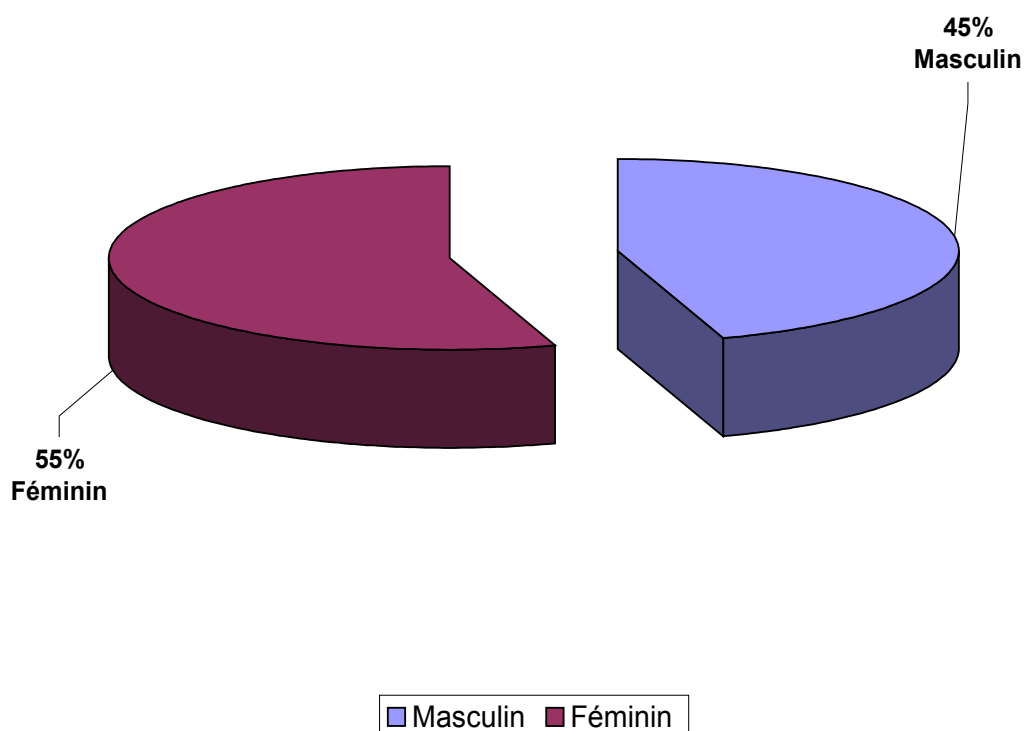


Figure 2: Répartition des usagers selon le sexe

Le sexe féminin représentait 55% des usagers de notre échantillon.

Tableau I: Répartition des usagers selon l'âge

Tranches d'âge (ans)	Effectif	Pourcentage
18-24	235	47
25-30	265	53
Total	500	100

La tranche d'âge 24-30 ans a représentée 53% des cas.

