

**MINISTÈRE DE L'ENSEIGNEMENT
SUPÉRIEUR ET DE LA
RECHERCHE SCIENTIFIQUE**



**REPUBLIQUE DU MALI
Un Peuple- Un But- Une Foi**



FACULTE DE MEDECINE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE (FMOS)

ANNEE UNIVERSITAIRE : 2012-2013

N° :...../

TITRE

**CONNAISSANCES, ATTITUDES ET PRATIQUES DES
HANDICAPES PHYSIQUES RELATIVES AUX
METHODES DE PREVENTION CONTRE
LES IST/VIH/SIDA.**

THESE

**Présentée et soutenue publiquement le 06 /02/ 2013
Devant la Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie par**

Mme Sarata DOUMBIA

Pour l'obtention de grade de Docteur en Médecine

(Diplôme d'Etat)

PRESIDENT : Pr. SAMBA DIOP

MEMBRES : Dr. Souleymane COULIBALY

CO-DIRECTEUR :Dr. Malick TRAORE

DIRECTEUR DE THESE : Pr. Soukalo DAO

Dédicace

Gloire à ALLAH Le Tout Puissant, Le Tout Miséricordieux, Le Très Miséricordieux et à Son prophète Mohamed (PSL), de m'avoir donné le courage et la santé de mener à bien ce travail.

Ce travail est dédié à la mémoire de mes parents feu Mamourou Doumbia et feu Mme Doumbia Assétou Samaké.

Remerciements

A mes Parents feu Mamourou Doumbia et feu Mme Doumbia Assétou Samaké

Papa, maman, je vous dois tout. La réalisation de ce travail est le fruit de vos vœux, vos encouragements et vos prières. Merci pour les sacrifices consentis à notre éducation, à notre épanouissement et pour votre affection qui ne nous ont jamais fait défaut. Aujourd'hui, j'aurai tant voulu que vous soyez à mes cotés, mais Dieu en a voulu autrement en vous arrachant si tôt de notre affection, que Sa Volonté soit faite. Puisse Dieu vous accorder sa Grâce. Amen.

A ma maman Mme Doumbia Tènè Samaké

Merci pour ta tendresse, ton soutien, tes encouragements et prières. Puisse Qu'Allah te Garde en bonne santé auprès de nous. Amen

A tous, mes papas et tontons : Madou Samaké, Drissa Samaké, Wodjouma Doumbia, Oussoumane Samaké, Djibril Samaké

A toutes mes mamans et tantes : Mariam Djan Samaké, Fatoumata Samaké, Nènè Diawara, Djèneba Cissé, Aminata, Djénè, Batoma.

A ma grande sœur Djenèba Doumbia

Les mots me manquent pour traduire ce que je ressens au plus profond de moi. Tu t'es battue spécialement pour me voir réussir depuis le décès de nos parents jusqu'à aujourd'hui. Tu représentes plus qu'une grande sœur pour moi. Ton dévouement, ta rigueur et ton amour m'ont permis une bonne éducation fondée sur la probité, l'intégrité et la dignité. Tu m'as aussi enseigné le respect de soi et des autres. Sans ton soutien inestimable ce travail n'aurait pas abouti.

Je te fais la promesse que mon repère dans la vie sera basé sur tes conseils et tes enseignements jusqu'à mon dernier soupir. Inch'Allah

Puisse Qu'Allah t'accorde la longévité, la santé et la réussite dans toutes tes entreprises. Amen.

A mon mari Dr Badiaga Youssouf

J'avais rêvé d'un mari exemplaire, Dieu m'en a donné un idéal. Mon très cher époux, tu as changé ma vie. Tu m'as appris que la vie est un combat et qu'il faut se battre et ne jamais baisser les bras. Tu m'as toujours soutenu. Tu sais partager mes joies, mais aussi mes chagrins et mes craintes. Tu es sans doute mon meilleur ami, mon conseiller et mon consolateur. Tu as fait de moi une femme comblée.

Merci pour ton amour. Qu'Allah bénisse et renforce notre union. Amen.

A ma belle-mère Mme Sangaré Mariam Doumbia

Merci pour ton soutien, tes encouragements et prières. Puisse Qu'Allah te Garde en bonne santé auprès de nous. Amen

A toute ma belle famille

Merci pour votre considération

A tous frères et sœurs : Kadidiatou, Matoma, Allassane, Mariam, Apha, Fatoumata, Doussouba, Madie, Massan, Rokiatou, Niagalé, Maïni, Dira, Papis, Lansseni, Bourama.

Avec vous, on reconnaît la valeur d'une grande famille, les uns toujours là pour les autres, ce travail est le vôtre. Puisse Qu'Allah vous Accorder la longévité, la santé et la réussite dans toutes vos entreprises. Amen.

A ma fille chérie Mariam Badiaga

Longue vie à toi. Je t'aime mon bébé

A mes neveux et nièces

Merci pour votre respect, longue vie à vous

A toute la famille Dia de l'Hippodrome

Merci pour tous. Qu'Allah vous Protège. Amen.

A mes feus grands-parents paternel et maternel ;

A mes amis : Fatoumata , Mariam, Maïmouna, Koniba, Oumar, Dramane, Mamadou, Bazoumane

A tous les professeurs de la FMOS et de la FP ;

A tous mes enseignants des écoles fondamentales et du Lycée ;

Aux Docteurs : Malick Traoré, Kamara, Doucouré, Dembélé, Kone, Koty, Simpara.

A tous mes camarades de promotion ;

A tous les étudiants de la FMOS et de la FP ;

A la FMAPH (Fédération Malienne des Associations des Personnes Handicapées)

A toutes les personnes vivantes avec un handicap et avec le VIH

A tous les membres de l'AMPHP

A toutes les personnes qui ont participé de près ou de loin à la réalisation de ce travail, ainsi qu'à toutes celles ayant été omises, mes sincères remerciements.

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DU JURY

PROFESSEUR SAMBA DIOP

- Maître des conférences à la FMOS
- Diplômé en anthropologie médicale, science de la vie, de la nature et de la terre, en écologie humaine
- Chargé de cours d'anthropologie médicale à la FMPOS.
- Cher maître

L'occasion nous est offerte de vous remercier de votre spontanéité, votre générosité, votre modestie, et votre rigueur dans un désir permanent de perfectionnement en tout travail scientifique que nous devons accomplir, car vous êtes vous-même un exemple qui fait de vous un professeur émérite.

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

Puisse l'Eternel vous combler encore de beaucoup de grâce.

A NOTRE MAITRE ET MEMBRE DU JURY

Professeur Souleymane COULIBALY

- ✓ **Maître de conférences à la FMOS**
- ✓ **Psychologue clinicien au CHU du Point G**

Cher Maître,

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

Nous avons appris à vos côtés à imaginer ; Conceptualiser et réaliser un univers scientifique où rien n'est impossible.

Cher Maître, soyez rassuré de notre considération.

A NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR DE THESE

le Professeur Soukalo DAO

- ✓ **Professeur titulaire à la faculté de Médecine et Odonto-Stomatologie (FMOS).**
- ✓ **Président de la Société Malienne de Pathologie Infectieuse (SOMAPIT)**
- ✓ **Membre de la Société de pathologie Infectieuse de langue Française (SPILT).**
- ✓ **Investigateur Clinique au Centre de Recherche et de Formation sur le VIH/Tuberculose.**

- ✓ **Chef de service des maladies infectieuses et tropicales du CHU Poing G,**

- ✓ **Chef de DER de Médecine et des Spécialités Médicales**

Cher maître;

C'est un privilège pour nous d'avoir travaillé sous votre direction sur ce sujet.

C'est le moment de vous rendre un hommage mérité. Si ce travail est une réussite, nous le devons à votre compétence et à votre savoir-faire.

J'ai pu apprécier, cher Maître, vos dimensions sociales inestimables.

A NOTRE MAITRE ET CO-DIRECTEUR DE THESE

Dr Malick TRAORE

- ✓ **Médecin clinicien**
- ✓ **Promoteur du Cabinet Médicale Dufлот de Mopti**
- ✓ **Expert universitaire en sante sexuelle et en sante reproductive.**

Cher maître ;

Nous voulons, en cette circonstance, vous remercier de la confiance que vous nous avez faite en nous confiant ce travail sous votre encadrement. Votre souci constant à former et vos qualités humaines inestimables, font de vous un maître à imiter. Recevez par ce travail l'expression de notre profonde gratitude.