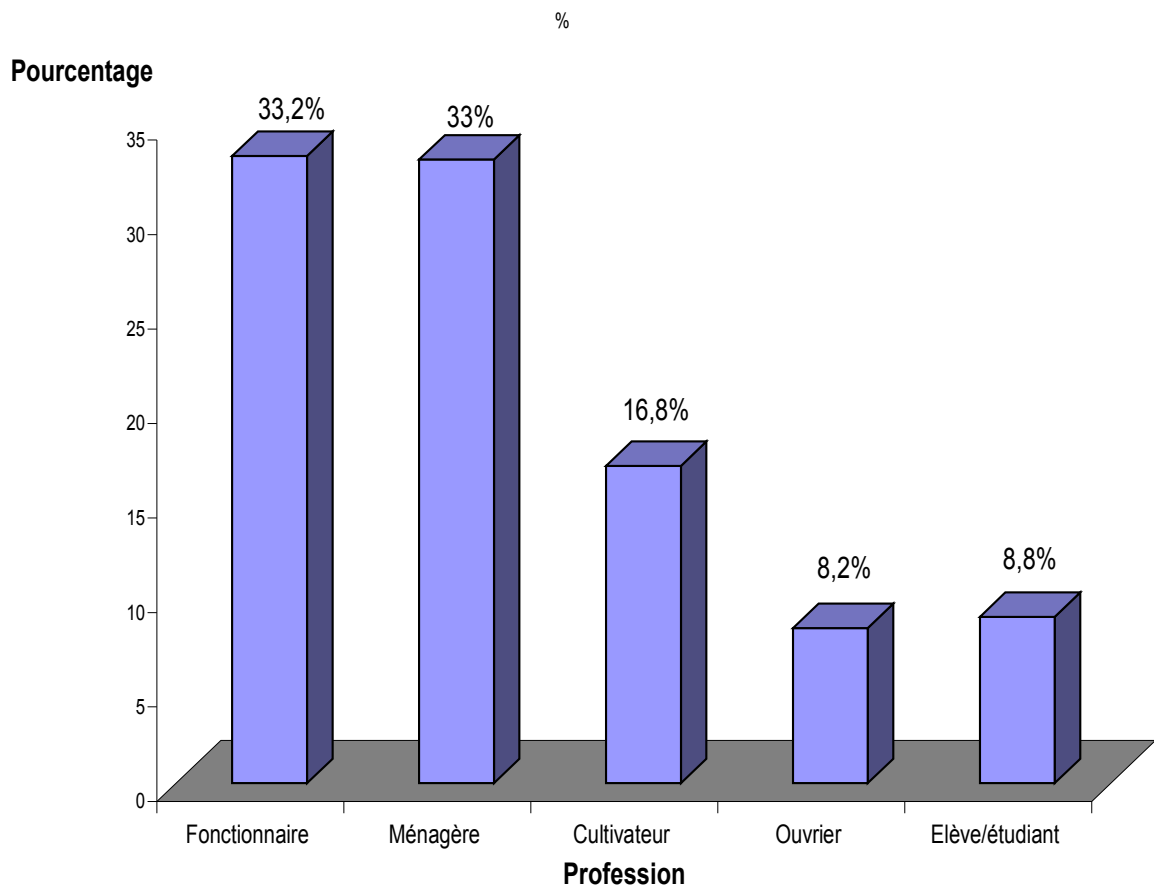


Figure 3: Répartition des usagers selon la profession

Fonctionnaires ont représenté 33,2%, suivis des ménagère avec 33%.

Tableau II: Répartition des usagers selon le statut matrimonial

Statut matrimonial	Effectif	Pourcentage
Célibataire	270	54
Marié	210	42
Divorcé	20	4
Total	500	100

Les usagers étaient célibataire dans 54% des cas.

Tableau III: Répartition des usagers selon le niveau d'instruction

Niveau d'instruction	Effectif	Pourcentage
Non scolarisé	150	30
Secondaire	130	26
supérieur	115	23
Primaire	105	21
Total	500	100

Les usagers étaient non scolarisés dans 30% des cas.

Tableau IV: Répartition des usagers qui ont entendu parler du SIDA

Avoir entendu parler du SIDA	Effectif	Pourcentage
Oui	475	95
Non	25	5
Total	500	100

Les usagers avaient entendu parler du SIDA dans 95% des cas.

Tableau V: Répartition des usagers selon la connaissance des voies de transmission du SIDA

Connaissance des voies de transmission du SIDA	Effectif	Pourcentage
Connaît	425	85
Ne connaît pas	75	15
Total	500	100

Les voies de transmission du SIDA étaient connues par 85% des usagers.

Tableau VI: Répartition des usagers selon les différentes voies de transmission du SIDA

Différentes voies de transmission du SIDA	Effectif	Pourcentage
Sang + Rapport sexuel non protégé	317	63,4
Rapport sexuel non protégé	30	6
Sang	29	5
Sang + rapport sexuel non protégé +		

transmission mère – enfant	26	5,2
Sang + transmission mère – enfant	14	2,8
Rapport sexuel non protégé +		
transmission mère – enfant	9	1,8
Ne sait pas	75	15
Total	500	100

La transmission par le sang, et les rapports sexuels non protégés étaient les principales voies de transmission citées par les usagers dans 63,4% des cas.

Tableau VII: Répartition des usagers qui ont un partenaire sexuel régulier

Partenaire sexuel régulier	Effectif	Pourcentage
Oui	390	78
Non	110	22
Total	500	100

Les usagers avaient un partenaire sexuel régulier dans 78% des cas.

Tableau VIII: Répartition des usagers qui ont parlé de la sexualité à leur partenaire

Usagers qui ont parlé de la sexualité à leur partenaire	Effectif	Pourcentage
Oui	240	48
Non	260	52
Total	500	100

Les usagers ont discuté de la sexualité avec leur partenaire dans 48% des cas.

Tableau IX: Répartition des usagers qui ont parlé de l'utilisation du préservatif à leur partenaire

Usagers qui ont parlé de l'utilisation du préservatif à leur partenaire	Effectif	Pourcentage
Oui	235	47
Non	265	53
Total	500	100

Les usagers avaient parlé de l'utilisation du préservatif à leur partenaire dans 47% des cas.

Tableau X: Répartition des usagers qui ont déjà eu des rapports sexuels

Usagers qui ont déjà eu des rapports sexuels	Effectif	Pourcentage
Oui	375	75
Non	95	19
Ne sait pas	30	6
Total	500	100

Les usagers avaient déjà eu des rapports sexuels dans 75% des cas.

Tableau XI: Répartition des usagers selon l'âge du premier rapport sexuel

Age du premier	Effectif	Pourcentage
----------------	----------	-------------

rapport sexuel		
12-14 ans	25	6,7
15-17 ans	120	32
18-20 ans	80	21,3
Ne sait pas	150	40
Total	375	100

Les usagers ont fait leur premier rapport sexuel entre 12-14 ans dans 6,7% des cas.

Tableau XII: Répartition des usagers qui ont utilisé le préservatif à leur premier rapport sexuel

Utilisation du préservatif au premier rapport sexuel	Effectif	Pourcentage
Oui	75	20
Non	280	74,7
Ne sait pas	20	5,3
Total	375	100

Les usagers n'avaient pas utilisé un préservatif au cours de leur premier rapport sexuel dans 74,7% des cas.

Tableau XIII: Répartition des usagers qui ont eu un rapport sexuel occasionnel

Usagers qui ont un rapport sexuel occasionnel	Effectif	Pourcentage
Oui	170	34
Non	330	66
Total	500	100

Les usagers ont eu un rapport sexuel occasionnel dans 34% des cas.

Tableau XIV: Répartition des usagers qui ont utilisé un préservatif au rapport sexuel occasionnel

Utilisation de préservatif au rapport sexuel occasionnel	Effectif	Pourcentage
Toujours	40	23,5
Parfois	35	20,6
Jamais	95	55,9
Total	170	100

Au cours des rapports sexuels occasionnels, 55,9% des usagers n'avaient pas utilisé le préservatif

Tableau XV: Répartition des usagers selon la conduite à tenir pour éviter la transmission du SIDA

Conduite à tenir pour éviter la transmission du sida	Effectif	Pourcentage
Fidélité	125	25
Préservatif	105	21
Rapport sexuel protégé	70	14
Abstinence	60	12
Fidélité + condom	45	9
Rien	20	4
Ne sait pas	75	15
Total	500	100

La fidélité et le préservatif étaient les principaux moyens d'éviction de la transmission du sida soit respectivement 25% et 21%.

Tableau XVI: Répartition des usagers selon leur principale source d'information sur le VIH/SIDA

Principale source d'information sur le VIH/SIDA	Effectif	Pourcentage
Télévision	420	84
Radio	380	76
Ecole	30	6
Internet	40	8
Causerie	30	6
Centre de santé	25	5
Amis	15	3

La principale source d'information a été la télévision dans 84% des cas.

Tableau XVII: Répartition des usagers selon la connaissance d'un centre de dépistage pour le VIH/SIDA

Connaissance d'un centre de dépistage pou le VIH/SIDA	Effectif	Pourcentage
Oui	405	81
Non	60	12
Ne sait pas	35	7
Total	500	100

Un centre de dépistage du VIH/SIDA était connu par 81% des usagers.

Tableau XVIII: Répartition des usagers patients selon l'existence d'un moyen pour éviter le VIH/SIDA

Existence de moyen pour éviter le VIH/SIDA	Effectif	Pourcentage
Oui	355	71
Non	50	10
Ne sait pas	95	19
Total	500	100

Les usagers ont eu connaissance d'un moyen d'éviction du VIH/SIDA dans 71% des cas.

Tableau XIX: Répartition des usagers qui acceptent de fréquenter les personnes séropositives

Usagers qui acceptent de fréquenter les personnes séropositives	Effectif	Pourcentage
Oui	320	64
Non	20	4
Ne sait pas	160	32
Total	500	100

Plus de la moitié des usagers acceptaient de fréquenter les personnes séropositives soit 64%.

Tableau XX: Répartition des usagers qui acceptent de manger avec les personnes séropositives

Usagers qui acceptent de manger avec les personnes séropositives	Effectif	Pourcentage
Oui	315	63
Non	20	4
Ne sait pas	165	33
Total	500	100

Les usagers avaient acceptés de manger avec les personnes séropositives dans la majorité des cas soit 63%.

Tableau XXI: Répartition des usagers qui acceptent de travailler avec les personnes séropositives

Usagers qui acceptent de travailler avec les personnes séropositives	Effectif	Pourcentage
Oui	320	64
Non	15	3
Ne sait pas	165	33
Total	500	100

Les usagers avaient une collaboration professionnelle avec les personnes séropositives dans 64% des cas.