ABREVIATIONS

ADN : Acide désoxyribonucléique

AIDS: Acquired immunodeficiency syndrome

AMPHP : Association Malienne des Handicapés Physiques

ARN : Acide ribonucléique

ARV : Anti rétroviraux

CDC: Center for diseases control

CHU : Centre hospitalier-universitaire

CMV: Cytomégalovirus

EDSM : Enquête démographique et de santé du Mali

ELISA: Enzyme Linked Immuno Sorbent Assay

HTLVI : Humann T Lymphoadeno VirusI

HTLVII : Humann T Lymphoadeno VirusII

IFI : Immuno fluorescence indirect

INRTI : Les inhibiteurs nucléosidiques de la transcriptase inverse

INNRT :Les inhibiteurs non nucléosidiques de la transcriptase inverse

IP : Les inhibiteuts de la protéase

IST : infection sexuellement transmissible

LAV : lymphadenopath associated virus

LCR : Liquide cephalo rachidien

MST : Maladie sexuellement transmissible

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

PCR : Polymérase Chain Réaction

PVVIH : Personne vivant avec le VIH

RIPA : Radio immuno précipitation

VIH: Virus immunodéficience humain

SOMMAIRE

	Pages
INTRODUCTION.....	1
I. OBJECTIFS	3
II. GENERALITES.....	4
III. METHODOLOGIE.....	24
VI. RESULTATS.....	29
V.DISCUSSION.....	42
VI. CONCLUSION.....	46
VII. RECOMMANDATIONS.....	47
VIII. REFERENCES	49
IX.ANNEXES.....	53

INTRODUCTION :

L'infection par le virus d'immunodéficience humaine (VIH) est une infection due au VIH1 et au VIH2 responsable du syndrome de l'immunodéficience acquise (SIDA) [1 ; 2].

Depuis sa découverte en 1981, le VIH /SIDA continue sa progression pandémique à travers les continents, n'épargnant personne, qu'il s'agisse de l'homme ou de la femme, l'enfant ou la personne âgée.

Le SIDA constitue ainsi un problème de santé publique dans le monde de part sa fréquence et ses complications [3].

Le Mali a enregistré son premier cas d'infection par le VIH en 1985 dans le service de gastro-entérologie du CHU Gabriel Touré par le professeur Aly Guindo. Plusieurs programmes de lutte contre cette infection ont depuis été mis en place par le gouvernement du Mali [4]. Mais la lutte ne prendra son envol et ne connaîtra un véritable tournant qu'à partir de l'année 2003 avec la réforme institutionnelle impulsée et organisée par les hautes autorités de la république, ainsi la déclaration de politique générale de lutte contre le VIH /SIDA au Mali adoptée par le gouvernement le 7 Avril 2004 a recommandé d'assurer la gratuité des soins et des médicaments antirétroviraux (ARV) à tous les malades sans distinction, faisant du Mali l'un des premiers pays africains à avoir pris cette décision après le Malawi, le Sénégal et le Botswana [4] .

Selon le rapport mondial 2010 de l'ONU / SIDA sur 34 millions de personnes vivant avec le VIH 22,9 millions de personnes vivent en Afrique Sub-saharienne [5] .

Les résultats de l'enquête démographique et de santé du Mali (EDMS – IV 2006) montrent que la prévalence de l'infection à VIH au Mali est de l'ordre de 1, 3% [6].

Le handicap constitue toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions (physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques), de poly handicap ou d'un trouble de santé invalidant [7] .

D'après l'estimation du récent rapport mondial sur le handicap par l'organisation mondiale de la santé (OMS) et de la banque mondiale, le handicap concerne approximativement 15% de la population mondiale ,20% de ses personnes handicapées vivent dans la pauvreté dans les pays en développement [8] .

Au Mali, il n'y a pas eu d'étude spécifique sur la connaissance des handicapés physiques relatives aux méthodes de prévention contre les IST/VIH/SIDA ; les personnes handicapées constituent les plus pauvres ayant un accès très limité à l'éducation , à l'information et particulièrement exposées aux risques d'abus sexuel donc vulnérables aux IST/VIH/SIDA ; ainsi nous avons initié ce travail pour évaluer les connaissances, les attitudes et les pratiques des personnes handicapées physiques relatives aux méthodes de prévention contre les IST/VIH/SIDA.

I. LES OBJECTIFS :

Objectif général :

Etudier les connaissances, les attitudes et les pratiques des personnes handicapées physiques relatives aux méthodes de prévention contre les IST/ VIH /SIDA.

Objectifs spécifiques :

- 1) Déterminer la compréhension des handicapés physiques sur le VIH/SIDA
- 2) Déterminer leur connaissance sur les méthodes de prévention contre les IST / VIH / SIDA.
- 3) Identifier les sources d'information les plus utilisées sur les méthodes de prévention contre les IST /VIH / SIDA chez les handicapés physiques.
- 4) Déterminer la fréquence d'utilisation du préservatif chez les handicapés physiques.

II. Généralité :

1-Definition:

- **Connaissance**: Faculté de connaître, de se représenter, manière de comprendre, de percevoir.
- **Attitude** : Manière dont on se comporte avec les autres.
- **Comportement**: Ensemble des réactions, observables objectivement d'un organisme qui agissait en réponse à une stimulation venue de son milieu intérieur ou du milieu extérieur.

2-IST :

2-1Définition : L'ancienne dénomination des maladies vénériennes sous le vocable des maladies sexuellement transmissibles (MST) a été abandonnée au profit de l'appellation actuelle des infections sexuellement transmissibles (IST). Ces maladies sont contagieuses et responsables de complications graves pour l'homme, la femme, le fœtus, et le nouveau – né. A tout âge, quel que soit le sexe, la race on peut contracter une IST. Les IST sont dues soient à des bactéries, des parasites, des champignons ou des virus.

2-2Epidémiologie : Selon l'organisation mondiale de la santé(OMS) l'incidence annuelle des infections sexuellement transmissibles(IST) guérissables, ce qui exclut le SIDA, est de 333 millions de cas [9]. Le taux de prévalence des IST dans les pays en développement est 100 fois plus élevé que dans les pays développés pour la syphilis ; 10 à 15 fois pour la gonococcie ; et 3 fois pour l'infection à chlamydiae [10]. Dans les pays en voie de développement, les IST semblent être plus répandues en Afrique qu'en Asie ou en Amérique Latine. Elles constituent aujourd'hui un réel

problème de santé publique et sont toutes causées par un comportement sexuel à risque.

Les handicapés physiques risquent d'avantage de ne pas se faire soigner d'une IST par ignorance, surtout lorsqu'elle est asymptomatique ainsi le retard ou l'absence des soins risquent d'avoir des effets permanents sur la santé qui peuvent aller jusqu'à la stérilité ou au décès.

2-3 Caractères communs des IST : [11]

L'incubation est souvent longue avec une possibilité de contamination alors qu'il n'y a pas de symptômes.

Elles n'atteignent que l'homme ou la femme ; il n'y a pas de réservoir animal.

Le réservoir est surtout constitué de sujet asymptomatique et de groupes à risque (homosexuels, prostituées).

Leur transmission est exclusivement sexuelle sauf pour le VIH, le virus de l'hépatite B, les gonocoques et les chlamydiae chez l'enfant.

Elles touchent des adolescents et des adultes surtout célibataires des milieux pauvres, habitants les pays en voie de développement. La transmission dépend des comportements.

Les IST sont souvent associées et cette association est systématiquement recherchée.

2-4 Facteurs responsables de la recrudescence des IST: [11]

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

En effet, divers changements d'attitude culturellement déterminé en rendant toute sorte 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 de mœurs. Ainsi le libertinage sexuel étendu à la pluralité des partenaires est devenu une norme dans certains groupes.

2-5 Les comportements qui influencent la transmission des IST [12]

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 des rapports sexuels occasionnels ;
- Avoir un (e) partenaire sexuel (le) qui a d'autres partenaires ;
- Continuer d'avoir des relations sexuelles alors qu'on présente des symptômes d'une IST.
- Le fait de ne pas se servir d'un préservatif dans l'une ou l'autre de ces situations expose les partenaires à un risque d'infections très élevé.

2-6 Les différentes IST

2-6-1- La gonococcie [10] :

a. Agent causal :

La gonococcie est une affection due à *Neisseria gonorrhoeae*, bactérie Gram négatif en forme de diplocoque surtout intracellulaire dans les polynucléaires neutrophiles, cytochrome-oxydase positif, immobile et a sporulé. Elle est transmise par contact direct, essentiellement à l'occasion des rapports sexuels, entre une personne infectée, symptomatique ou non, et une autre personne. Sensible aux variations de

température et de pH. Il est très souvent associé à *Chlamydiae trachomatis*, à *Candida albicans*, au *Trichomonas vaginalis* et au *Mycoplasme* [13].

b. Clinique et diagnostic para clinique :

Les manifestations surviennent après une période d'incubation silencieuse et contagieuse de 2 à 7 jours. *Neisseria gonorrhoeae* provoque globalement trois types d'atteintes : l'urétrite antérieure aiguë (responsable des brûlures mictionnelles, d'une dysurie, d'œdème et rougeur du méat urétral) ; l'atteinte anorectale est asymptomatique dans les 2/3 des cas et l'oropharyngite. Le diagnostic para clinique se fait de façon directe, culture et détection des acides nucléiques(PCR)[13].

c. Traitement et prévention :La prise en charge se fait avec : Spectinomycine,C3G, Fluoroquinolones contrôle clinique après 7jours de traitement . La meilleure prévention est l'utilisation du préservatif [13].

2-6-2- Infection à *Treponema pallidum* :

a. Agent causal

Elle est due à une spirochetacea = *Tréponema pallidum*, bactérie mobile, non cultivable dont le réservoir est humain. Généralement transmise par les rapports sexuels la syphilis est une maladie infectieuse très contagieuse remarquable par la diversité de ses manifestations cliniques et son aptitude à demeurer latente pendant des années[13].

b. Clinique et diagnostic para clinique :

Il s'agit d'une ulcération génitale, en fonction du stade d'évolutivité il y a : syphilis primaire, syphilis secondaire, tertiaire, latente précoce et tardive. Le diagnostic para clinique se fait par la mise en évidence du tréponème pâle et la Sérologies de la syphilis.

c. Traitement : Benzathine pénicilline G ou Cyclines .

2-6-3- Infection à *Trichomonas vaginalis* [13]:

a. Agent pathogène :

Trichomonas vaginalis est un protozoaire flagellé, mobile, extracellulaire, anaérobie microaérophile. Le taux de transmission au cours des rapports sexuels est très élevé (de l'ordre de 80%), surtout de l'homme à la femme. La transmission non sexuelle est rare, mais théoriquement possible par le linge souillé humide, également lors de l'accouchement.

b. Aspect clinique et diagnostic paraclinique :

L'infection est dans 90% des cas asymptomatiques. Les formes symptomatiques donnent un tableau d'urétrite en général discrète : suintement discret avec goutte matinale, prurit et méatite inconstants. Il est responsable de 30% des urétrites non gonococciques et de 50% des vaginites avec leucorrhées [10]. Le diagnostic para clinique se fait par l'examen direct à l'état frais et l'immunofluorescence direct.

c. Traitement:

Métronidazole *per os* : 1 g/ jours pendant 7- 10 jours ou Nimorazole *per os* : 2 g en dose unique, à renouveler après 10jours à 30jours.

2-6-4- Chancre mou :

a. Agent pathogène [10 ;13]:

C'est un bacille gram négatif auto- inoculable à bouts arrondis : *Hæmophilus ducreyi*. La contamination est sexuelle, souvent à partir des prostituées en milieu défavorisé.

b. Clinique et diagnostic para clinique:

Le chancre mou est responsable des ulcérations nécrotiques douloureuses des organes génitaux et des adénopathies inguinales inflammatoires.

Il apparaît après une période d'incubation courte (3 à 7 jours). La lésion génitale est plus souvent localisée sur la peau (verge et scrotum chez l'homme, vulve chez la femme) que sur la muqueuse génitale proprement dite. Les principales méthodes de diagnostic biologique sont la démonstration de la présence ou mise en évidence d'*Haemophilus ducreyi* dans les cultures, ou par PCR.

c. Traitement:

• azithromycine : 1 g *per os* en une seule prise ou ceftriaxone : 500 mg IM en une à trois injection, **ou érythromycine : 2 g/j *per os* x 7 jours.**

2-6-5- Infection à *Chlamydia trachome* [10 ;13]:

a. Agent pathogène :

Chlamydia trachomatis (CT) est une bactérie intracellulaire obligatoire dont les sérotypes D à K sont responsables d'infections urogénitales sexuellement transmises. Il existe deux espèces caractéristiques : *C.psittaci* et *C. trachomatis*, à ceux-ci s'ajoute *C. pneumoniae*. *Seul Chlamydiae trachomatis* est responsable d'une infection urogénitale.

b. Clinique et diagnostique paraclinique :

C.trachomatis est le principal agent des adénites et des urétrites non gonococciques (entre 20% et 50%). L'incubation est très variable, de quelques jours à quelques mois. La présence d'un écoulement n'est retrouvée que dans moins de 50% des cas. Il s'agit le plus souvent d'un écoulement clair, modéré et intermittent.

c. Traitement:

Azithromycine : 1 g par voie orale en dose unique ou doxycycline *per os* : 100 mg x 2/jour pendant 7 jours.

2-6-6 Infections à Mycoplasme [10 ;13]:

a. Agent causal :

Les mycoplasmes sont des procaryotes : parasites sans membrane nucléaire. Ce sont des bactéries sans paroi, ce qui a pour conséquence une insensibilité totale à tous les antibiotiques qui agissent sur la synthèse de la paroi bactérienne. Ils sont sensibles aux variations de l'environnement. Il existe plus de 80 espèces dont une dizaine isolée dans les cavités naturelles de l'homme et trois tel que *Mycoplasma hominis*, *Mycoplasma genitalium*, et *Ureaplasma urealyticum* sont des commensaux opportunistes des voies génitales basses chez l'homme ; leur augmentation en nombre, entraîne un déséquilibre de la flore commensale, ce qui explique leur pathogénicité pour l'homme. La contamination se fait par la voie sexuelle.

b. Clinique et diagnostique para clinique:

M. genitalium est l'agent d'urétrites aiguës. Il est aussi responsable de formes persistantes ou récidivantes se manifestant après traitement d'une urétrite aiguë. La seule méthode biologique utilisable en pratique courante pour *Ureaplasma spp* et *M. hominis* est la culture et la PCR pour *M. genitalium*.

c. Traitement : Le traitement recommandé est l'azithromycine en raison des échecs cliniques avec les cyclines. La prévention est l'usage du préservatif.

3- VIH :

3-1 Définition :

Le SIDA appelé syndrome d'immunodéficience acquise, est une maladie infectieuse, contagieuse, grave, causée par le virus de l'immunodéficience humaine : VIH. La cible de ce virus est par prédilection le lymphocyte T4 dit auxiliaire ou Helper qu'il

détruit [10]. Cette destruction des cellules de défense entraînant une immunodéficience se traduit par un ensemble de manifestations cliniques assez polymorphes. Il sévit de façon épidémique à transmission interhumaine soit par contact sexuel, soit par le sang et produits sanguins, soit de la mère à l'enfant.

3-2 Histoire :

L'histoire du SIDA a commencé dans deux villes des Etats-Unis (New York et Los Angeles) où des cas cliniques ont été observés au sein des communautés d'homosexuelles par le Docteur Gohlieb et collaborateurs entre octobre 1980 et Mai 1981 par le Docteur Pozalki [14].

En 1982, le terme de syndrome d'immunodéficience acquis : Sida fut défini par le Centre of Disease Control (CDC) des USA et remplaça le terme de immunodéficience des homosexuels.

En 1983 le Professeur Luc Montagnier et son équipe isole le virus du SIDA à partir du ganglion lymphatique d'un sujet atteint du Syndrome de Lymphadénopathie Chronique. Le virus du SIDA qui fut appelé lymphadenopathie Associated Virus (LAV) ou virus associé à la lymphadenopathie. C'est l'identification du VIH1 [15 ; 16].

En 1984 : le 24 Avril, découverte du virus HTLV-III par l'équipe dirigée par Robert Gallo aux Etats-Unis [14 ; 17].

En 1985 : l'activité de AZT vis-à-vis du VIH in vitro se confirme, commercialisation du premier test de diagnostic sérologique [10].

En 1986 : un deuxième rétrovirus humain (LAV II) causant le SIDA fut isolé à l'institut Pasteur chez des malades d'origine Ouest Africaine hospitalisés à l'hôpital Claude Bernard de Paris [18]. Ce même virus fut trouvé par M. Essex et appelé RTLV IV la même année [19].

En Mai 1986, le comité international de la taxonomie des virus a recommandé une nouvelle appellation, virus de l'immunodéficience humaine (Human Immuno Deficiency Virus) (HIV) [14].

-HIV1 et HIV2 (Anglais)

-VIH1 et VIH2 (Français)

-En 1993, la classification CDC du virus est faite.

-En 1995, ce fut le développement des bi-thérapies et de la mesure de la charge virale[20].

-En 1996, les tri-thérapies se développent [20].

- 2000 : juillet ; XIIIe conférence internationale sur le SIDA à Durban (Afrique du Sud), les laboratoires pharmaceutiques ont annoncé des mesures concrètes afin d'aider les pays pauvres [20].