Tableau XXII: Répartition des usagers qui acceptent de dormir dans la même pièce avec les personnes séropositives

Usagers qui acceptent de dormir	Effectif	Pourcentage
---------------------------------	----------	-------------

dans la même pièce avec les
personnes séropositives

Oui	315	63
Non	20	4
Ne sait pas	165	33
Total	500	100

Les usagers acceptaient de dormir dans la même pièce avec les personnes séropositives dans 63% des cas.

Tableau XXIII: Répartition des usagers qui acceptent de laisser leurs enfants et petits enfants avec les personnes séropositives

Usagers qui acceptent de laisser leurs enfants et petits enfants avec les personnes séropositives	Effectif	Pourcentage
Oui	320	64
Non	15	3
Ne sait pas	165	33
Total	500	100

Les usagers acceptaient de laisser leurs enfants et petits enfants avec les personnes séropositives dans 64% des cas.

Tableau XXIV: Répartition des usagers qui ont eu une relation sexuelle en utilisant un préservatif

Utilisation du préservatif	Effectif	Pourcentage
Oui	170	34
Non	315	63
Peut être	15	3
Total	500	100

Les usagers affirmaient l'utilisation du préservatif lors de la relation sexuelle dans 63% des cas.

Tableau XXV: Répartition des usagers qui ont utilisé le préservatif au dernier rapport sexuel

Utilisation du préservatif	Effectif	Pourcentage
au dernier rapport sexuel		
Oui	170	34
Non	330	66
Total	500	100

Lors du dernier rapport sexuel, 66% des usagers n'avaient pas utilisé le préservatif

Tableau XXVI: Répartition des usagers selon les raisons du non utilisation du préservatif au dernier rapport sexuel

Raisons du non utilisation du condom au dernier rapport sexuel	Effectif	Pourcentage
Je n'en avais pas	280	84,8
Condom diminue le plaisir	40	12,2
Le condom coûte cher	5	1,5
Mon partenaire refuse	5	1,5
Total	330	100

La principale raison du non utilisation était absence du préservatif soit (84,8%).

Tableau XXVII: Répartition des usagers selon les raisons de l'utilisation du préservatif au dernier rapport sexuel

Raisons de l'utilisation du condom au dernier rapport sexuel	Effectif	Pourcentage
Pour éviter les IST	60	35,3
Pour éviter une grossesse	50	29,4
Pour éviter le SIDA	50	29,4
Partenaire exige	10	5,9
Total	170	100

Les usagers avaient utilisé le préservatif pour éviter les infections sexuellement transmissibles dans 35,3% des cas.

Tableau XXVIII: Répartition des usagers qui acceptent de se faire dépister

Patients qui acceptent de se faire dépister	Effectif	Pourcentage
---	----------	-------------

Oui	380	76
Non	105	21
Ne sait pas	15	3
Total	500	100

Les usagers acceptaient de se faire dépister dans 76% des cas.

Tableau XXIX: Répartition des usagers selon les raisons pour se faire dépister ou non

Raisons pour se faire dépister	Effectif	Pourcentage
Pour savoir son statut sérologique	290	59,8
Pour avoir confiance en moi	75	15,5
Pour éviter le risque d contamination	55	11,3
Ne sait pas	50	10,3
Ne crois pas u SIDA	15	3,1
Total	485	100

La principale raison de se faire dépister était de savoir son statut sérologique (59,8%).

VI. COMMENTAIRES ET DISCUSSION

1- Les limites de notre étude :

Au terme de notre étude transversale descriptive, qui s'est déroulée de du 1^{er} février au 30 avril 2010 au CSCOM de Sébenikoro du district de Bamako. Nous avons questionné 500 usagers. Notre investigation nous a permis non seulement d'écrire et analyser les comportements à moindre risque de notre population cible mais aussi de comprendre l'existence indéniable de certain phénomène, notamment le multi partenariat en matière de sexualité. Si l'étude des comportements nous fournit des informations utiles sur l'évolution des attitudes et des pratiques. Elle ne peut rendre compte des contextes. Une bonne appréhension du contexte fournit des éléments indispensables pour des actions adaptées. Ces questions pourraient trouver une explication dans une autre étude.

Les difficultés rencontrées ont été pour les plupart liées à la réticence de certains usagers face aux questionnaires.

2- Caractéristiques sociodémographiques des usagers

- Le sexe : Au total, dans notre série le sexe féminin à représenté 55% et le sexe masculin 45% avec un sex- ratio de 1,22. Cette prédominance féminine reflète l'état même de la population du Mali en général et particulièrement celle de Bamako (DNSI, 2003)[6].

En ce qui concerne le statut matrimonial 42% des usagers étaient mariés contre 54% de célibataires.

Une grande majorité des enquêtés était scolarisés soit 70%. Contrairement à l'étude de Berthé M[4] qui trouve une grande majorité de sa population non scolarisée (52%).

Il s'est révélé par rapport au statut matrimonial, que 42% des usagers étaient mariés. Une étude menée au Mali, atteste que la femme intervient, pour sa propre santé, celle de ses enfants et dans la prise en charge des dépenses de santé. (Traoré et all, 1992)[23] .

Du point de vue profession, les fonctionnaires ont été les plus sollicités dans notre études avec 33,2%, suivis des ménagères avec 33% des cas.

- Connaissances liées au VIH/SIDA

Le niveau des connaissances générales sur le VIH/SIDA était élevé : 95% ont entendu parler du VIH/SIDA.

- Connaissance des voies de transmission du SIDA

425 usagers soit 85% affirment avoir connu les voies de transmission du SIDA.

Cela ressort également dans d'autres études, Sidibé et all, 2001[19].

- Différentes voies de transmission du SIDA

La principale voie de transmission du SIDA cité par les usagers était le sang et le rapport sexuel non protégé dans 63% des cas.

- Partenaire sexuel

Dans notre étude, 78% des usagers avaient un partenaire sexuel régulier, contre 22% qui n'en n'avaient pas.

- Par rapport aux usagers qui ont parlé de la sexualité à leur partenaire

Parmi les usagers, 240 soit ; 48% affirment avoir parlés de sexualité à leur partenaire, et 260 usagers soit 52% n'avaient pas parlé de sexualité à leur partenaire.

- Usagers qui ont parlé de l'utilisation du préservatif à leur partenaire

Dans notre étude, 235 soit 47% ont parlé de l'utilisation de préservatif à leur partenaire.

- Premier rapport sexuel des usagers

Dans notre série 375 usagers soit 75% avaient déjà eu un rapport sexuel.

L'âge du premier rapport sexuel des usagers variait entre 12 et 20 ans, dont 25 usagers soit 6,7% avaient faits un premier rapport sexuel qui étaient âgés entre 12-14 ans ; et 150 usagers soit 40% ne savaient pas l'âge de leur premier rapport sexuel.

Le préservatif était utilisé par 75 usagers soit 20% et 74,7% n'ont pas utilisé de préservatif à leur premier rapport sexuel.

Le rapport sexuel était occasionnel chez 170 usagers soit 34%.

Le préservatif était toujours utilisé chez 40 usagers soit 23,5% qui avaient eu un rapport sexuel occasionnel.

- Conduite à tenir pour éviter la transmission du SIDA

Dans notre étude, les principales conduites à tenir pour éviter la transmission du VIH. Les usagers ont cité la fidélité dans 25% ; le préservatif dans 21% et l'abstinence dans 12% des cas.

- Les principales sources d'information sur le VIH/SIDA citées par les usagers

Dans notre série la télévision était la première source d'information citée sur le VIH/SIDA dans 84% des cas, suivi de la radio dans 76% des cas.

- Connaissance d'un centre de dépistage pour le VIH/SIDA

Parmi les usagers 405 soit 81% connaissaient un centre de dépistage pour le VIH/SIDA ; 60 usagers soit 12% ne connaissaient pas un centre de dépistage.

- Existence de moyens d'éviction du VIH/SIDA

Dans notre série 355 usagers soit 71% disaient qu'il existe un moyen pour éviter le VIH/SIDA ; 50 usagers soit 10% ont répondu qu'il n'existe pas de moyens pour éviter le VIH/SIDA et 95 usagers soit 19% n'ont pas répondu. Dans l'étude de Berthé[4] , le niveau de connaissance du VIH/SIDA était faible (40,1%). Ce faible taux peut s'expliquer résultat

- Usagers qui acceptent de fréquenter les personnes séropositives

Parmi les usagers 320 soit 64% acceptent de fréquenter les personnes séropositives dans notre étude ; 160 usagers n'ont pas répondu et 4% ont répondu non.

Dans notre série 315 usagers soit 63% acceptent manger avec les personnes séropositives et 320 soit 64% acceptent de travailler avec les personnes séropositives.

- Utilisation du préservatif au dernier rapport sexuel

Le comportement sexuel est l'un des comportements sociaux les plus complexes. Les normes sexuelles acceptées, liées étroitement à la conception des rapports entre les hommes et les femmes et aux normes religieuses, sont très retranchées derrière des tabous sociaux qui limitent le dialogue. Dans le cas particulier de l'Afrique, continent où la transmission se fait essentiellement par voie hétérosexuelle, le VIH/SIDA entraîne désormais, des débats sur les comportements sexuels et leurs relations avec la maladie, la mort et la vie. Ainsi, tandis que les facteurs à risque pour le VIH/SIDA dépendent des schémas de comportements propres à chaque pays, les facteurs principaux de risque sont liés directement aux schémas et aux modes de comportement sexuel. Ce sont notamment les rapports sexuels sans protection, les partenaires sexuels multiples, l'infection antérieure par les MST et l'usage peu fréquent des

contraceptifs, surtout les préservatifs[8]. C'est donc la connaissance de tous ces facteurs qui permettra l'adoption de meilleurs schémas de prévention à appliquer aux populations ciblées.