3-3 Epidémiologie :

a) Dans le monde :

Selon les estimations de l'ONU-SIDA en 2010, 34 millions de personnes vivent avec le VIH depuis le début de la pandémie. Le nombre de nouveaux cas en 2010 s'élevait à 2,7 millions de personnes. Le nombre de décès du au VIH en 2010 était de 1,8 million de personnes contre 2,1 million en 2007 [5,21].

b) En Afrique :

- 68 % des personnes vivants avec le VIH résidaient en Afrique Sub-saharienne en 2010 une région qui ne représente que 12% de la population mondiale.

- Soit 22,9 millions, sur 34 millions de personnes vivant avec le VIH dans le monde,
- 1,9 millions pour le nombre d'adultes et d'enfants nouvellement infectés par le VIH en 2010,
- 1,2 millions de décès d'adultes et enfants liés aux SIDA soit 72 % du nombre total de décès imputables à l'épidémie au niveau mondial de 1,8 millions en 2010[5].

3-4 Agent Pathogène [22, 23, 24, 25]

a) Structure et Description :

Le virus immunodéficience humain (VIH) est un virus appartenant à la famille des Rétroviridae, et au sous famille des lentivirus qui sont définis par un mode de réplication passant par une étape de rétro -transcription de leur ARN en ADN. Cette étape est rendue possible grâce à une enzyme spécifique la transcriptase inverse.

Le VIH 1 est classé en trois groupes découvert en 1983

Groupe M subdivisé en dix-sous groupes de A à J

Groupe O rencontré essentiellement en Afrique Centrale

Groupe N isolé au Cameroun

Le VIH 2 est isolé chez les patients originaires d'Afrique de l'Ouest en 1986. Il est essentiellement rencontré dans la zone urbaine de l'Afrique de l'Ouest. La morphologie du VIH telle qu'on l'observe au microscope est proche de celle de lentivirus. Les particules matures ont un diamètre de 110 à 120 nm avec une particule centrale dense (coro nucléoside) relativement petite et asymétrique contrairement à celle d'HTLV1 qui est volumineuse et sphérique. Le génome du VIH c'est-à-dire la molécule d'ARN qui contient l'information génétique nécessaire à la synthèse des protéines possède de nombreux nucléosides, 9.200 pour le VIH 1 et 9.671 pour le VIH 2.

Les génomes du virus possèdent deux (2) types de gènes :

Les gènes de structure sont responsables de la synthèse des protéines et glycoprotéines qui confèrent au virus ces caractéristiques physiques (Gag Pol Env).

Les gènes de régulation stimulent la production des protéines qui sont capables d'affecter les activités d'autres composantes du virus ou qui peuvent activer ou inactiver d'autres gènes spécifiques (tat, Q, F et art).

b) Propriétés biologiques :

Le VIH est isolé généralement dans presque tous les liquides biologiques : spermes, salives, LCR (Liquide Céphalo Rachidien). Il est révélé par la présence dans le sérum d'anticorps spécifiques décelables seulement six (6) à douze (12) semaines après contamination. Le VIH s'attaque principalement à deux types de cellules : les lymphocytes et les macrophages.

Le VIH a un tropisme pour les lymphocytes T appartenant à la sous population T4 dite auxiliaire ou « Helper » ou responsable de l'induction et de l'ampliation de la réponse immunitaire. La base de cette spécificité est une interaction entre l'enveloppe du virus et une protéine de la membrane des lymphocytes T4. Cette interaction permet la pénétration du virus dans la cellule. On a pu montrer la présence du VIH et même l'isoler à partir du système nerveux central. Ce neurotropisme du virus est lié à une infection de cellule de la lignée monocytes macrophages et explique la fréquence des symptômes neurologiques et psychiatriques au cours de la maladie SIDA.

3-5 Réservoir du Germe [23]

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

- Chez tous dans le sang
- Chez la femme dans les sécrétions vaginales, le lait
- Chez l'homme dans les spermatozoïdes, le liquide séminal

Donc le VIH peut se transmettre par tous ces liquides ; cependant il faut qu'il y ait une quantité et une concentration importante de virus 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 faible.

3-6 Mode de transmission :

En effet pour qu'il y ait transmission, il faut une porte d'entrée et une charge virale importante pour la contamination. Cette transmission peut se faire par :

a) La voie sexuelle :

C'est le mode de transmission le plus fréquent de dissémination. Il met en cause les rapports homosexuels et hétérosexuels. Certains facteurs accroissent le risque de transmission du VIH : la pratique de la sodomie si le partenaire est séropositif, les rapports sexuels pendant les règles si la femme est séropositive, les antécédents d'IST [22]

b) La voie verticale :

C'est la transmission de la mère à l'enfant, elle peut survenir pendant toute la durée de la grossesse mais surtout au moment de l'accouchement et de l'allaitement. L'utilisation de médicament antirétroviral pendant la grossesse et la modification des pratiques obstétricales ont permis de diminuer le taux de transmission materno-fœtale du VIH de type 1 de 20% à moins de 5% [11].

c) La voie parentérale :

La transfusion de sang ou produits sanguins contaminés, piqûres accidentelles d'aiguilles souillées par du sang contaminé, toxicomanie par voie veineuse avec partage de seringue [11].

3-7 Physiopathologie [4]

Une fois dans l'organisme, le VIH se réplique de façon significative avec 10 milliards de virions produit quotidiennement. Cette intense multiplication virale explique la destruction progressive des lymphocytes TCD4, cibles du VIH (environ une perte moyenne en lymphocytes TCD4 de 50 cellules par an). Cette déplétion lymphocytaire est la conséquence de l'effet cytolytique de VIH lui-même et du phénomène d'apoptose . La lymphopénie TCD4 entraîne ainsi une immunodépression expliquant la survenue des infections opportunistes, cause de morbidités et de mortalités chez les PVVIH.

Au stade précoce de la maladie, lorsque les fonctions immunitaires sont peu perturbées, seuls les germes les plus agressifs (*Mycobacterium tuberculosis*, Pneumocoque...) pourront s'exprimer. En pratique la récurrence d'une pneumopathie bien traitée chez un adulte dans l'intervalle d'une année, doit faire suspecter une infection à VIH.

Au stade tardif lorsque l'immunodépression est majeure, même les germes habituellement peu ou non pathogènes (opportunistes) entraîneront des complications.

3-8 Diagnostic clinique : [10; 23; 26]

a) Primo Infection

Une fois dans l'organisme, le virus peut infecter différentes cellules du système immunitaire, principalement (les cellules CD4 dits les T4, les macrophages et les cellules de même origine) et certaines cellules du cerveau. La pénétration du virus dans l'organisme se fait par l'interaction de la protéine gp 120 présente à la surface du virus et un récepteur membranaire (la molécule CD4) de la cellule cible d'autres interactions d'ordre moléculaire sont impliquées.

Après une période de quelques jours, le virus se multiplie ; il devient détectable aux environs du 10^{ème} jour .La réponse immunitaire de l'organisme est mise en œuvre ; les anticorps anti-VIH notamment, peuvent être détectables entre le 20^{ème} jour et la fin du 3^{ème} mois suivant la contamination. Une fois infectée la personne est dite « séropositive par le VIH ».

Des signes cliniques apparaissent, dans 50 à 80% des cas entre 5^{ème} et 30^{ème} jour qui suit la contamination, ce sont : fièvre, malaise générale, maux de tête, adénopathies, douleurs musculaires, réaction cutanée, arthralgie .On observe également une leucopénie.

Le risque de transmission du VIH à une autre personne existe dès cette période.

b) Phase asymptomatique

La phase de séropositivité sans symptômes cliniques correspondant à la période durant laquelle les toxiques du virus semblent apparemment être contrôlés par le système immunitaire et par l'organisme. A ce stade les personnes séropositives ne présentent aucun signe physique de la maladie, elles sont dites :

« asymptomatique » c'est la phase d'infection chronique : « cliniquement latente » mais « biologiquement active » avec réplication virale.

Chez certaines personnes on retrouve un syndrome nommé : « lymphogranulomatose généralisée persistante ». Elle n'a pas de valeur pronostique et n'indique pas de risque d'aggravation de l'infection.

c) Phase symptomatique dite mineure

La destruction des lymphocytes CD4 entraîne un affaiblissement progressif du système immunitaire. Cette évolution de l'infection se traduit généralement par la survenue de pathologies plus ou moins graves.

Certains symptômes d'allure banale peuvent apparaître : les manifestations cutanées, muqueuses, dermites séborrhéiques, zona, poussée d'herpès, prurigo d'évolution chronique ou récidivante, verrues condylomes, candidose buccale ou génitales

Manifestation hématologique ce sont habituellement la thrombopénie, l'anémie et la leucopénie en générale asymptomatique.

Symptômes constitutionnels, témoignent une progression de l'infection virale (CD4 < 200 et charge virale élevé 8) fièvre persistante, altération de l'état général avec perte de poids habituel, sueurs nocturnes abondantes, diarrhées persistantes. Certains de ces signes, surtout s'ils s'ajoutent les uns aux autres, ou lorsqu'ils sont associés à une baisse rapide des lymphocytes CD4, ou encore à un taux de lymphocytes CD4 inférieur à 200 /mm³, traduisant une évolution de l'infection et peuvent conduire à débiter un traitement.

d) Phase SIDA

Cette phase est caractérisée par l'apparition d'infections opportunistes majeures d'étiologie multiples : parasitaires, bactériennes ou virales. Il s'agit d'une atteinte poly viscérale et les manifestations peuvent être :

- Digestives : diarrhée chronique (cryptosporidiose, isosporose, salmonellose), candidose buccale ou œsophagienne ;
- Pulmonaires : tuberculoses pulmonaire et extra pulmonaire, pneumocystose, pneumopathie bactériennes non spécifiques ;
- Dermatologiques : infections herpétique récidivantes, sarcome de KAPOSÍ, dermite séborrhéique, prurigo généralisé ;
- Neuro-méningées : méningite à cryptococque, méningite tuberculeuse, méningite purulente à germes banals, toxoplasmose cérébrale, abcès du cerveau, leuco encéphalite multifocale progressive, encéphalite virale ;
- Néoplasiques : Cancer invasif du col de l'utérus, lymphomes, processus expansif intracrânien.

Différentes classification cliniques ont été proposées pour une meilleure prise en charge des patients : il s'agit de la classification de l'OMS et celle du CDC d'Atlanta(USA).

3-9 Diagnostic Biologique : [4]

La mise en évidence des virus ou d'antigènes viraux .

a) Mise en évidence des anticorps anti-VIH : La technique actuelle la plus utilisée pour la recherche des anticorps anti-VIH est une technique immunoenzymatique :

l'ELISA (Enzyme Linked Immuno Sorbent Assay) qui est une méthode simple, destinée au dépistage de grandes séries de sérums.

Des tests de confirmation sont pratiqués si le dépistage est positif :

- **Le Western blot (ou Immunotransfert)** est la méthode de référence habituelle.

- **le RIPA (Radio Immuno Précipitation Assay)** met en évidence préférentiellement des anticorps dirigés contre les protéines d'enveloppe elle est plus sensible que le Western blot.

b) Mise en évidence des virus ou d'antigènes viraux : Elle peut se faire par l'antigénémie p24, culture cellulaire, virémie plasmatique et PCR(Polymérase Chain Réaction).

3-10 LA PRISE EN CHARGE DE L'INFECTION PAR LE VIH :[4]

Elle repose sur cinq composantes :

-la prise en charge psycho-sociale : Par un conseling pré et post test expliquer au patient la nature de l'infection ; l'aider à vivre positivement sa positivité, lui donner des conseils hygiéno-diététiques.

-la chimio prophylaxie par le cotrimoxazole selon les recommandations de l'OMS : Il s'agit d'une prise quotidienne de cotrimoxazole forte chez toute PVVIH ayant moins de 500 CD4/mm³(NB :dans certains pays comme Mali , le seuil des lymphocytes T CD4 est fixé à 350/mm³) .La chimio prophylaxie par le cotrimoxazole est aussi recommandée chez tout nourrisson de moins de 12mois né de mère séropositive dont l'infection par le VIH à été diagnostiquée par le PCR ou sur des signes cliniques très évocateurs d'une immunodépression à VIH quelque soit le taux de CD4. Elle est également recommandée chez le nourrisson de plus de 12mois ayant développé une pneumocystose, une pneumonie lymphoïde interstitielle ou

présentant tout autre pathologie liée à l'infection par le VIH ou ayant un taux de lymphocytes T CD4 inférieur à 25%.

-la prise en charge nutritionnelle : Alimentation équilibrée, régulière, adaptée aux produits locaux.

-la prise en charge des infections opportunistes : Par un diagnostic et un traitement approprié.

-la thérapie antirétrovirale :

On dispose actuellement de quatre classes thérapeutiques :

- Les inhibiteurs nucléosidiques de la transcriptase inverse (INRTI),
- Les inhibiteurs non nucléosidiques de la transcriptase inverse (INNRTI),
- Les inhibiteurs de la protéase (IP)
- Les inhibiteurs de fusion.

Le traitement antirétroviral repose sur une trithérapie. Il s'agit pour les schémas de :

° **Première intention** : d'associer 2 INRTI + 1 INNRTI,

° **Deuxième intention** : 2 INRT + 1 IP

NB : Le VIH-2 est naturellement résistant aux INNRTI (dans ce cas utiliser le schémas associant 2 INRT + 1 IP).

4- Relations entre sida et IST :[10]

Les IST -SIDA sont toutes causées par le même comportement sexuel à risque : multi partenariat sexuel ; rapports sexuels non protégés.

Depuis l'avènement du SIDA il est unanimement admis que la lutte contre cette peste de temps modernes, passe par la lutte contre les IST du fait de l'interaction existante entre IST/ SIDA.

Le chancre mou, l'infection à chlamydia, la gonorrhée, la syphilis et la trichomonas peuvent augmenter de deux à neuf fois le risque de transmission du VIH. Le lien entre l'infection par VIH et les autres IST explique en partie la propagation rapide du VIH en Afrique par comparaison avec l'Europe et les USA où les IST sont plus souvent traitées et guéries.

En fait dans les pays en voie de développement où le VIH se répand par voie sexuelle, la grande majorité des infections aux premiers stades de l'épidémie pourrait bien être due à la présence des IST susceptibles d'accroître le risque de contamination. Ces IST peuvent accroître la transmission du VIH pour deux raisons majeures. Les IST ulcéraives ouvrent une porte directe au VIH dans le système sanguin de la personne infectée. Dans tous les cas, elle augmente le nombre de globules blancs, lesquels constituent à la fois une cible et une source du VIH ; l'inflammation génitale peut causer des microtraumatismes pouvant permettre au VIH de pénétrer dans le corps. Les maladies qui provoquent une inflammation du vagin et de l'urètre sont beaucoup plus répandues que les maladies causant des ulcérations génitales et il se peut par conséquent qu'elles contribuent dans une plus grande mesure à la transmission du VIH. Alors que l'infection au VIH ne peut être guérie, il est possible de traiter de façon adéquate les IST, rapidement à bon prix. Compte tenu des liens entre ces infections, il devient important alors d'intervenir

sur les IST. Cette lutte passe inévitablement par un changement de comportement vis-à-vis de certains facteurs de risque, lequel changement nécessite une certaine connaissance sur les IST- SIDA.

III. METHODOLOGIE

1) Type d'étude et période d'étude :

Il s'agissait d'une étude prospective, descriptive chez les handicapés physiques âgés de plus de 18 ans vus entre février 2012 et juillet 2012.

2) Lieu d'étude :

Notre étude a été réalisée au siège des personnes handicapées physiques (AMPHP) en Commune III du District de Bamako, créée le 15 Mai 1973 par monsieur René CANWELI [27]. Il est composé par trois groupes : les membres actifs, les membres d'honoraires et les membres d'honneurs.

L'AMPHP dispose : D'un réseau d'échange réciproque de savoir, d'un club de loisir composé (de piscine, de terrain de basket, du tennis), d'un atelier de confection de chaise et de fauteuil et d'un atelier en coupe et couture.

3) Critères d'inclusion :

Toutes les personnes handicapées physiques vues en consultation dans le centre d'étude au moment de la collecte des données et qui ont accepté de participer à notre enquête.

4) Critères de non inclusion :

N'ont pas été incluses dans notre étude, toutes les personnes handicapées physiques de moins de 18 ans et de plus de 18ans qui n'ont pas accepté de participer à notre étude.

5) Population d'étude :

La population d'étude est constituée par les hémiplésiés, les paralysés de membre inférieur ou supérieur.

6) L'échantillonnage :

- **Base de sondage** : elle a été constituée par la liste exhaustive des handicapés physiques pendant notre passage.

- **Procédure de tirage** : nous avons procédé à un sondage systématique de 1 /10^{ème} des handicapés physiques sur la base de la liste des inscrits en 2011. Sur cette base nous avons obtenu un échantillon de 90 handicapés physiques.

7º) Collecte des données : elle a été faite à l'aide d'un questionnaire individuel adressé aux handicapés physiques répondant aux critères d'étude de manière anonyme, confidentielle et volontaire.