Il est bien connu que le multi partenariat et le recours aux prostitués accroissent le risque d'infection à VIH. Ce risque est atténué par l'utilisation du condom qui est relativement peu importante, dans notre étude pour 34% des cas, utilisent le condom au dernier rapport sexuel.

- Le dépistage du VIH/SIDA

Dans notre série les raisons évoquées pour se faire dépisté étaient :

- pour savoir son statut sérologique chez 290 usagers soit 59,8% ;
- pour avoir confiance en soi chez 75 usagers soit 15, 5% ;
- pour éviter le risque de contamination chez 55 usagers soit 11,3% ;
- aucune raison, citée par 50 usagers soit 10,3%
- et 15 usagers soit 3,1% ne croient pas au SIDA.

VII. CONCLUSION

Notre étude avait pour objectif de décrire la connaissance des utilisateurs du CSCOM de SEBENIKORO sur le VIH/SIDA.

De cette étude, on peut dégager les déterminants ci-après :

Globalement, les connaissances relatives aux VIH/SIDA et les comportements sexuels ressorts le niveau de connaissance des usagers, qui montre l'existence des informations par une forte médiatisation ou autres détours qui sont identifiés. La résistance à l'utilisation du condom, la faible connaissance de certains modes de transmission ou de prévention du VIH/SIDA sont liées à un large éventail de valeurs et croyances diverses qui ne peuvent pas être facilement surmontées. Il ressort toujours un décalage entre les connaissances acquises et les changements de comportement.

VIII. RECOMMANDATIONS

Pour limiter la propagation de l'épidémie, il faut donc encourager des changements de comportement sexuel. Il deviendrait ainsi important d'intensifier les campagnes d'information et de sensibilisation, principalement à travers des stratégies de communications interpersonnelles et de masse, qui s'attachent :

Au Programme National de Lutte contre le Sida

- Personnaliser les messages sur le SIDA.
- Encourager le dépistage volontaire, anonyme, et le traitement gratuit du VIH pour une prévention plus responsable.
- Minimiser les risques de propagation du VIH/SIDA liés à leur grande mobilité par des interventions plus ciblées.

Aux personnels soignants

- Prendre en compte la grande mobilité dans la conception des messages.
- Se doter d'outils de communication adéquats en tenant compte de la grande diversité des origines des groupes de populations ciblées.
- Délivrer les messages-clés devant collés le plus possible à la réalité vécue au quotidien.

Aux populations

- Renforcer la promotion et l'usage consistant du préservatif.
- Eviter l'utilisation des matériels souillés.
- Promouvoir la fidélité ou abstinence comme moyen d'éviction

IX. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Association de lutte contre le Sida, **SIDAWEB ALS**, 2002.
- [2] Association des Professeurs de Pathologie Infectieuse et Tropicale , *Infection à VIH Et SIDA* , 2003.
- [3] AUBY P, *Le sida tropical*, Médecine Tropicale (2003).
- [4] BERTHE M, Connaissances, Attitudes Et Pratiques Comportementales Vis-à-Vis Des MST/VIH/SIDA Des Routiers Du District De Bamako Sur L'Axe Bamako-Abidjan-Bamako, FMPOS, Bamako, 2005.
- [5] BOLLINGER L, AG AYOYA M, STOVER J, *L'Impact Économique Du SIDA Au Mali: Résultats D'Un Examen De La Littérature*. Sous Les Auspices De L'USAID. Bureau Global De La Population, De La Santé Et De La Nutrition, 1999, p.-12.
- [6] Direction national de la statistique et de l'informatique, Recensement Général De La Population Et De L'Habitat Au Mali , 2003.
- [7] FRANCIS NS and Sala Diakanda, Perception Du Risque De Transmission Du SIDA Et Acceptabilité Du Condom Féminin Chez Les Travailleuses De Sexe Affichées Sur L'Axe Routier Sud-Nord, Lomé, 2001, p.-34.
- [8] Ministère de la santé, *Plan Stratégique National De Lutte Contre Le VIH/SIDA 2001-2005.*, in: Graphic Industrie (Ed.), Bamako, 2006, p.-55.
- [9] NOPEPLE NDAPU G, *Pathologie Et Représentation* «Une Approche Exploratoire De L'Impact Des Représentations Sociales Et Relations Humaines Dans La Thérapie Du VIH/SIDA Au Cameroun, vol. Mémoire, 2001, p.-127.
- [10] ONUSIDA, Analyse De La Situation Et De La Réponse Du VIH/SIDA Dans La Filière Du Coton En Afrique De L'Ouest , 2004, p.-54.
- [11] ONUSIDA ET OMS, Le Point Sur L'Épidémiologie Mondiale De VIH/SIDA, 1999.
- [12] PICHARD E, GUINDO G, GROSSETTE et Al, L'infection par le VIH au Mali, Médecine Tropicale 48 (1998) p.345--49.
- [13] Premières journées médico-chirurgicaux et pharmaceutique de l'hôpital du point G, *VIH/SIDA, Cancer, Hypertension Artérielle, Fistules Vesico-Vaginales*, 2004.
- [14] PRIGENT Y, Psychiatre Et Psychanalyste, *Vivre La Séparation*, Paris, 1998.