8º) Gestion et analyse des données : nous avons utilisé le logiciel Word pour le traitement de texte, Excel pour les graphiques et SPSS12 .0 pour l'analyse des données. Les tests statistiques utilisés étaient le test de khi2 avec $p < \text{ou} = 0,05$ qui sera considéré comme significatif.

9) Variables mesurées :

Caractéristiques socio démographiques : âge, sexe, statut matrimonial, profession, niveau d'instruction, type d'handicap physique.

Connaissances et attitudes sur les IST / VIH/SIDA : connaître le SIDA, comment se transmet le SIDA, quels sont les moyens de prévention contre le VIH/SIDA.

Source d'information sur les méthodes de prévention contre les IST/VIH/SIDA

La fréquence d'utilisation des préservatifs des enquêtés.

10) Considération éthiques :

- **Valeurs sociale de l'étude** : notre étude permettra aux personnes handicapées physiques d'avoir des informations nécessaires sur les méthodes de prévention

contre les IST/VIH/SIDA afin d'amener un changement de comportement par rapport à l'utilisation des préservatifs au niveau de cette population.

- **Valeurs scientifique de l'étude** : Il n'existe aucune valeur scientifique sur la question au Mali, cette étude servira de données pour tous les chercheurs dans le futur.

- **Anonymat et la confidentialité de l'enquête** : Conformément au principe du secret professionnel la confidentialité et l'anonymat ont été rigoureusement respectées lors de l'enquête.

- **Avantages et risques liés à l'étude** : l'étude permettra une sensibilisation de la population étudiée sur les méthodes de prévention contre les IST/VIH/SIDA.

- **Le Consentement éclairé** : a été demandé à chaque handicapé physique avant l'interrogatoire.

- **Utilisation des données** : les données seront utilisées comme une base pour planifier des stratégies de prévention et une politique de réduction de risque en matière d'IST/VIH/SIDA chez les handicapés physiques au niveau de l'AMPHP, l'Handicap International et du plan Mali.

11°) Les difficultés rencontrées :

La lenteur au niveau de l'AMPHP à cause de l'indisponibilité des handicapés physiques inscrits.

12°) Les limites méthodologiques :

Notre échantillon ne représente qu'un petit taux de représentativité des handicapés physiques du Mali car il existe beaucoup d'autres associations des personnes vivant avec un handicap.

D'une façon générale, tous les aspects évoqués ont montré à quel point le travail de collecte des données est délicat.

13^o) Diagramme de GANTT

Dates Activités	Décembre 2011 à Janv. 2012	Févier 2012	Mars à Avril 2012	Mai à Juin 2012	Juillet 2012	Février 2013
Recherche bibliogr. du protocole	_____					
Collecte des données		_____				
Analyse des données			_____			
Rédaction de la thèse				_____		
Correction du Pr Sounkalo					_____	
Correction du					_____	
Correction du					_____	
Soutenance						_____

VI.RESULTATS

1)Caractéristiques socio démographiques

Nous avons classé les handicapés physiques par tranches d'âge avec des intervalles de 10 ans.

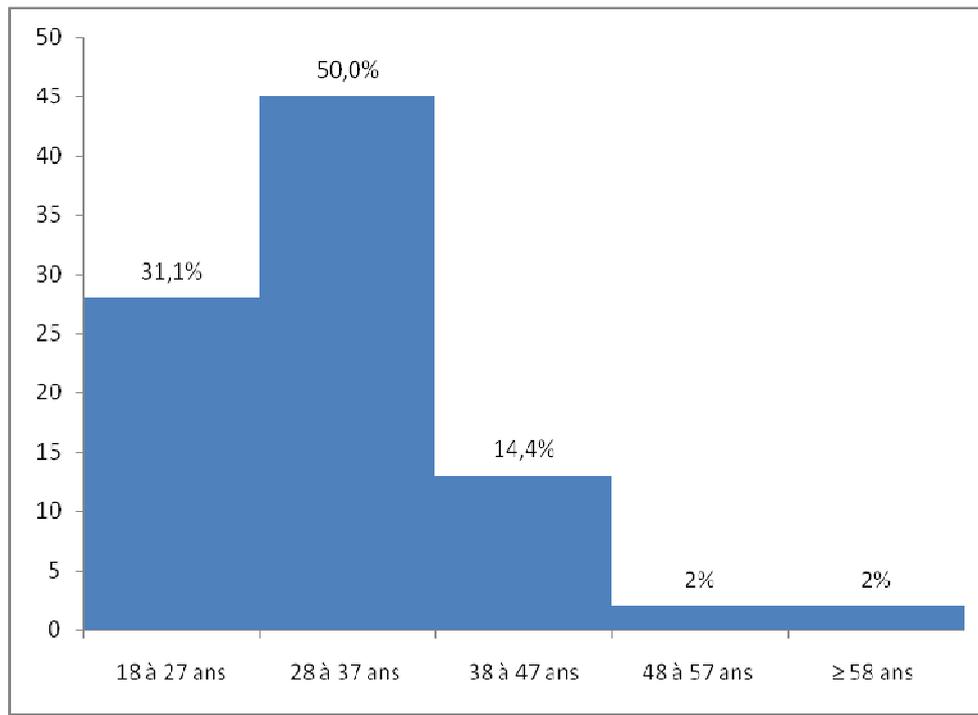


Figure 1 : Répartition des handicapés physiques selon l'âge

La tranche d'âge 28-37 a été la plus importante pendant notre étude.

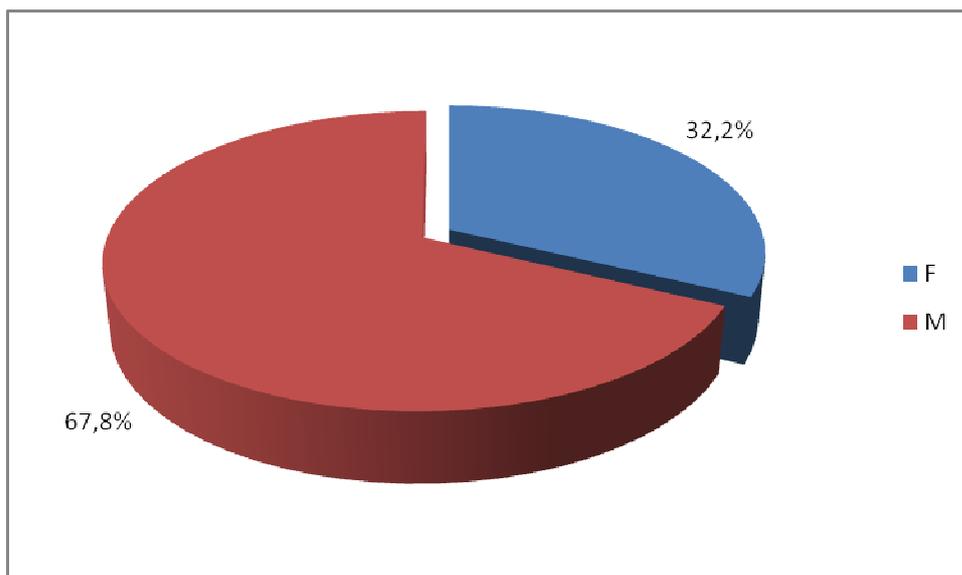


Figure 2 : Répartition des handicapés physiques selon le genre

Le sexe masculin était prédominant avec 67,8% des cas et un sexe ratio de 2.

Tableau III : Répartition des handicapés physiques suivant leur statut matrimonial

Statut matrimonial	Fréquence	Pourcentage (%)
Jamais marié	43	47,8
Marié	43	47,8
Divorcé	3	3,3
Veuf	1	1,1
Total	90	100,0

Les mariés et les célibataires arrivaient en tête et en égalité soit 47,8% chacun.

Tableau IV : Répartition des handicapés physiques suivant leur profession

Profession	Fréquence	Pourcentage(%)
Commerçant	25	27,8
Administration	13	14,4
Couturier	11	12,2
Enseignant	10	11,1
Artiste	7	7,8
Etudiant	5	11,1
Ouvrier	5	5,6
Mécanicien	4	4,4
Coiffeur	4	4,4
Managere	2	2,2
Sans emploi	2	2,2
Agent de santé	2	2,2
Total	90	100,0

La majorité des handicapés physiques était des commerçants avec 27,8 % des cas.

Tableau V : Répartition des handicapés physiques selon leur niveau de scolarisation

Niveau de scolarisation	Fréquence	Pourcentage (%)
Non scolarisé	33	36,7
Premier cycle	15	16,7
Deuxième cycle	10	11,1
Secondaire	19	21,1
Supérieur	13	14,4
Total	90	100,0

La majorité des handicapés physiques était non scolarisé soit 36,7% des cas.