- [15] Programme National de Lutte contre le SIDA, **ENQUETE DEMOGRAPHIQUE ET DE SANTE DU Mali III**, 2003.
- [16] ROSENHEIN M and ITOUA NGAPORO A, Sida et infections à VIH: Aspects en zone tropicale, *Médecine Tropicale* (1989) p.-366.
- [17] SAMAKE El H Abdrahamane, Facteurs De Risque Des MST/SIDA Liés à La Mobilité De La Population: Une Étude En Commune VI Du District De Bamako, FMPOS, Bamako, 1999.
- [18] Samaké Salif et all, ENQUETE DEMOGRAPHIQUE ET DE SANTE AU MALI (EDSM III), in: DNSI (Ed.), Bamako, 2002.
- [19] SIDIBE A BA, SAMAKE R BA, BETHUNE X, Comment se soigne-t-on en ville ? – Innover dans les systèmes de santé, *expériences d'Afrique de l'ouest*, *Médecine Du Monde* (1994).
- [20] SISSOKO H, Aspects Reliés à L'Utilisation Des Accouchements Traditionnels Au Mali, vol. *Médecine*, FMPOS, Bamako, 2002, p.-65.
- [21] Sociétés de Transit en CI, Sous-Direction Des Affaires Économiques – Abidjan, 2004, p.-10.
- [22] Théodore ZOUNGRANA, *Le Sida à visage découvert*, Le Guide De La Médecine Et De La Santé Tropicale (2003).
- [23] TRAORE S, Contribution à L'Étude Des MST Dans Le District De Bamako, ENMP, Bamako, 1985.

FICHE SIGNALÉTIQUE

NOM : KOUMARE

PRENOM : NENE

TITRE DE THESE : Evaluation de la connaissance des utilisateurs du CSCOM de Sébénikoro sur le VIH/SIDA

ANNEE UNIVERSITAIRE : 2010 -2011

VILLE DE SOUTENANCE : Bamako

PAYS D'ORIGINE : MALI

LIEU DE DEPOT : Bibliothèque de la FMPOS de Bamako

SECTEUR D'INTERET : Infectiologie, santé publique

RESUME :

Le VIH (virus de l'immunodéficience humaine) constitue aujourd'hui l'un des problèmes de santé publique les plus préoccupants, surtout dans les pays en développement dont le nôtre.

IL semble plausible que le problème de VIH/SIDA est un problème de comportement et que l'insuffisance d'informations, demeure un facteur de risque important. Nous nous sommes proposé d'évaluer la connaissance des utilisateurs du CSCOM de SEBENIKORO sur le VIH/SIDA à travers une étude prospective qui s'est déroulée sur 3mois du 1^{er} février au 30 avril 2010. Cette étude nous a permis d'observer que :

La tranche d'âge 24-30 ans a représenté 53% des cas.

Le sexe féminin représentait 55% .54% étaient célibataires.

Les usagers étaient non scolarisés dans 30% des cas.

Les usagers avaient parlé de l'utilisation du préservatif à leur partenaire dans 47% des cas. Les voies de transmission du sida étaient connues par 85% des usagers. La fidélité (25%) et le préservatif (21%) étaient les principaux moyens pour l'éviction de la transmission du sida. 63% des usagers affirmaient l'utilisation du préservatif lors de la relation sexuelle. 76% des usagers acceptaient de se faire dépister.

Au cours des rapports sexuels occasionnels, 55,9% des usagers n'avaient pas utilisé préservatif 64% des usagers acceptaient de fréquenter les personnes séropositives.

Mots clés : VIH/SIDA, connaissance, CSCOM.