2) Connaissances , attitudes et pratiques relatives aux méthodes de prévention

Tableau VI Répartition des handicapés physiques selon leur compréhension sur le VIH

Représentation sur les VIH	Fréquence	Pourcentage (%)
IST	45	50,0
Maladie sanguine	31	34,4
SIDA	13	14,4
Mauvais sort	1	1,1
Total	90	100,0

Dans 50% des cas les handicapés physiques ont classé le VIH parmi les IST.

Tableau VII : Répartition des handicapés physiques en fonction du genre et selon leur compréhension sur le VIH

Sexe	Représentation sur le VIH			
	IST	Mauvais sort	Maladie sanguine	SIDA
M	45,9%	1,61%	36,1%	16,4%
F	58,6%	0%	31%	10,3%

Le VIH a été cité comme une IST par 58,6% des femmes et 45,9% des hommes.

Tableau VIII: Répartition des handicapés physiques en fonction de l'âge et selon leur compréhension sur le VIH

Tranches d'âge	Représentation sur le VIH			
	IST	Mauvais sort	Maladie Sanguine	SIDA
18 - 27	42,8%	3,6%	25%	28,6%
28- 37	55,5%	0%	35,5%	8,9%
38 - 47	38,5%	0%	53,8%	7,7%
48- 57	100%	0%	0%	0%
≥ 58	50%	0%	50%	0%

Dans la tranche d'âge 48 - 57 ans, 100% des interrogés ont classé le VIH parmi les IST.

Tableau IX : Répartition des handicapés physiques en fonction du niveau d’instruction et selon leur compréhension sur le VIH

Niveau d’instruction	Représentation sur le VIH			
	IST	Mauvais sort	Maladie Sanguine	SIDA
Non instruit	51,5%	0%	45,5%	3%
Premier cycle	53,3%	0%	40%	6,7%
Deuxième cycle	50%	0%	30%	20%
Secondaire	52,6%	5,3%	31,6%	10,5%
Supérieur	38,5%	0%	7,7%	53,8%

Le VIH a été classé parmi les IST par plus de 50% des répondants dans tous les niveaux d’instruction sauf le niveau supérieur (38 ,5%).

Tableau X: Répartition du type de handicap selon leur compréhension sur le VIH

Type de handicap	Représentation sur le VIH			
	IST	Mauvais sort	Maladie sanguine	SIDA
Paralysie membre sup	43,9%	0%	24,4%	7,3%
Hémiplégie	47,2%	0%	30,6%	22,2%
Paralysie membre inf	43,5%	4,3%	43,5%	8,7%

Le VIH a été cité comme une IST par 47,2% des hémiplégies.

Tableau XI : Répartition des handicapés physiques selon leurs connaissances sur les modes de transmission contre les IST/VIH/SIDA

Voie de transmission	Fréquence	Pourcentage (%)
Sexuelle	51	56,7
Sanguine	19	21,1
Blessure par objet contaminé	12	13,3
Mère enfant	8	8,9
Total	90	100,0

La voie de transmission la plus connue par les handicapés physiques était la voie sexuelle avec 56,7% des cas.

Tableau XII : Répartition des handicapés physiques selon leur connaissance sur les méthodes de prévention contre les IST/VIH/SIDA

Méthode de prévention	Fréquence	Pourcentage(%)
Condom	41	45,6
Fidélité	18	20,0
Abstinence	16	17,8
Eviter les objets souillés	10	11,1
Ne sais pas	5	5,6
Total	90	100,0

Le préservatif a été retenu par la majorité des handicapés physiques (**45,6%**) comme moyen de prévention du VIH.

Tableau XIII : Répartition des handicapés physiques selon leur source d'information

Source d'information	Fréquence	Pourcentage (%)
Télévision	39	43,3
Radio	16	17,8
Formation	15	16,7
Agent de santé	14	15,6
Bouche à l'oreille	6	6,7
Total	90	100,0

La télévision a été dans 43,3% des cas la source d'information la plus citée.

Tableau XIV : Répartition des handicapés physiques en fonction de l'âge et selon leur source d'information

Tranches d'âge	Source d'information				
	Agent de santé	Bouche à l'oreille	Formation	Radio	Télé
18 - 27	10,7%	3,6%	14,3%	17,8%	53,6%
28 - 37	15,6%	11,1%	17,8%	22,2%	33,3%
38 - 47	23,1%	0%	15,4%	7,7%	53,8%
48 - 57	0%	0%	50%	0%	50%
≥ 58	50%	0%	0%	0%	50%

La télévision a été citée comme principale source d'information dans la tranche âge 38 -47 ans soit 53,8 %.

Tableau XV: Répartition des handicapés physiques en fonction du genre et selon leur source d'information

Sexe	Source d'information				
	Agent de santé	Bouche à l'oreille	Formation	Radio	Télé
M	11,5%	6,5%	16,4%	16,4%	49,2%
F	24,1%	6,9%	17,2%	20,7%	31%

La télévision a été citée comme principale source d'information par 49,2% des hommes et 31% des femmes.

TableauXVIII : Répartition des handicapés physiques en fonction de l'utilisation du préservatif

Utilisation du préservatif	Fréquence	Pourcentage (%)
Oui	49	54,4
Non	41	45,6
Total	90	100,0

Plus de la moitié de nos enquêtés avait déjà utilisé le préservatif soit 54,4%.

Tableau XIX : Répartition des handicapés physiques en fonction de la fréquence de l'utilisation du préservatif et selon le genre

Fréquences d'utilisation du préservatif	Sexe	
	F	M
Oui	51,7%	55,7%
Non	48,3%	44,3%

Le préservatif a été utilisé par 55,7% des hommes contre 51,7% des femmes.

Tableau XX : Répartition des handicapés physiques en fonction de la fréquence de l'utilisation du préservatif lors des rapports sexuels occasionnels

Fréquence d'utilisation	Fréquence	Pourcentage (%)
Toujours	57	63,3
Rarement	16	17,8
Souvent	13	14,4
Non	4	4,4
Total	90	100,0

La majorité des handicapés physiques utilisaient toujours le préservatif lors des rapports sexuels occasionnels avec 63,3% des cas.

V.COMMENTAIRE ET DISCUSSION

1)Caractéristiques sociodémographiques

- Dans notre échantillon le sexe masculin était le plus représenté avec 67,8% des cas contre 32,8% de femme et un sexe ratio de 2, ce résultat s'explique par le fait que l'AMPHP est beaucoup fréquenté par les hommes que par les femmes.

-Dans notre étude les tranches d'âge 18-27 et 28-37 soit respectivement 31,1% et 50,0% des cas étaient les plus représentés.

-La situation matrimoniale était en faveur des célibataires et des mariés avec 47,8%, suivis des divorcés avec 3,3%.

-Ils étaient en majorité commerçants soit (27,8 %) et non instruits soit(36,7%), cela s'explique par le fait que les personnes handicapées physiques sont considérées comme l'un des groupes les plus pauvres de la communauté.

Toutes ces caractéristiques sont susceptibles d'influencer leurs connaissances dans le domaine des IST/VIH/SIDA.

2)Connaissances sur le VIH/SIDA :

2-1-Selon leur compréhension sur le VIH : Il ressort que :

-La majorité des handicapés physiques interrogés ont classé le VIH parmi les infections sexuellement transmissibles (IST) avec 50,0%.

-selon le genre le VIH a été cité comme une IST par 58,6% des femmes et 45,9% des hommes, la différence entre les deux groupes n'était donc pas significatif ($\chi^2 = 1,75, P=0,62$).

-selon l'âge dans la tranche d'âge 48 - 57 ans(100%) des interrogés ont classé le VIH parmi les IST suivi de la tranche d'âge 28-37(55,5%) , les plus de 58ans(50%) ,

de 18 -27 ans(42,8%) et de 38-47ans (38,5%) ; la différence entre ces groupes n'était pas significative($\chi^2=12,93$, $P=0,37$) .

-Selon le type de handicap, le VIH a été cité comme une IST par 47,2% des hémiplésiés, 43,9% des paralysés du membre supérieur et 43,5% des paralysés de membre inférieur ; il n'existait pas de différence significative entre les trois groupes ($\chi^2=7,23$, $P=0,3$).

-Selon le niveau d'instruction, Le VIH a été classé parmi les IST par plus de 50% des répondants de tous les niveaux d'instruction sauf le niveau supérieur (38,5%) ; il existait une différence statistiquement significative ($\chi^2=26,25$, $P=0,01$) donc le niveau d'instruction influence leur représentation sur le VIH. Et ainsi

2-2-Selon les sources d'information :

Les médias ont été les sources les plus fréquemment citées avec 43,3% de nos répondants.