IDENTIFICATION SHEET

Name: KOUMARE

First Name: NENE

Nationality: Malian

Date of defense: 2011

City of Defense: Bamako

Title: ASSESMENT OF SEBENIKORO'S COMMUNITIES HEALTH CENTER USERS ON HIV/AIDS,

Location of Repository: Library of the Faculty of Medicine Pharmacy and Dentistry.

Abstract:

HIV still remains a greatest public health concern in developing world and Mali in particular. It seems plausible that HIV/AIDS problem is related to behavior and lack of information which remains significant risk factors. We therefore designed a prospective survey study to assess the knowledge of Sébénikoro CSCOM users on HIV/ AIDS from February 1st to April 30th, 2010.

24- 30 years age group represented 53 % of overall cases, female was 55% among which 54 % was single. Users who did not attend school were 30 %. Users who speak with their partners about condom use was 47%. 85 % of users already know HIV routes of transmission. Loyalty (25%) and condom use (21%) were the main means to prevent HIV transmission. 63% of users claim to use condom during sexual act. 76% of users were willing to get diagnosed. 55,9% of users had not used condoms during casual sex and 64% of users were willing to interact with people living with HIV.

Keywords: HIV/ AIDS, awareness, community health center

II SYSTEME D'INFORMATION DES CSCOM DE SEBENIKORO LIE AU VIH/SIDA

1/ Date:-----/-----/2010

2/ N° de la fiche:

3/ sexe:

4/ profession:

5/ statut matrimonial:

6/ niveau d'instruction:

1= non scolarisé 2= primaire 3=secondaire 4=superieur

7/ Avez déjà entendu parler de VIH /SIDA oui / _ / non / _ /

8/ Connaissez vous- les voies de transmisson oui / _ / non / _ /

9/ Si oui quelles sont les voies que vous connaisées

10/ Avez vous un partenaire sexuel regulier ? oui / _ / non / _ /

11/ si oui vous est- il arrivé de parler avec votre partenaire de:

- la sexualité en générale oui/_ / non / _ /

- l'utilisation du préservatif oui / _ /

non / _ /

12/Avez- vous déjà eu des rapports sexuels ? oui / _ / non / _ /

Pas de reponse / _ /

13/ Quel âge aviez-vous pour la première fois ?

- Age en année / _ /

- Ne se rappelle pas / _ /

- Pas de reponse / _ /

14/ A cette occasion avez-vous utilisé le préservatif ? oui / _ / non /

/ Pas de reponse / /

15/Avez-vous eu des rapports sexuels avec des partenaires sexuels occasionnels ?

oui / _ / non / _ / Pas de reponse / _ /

16/Si oui avez –vous utilisez le préservatif? Toujours / _/ Parfois / _/ Jamais / _/

17/ Que peut-on faire pour reduire la transmission du SIDA par voie sexuelle

18/ Quelles sont vos principales sources d’information sur le VIH/SIDA ?

19

Saviez-vous qu’il existe des centres de dépistage pour le VIH/SIDA?

Oui.....=1

Non.....=2

Ne sais pas.....=3

20

D’après vous, existe-t-il un moyen pour éviter le VIH/SIDA /-----/

-

Oui

Non

Ne sais pas

1

2

3

21

Si vous saviez qu’une personne est séropositive, accepteriez-vous de ?

a- Continuer à la fréquenter /-----/

b- Allez manger avec elle /-----/

c- Travailler avec elle /-----/

d- Dormir dans la même pièce /-----/

e- Laisser vos enfants et petits-enfants avec elle /-----/

f- Avoir des relations sexuelles avec elle en utilisant des préservatifs /-----/

Oui

Peut-être

Non

1	2	3
22		
Pour votre dernier rapport sexuel avec le/la partenaire régulier avez-vous utilisé le condom ?		
Oui.....=1		
Non.....=2		
23		
Si non pourquoi ?		
Le condom diminue le plaisir /-----/		
J'ai confiance à mon/ma partenaire /-----/		
Je n'en avais pas /-----/		
Le condom coûte cher/-----/		
Mon/ma partenaire refuse/-----/		
Autre(s) raison(s)-----		
Oui		Non
1	2	
24		
Si oui, dites pourquoi?		
Pour éviter les MST.....=1		
Pour éviter les grossesses.....=2		
Pour éviter le SIDA.....=3		
Parce que le/la partenaire l'a exigé..=4		
Autres.....=5		
25		
Accepterez-vous de vous faire dépister ?		
Oui.....=1		

Non.....=2

Ne sais pas.....=3

26

Pourquoi ?

.....

.....

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maîtres de cette faculté et 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 les 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 sa conception.

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

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

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

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

JE LE JURE