Une étude menée au Sénégal par SOW [28] estimait que les principales sources d'information sur les IST/VIH/SIDA étaient les médias soit (60,5%).

Tangara S [4] a montré que (83,7%) des jeunes ont citée les médias comme principale source d'information.

Cet état de fait peut s'expliquer par une accessibilité quasi générale à l'information grâce à la forte médiatisation de ce fléau.

-Selon l'âge, la télévision a été citée comme principale source d'information dans les tranches âge : les 38 -47 ans (53,8 %),18-27 ans (53,6%),les 48-57ans et les plus de 58ans(50%) et en fin les 28-37ans(33,3%) cette source d'information ne différait pas selon l'âge ($\chi^2=11,45$, $p=0,78$).

-Selon le sexe, La télévision a été citée comme principale source d'information par 49,2% des hommes et 31% des femmes. La différence entre les deux groupes n'était pas significative ($\chi^2 = 3,73, p = 0,44$). Nous pouvons donc conclure que le sexe n'influence pas la source d'information.

2-3-Selon la connaissance sur les modes de transmission :

Dans notre étude la principale voie de transmission du VIH connue par les handicapés physiques était la voie sexuelle avec 56,7% des cas ; puis le sang contaminé (21,1%).

2-4-Selon la connaissance sur les méthodes de prévention :

Selon notre enquête auprès des handicapés physiques le préservatif a été retenu par 45,6% comme moyens de prévention du VIH.

Dans l'étude de SOW[28] 50,45% des handicapés physiques ont cités le préservatif comme moyen de prévention du VIH .

Tangara S [4] a montré que (78%) des jeunes ont citée le préservatif comme moyen de prévention du VIH .

Ces résultats montrent que le niveau des connaissances générales sur le VIH/SIDA est élevé et doit cependant influencer sur le comportement sexuel.

3) Répartition selon l'utilisation du préservatif :

Il est bien connu que le multi partenariat sexuel et le recours aux rapports occasionnels et aux prostitués accroissent le risque d'infection à VIH. Ce risque peut être atténué par l'utilisation convenable du préservatif. Il ressort de cette étude que :

- Plus de la moitié de nos enquêtés avait déjà utilisé le préservatif soit 54,4% dont 55,7% des hommes et 51,7% des femmes. La différence entre les deux groupes n'était pas significative ($\chi^2=0,128$ $p=0,447$).

SOW [28] a trouvé seulement 11,9% d'utilisation de préservatif chez les handicapés physiques.

Tangara S [4] a trouve 20,5% d'utilisation de préservatif chez les jeunes.

Ces résultats montrent que les comportements peuvent s'améliorer grâce a des campagnes de sensibilisation et d'information sur la maladie

- selon la fréquence d'utilisation du préservatif lors des rapports sexuels occasionnels : la majorité des handicapés physiques utilisait toujours le préservatif lors rapports sexuels occasionnels avec 63,3% des cas.

VI CONCLUSION :

Le but de notre étude était d'évaluer les connaissances, les attitudes et les pratiques des handicapés physiques relatives aux IST/VIH/SIDA.

Au terme de cette étude, nous avons trouvé que la majorité des handicapés physiques étaient informés sur les IST/VIH/SIDA.

Leur principale source d'information était la télévision.

Le mode de transmission le plus connu de nos enquêtés était le rapport sexuel.

La méthode de prévention la plus citée par les handicapés physiques était le préservatif, nous avons aussi retrouvé des proportions non négligeables d'individus n'ayant aucune information sur les méthodes de préventions du VIH/SIDA.

Le préservatif a été utilisé par beaucoup de personnes handicapées physiques lors des rapports sexuels occasionnels.

Par ailleurs comme perspective en vue de combler les insuffisances, Il faudra un échantillonnage plus représentatif axé sur les autres handicapés (sensoriels, intellectuels).

VII RECOMMANDATIONS :

A L'issue des résultats et des conclusions de cette étude nous formulons les
Recommandations suivantes.

Aux autorités politiques et sanitaires

A travers le centre national d'information, d'éducation et de communication pour la santé (CNIECS) ;

- Organiser des journées de sensibilisation à travers des théâtres et des sketches dans différentes associations des personnes handicapés.

Aux partenaires de développement

- Investir dans des programmes et des services spécifiques pour les personnes handicapées.
- Adopter une stratégie et un plan d'action nationale pour le handicap et le VIH.
- Soutenir d'avantage la recherche et la formation dans le domaine de handicap.

Aux handicapés

- Participer avec grand intérêt aux campagnes d'éducation, d'information et de communication en matière de protection contre les IST/VIH/SIDA.
- Fréquenter des centres d'écoute et de communication en matière de protection contre les IST/VIH/SIDA.
- Abandonner les comportements à risque tels que le tatouage, le percing, les relations sexuelles non protégées, l'infidélité.

VIII. REFERENCES :

1. Appit .

Infection à VIH et SIDA. Médecine tropicale, Paris : Flammarion ; 1994.640

2. Sissoko M.

Complications rénales au cours du VIH et traitement par ARV. Thèse Med ,
Bamako, 2005 , n°3

3. ELKHOULYAE ;YOUSEF RT.

Antibacterial efficiency of mercurials ; J Pharm sci 1974 .63/681 – 685

4. Tangara S.

Connaissance, attitude et pratique comportementale des jeunes vis-à-vis des IST
/ VIH/SIDA dans la commune rurale de Sangarébourgou. Thèse Med, Bamako
2010,n°111 .

5. ONU SIDA, le rapport mondial de 2010.

6. Quatrième Enquête Démographique et de Santé du Mali (EDSM – IV). Mali 2006,497 pages.

7. Code de l'action sociale et des familles, livre 1 er, Chapitre IV. Art.L 114

8. Evaluation externe du projet : Renforcement des initiatives locales dans la lutte contre le VIH / SIDA en faveur des personnes en situation de handicap au Burundi, Mali et Sénégal. Juillet 2011.

9. Vademecum clinique et diagnostic : 18^{ème} Edition

10.Kouma M .

Connaissances attitudes et pratiques des adolescent du lycée Mamadou SARR

relatives a la planification familiale, infection sexuellement transmissible et SIDA
.Thèse , Med, Bamako,2008 ,N°544 P.68

11. Diarra. B.

Connaissances attitudes et pratiques comportementales en matières de maladie sexuellement transmissible et du VIH-SIDA en milieu scolaire urbain de Kati.
Thèse, Med, Bamako 2011.N°228 P.75

12. Lys HL Tokindang J, Fariah L.

Connaissances attitudes des étudiants de la FMPOS. De Bamako en matière de planification familiale, MST/SIDA .Population Council. 1997 ; Mali p 30.

13. Dicko.A

Etude des connaissances, attitudes et pratiques de la population du Nord Mali (Gao et Mopti) sur les infections sexuellements transmissibles (IST).
Thèse, Med, Bamako2011, n°138,130 p

14. Gallo R-C.

Detection ,isolation and continuous production of cytophatic retrovirius from patients ,with AIDS and Arcs .Science 1984;224;497 P

15. Montagnier L.

Isolation of HT2 retrovirus (LAV) .from zarion married couayte one with AIDS one with Arc.Lancet.1984;p1183-1185.

16. Montagnier L.

Lutte contre le SIDA : la course contre la montre santé du monde : magazine de l'OMS Mars 1988 p12

17. Gallo R-C.

Frequent detection and isolation of cytopathic retrovirus (HTL III)from patients with Aids and risk for Aids .Science 1983;224; p 500-503

18. Clavel F.

VIH type 2 infection association with AIDS in West Africa the New England journal of med 7.p1982-1185

19. ESSEX.M.

Isolation of HTLV III retrovirus related from wild caught Africa green Monkeys. Science vol 230 now 25 1985 p 951-954

20. Haïdara .M.

Connaissances et attitudes des clients masculins des coiffeurs de la ville de Bamako face au VIH /SIDA. Thèse, Med, Bamako, 2008, N°256p29

21. ONU/SIDA/OMS Le point sur l'épidémie du SIDA, Décembre 2007

22. Diakité.S.

Séroprévalence du VIH au centre de santé de référence de Yanfolila .Thèse, Med, Bamako, 2008, N°436.

23. Berthé. 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,Thèse ,Med ,Bamako 2005 ;p90

24. R. Fasquelle .

Elément de virologie médicale; Edition Flammarion Paris 1997 ;4 ;320p

25.Sissoko Z.

Etude de séroprévalence des infections dues au VIH au Mali .Thèse, Med,
Bamako 1993 ;112 p.

26.ARCAD –SIDA / Infection par le VIH /SIDA ; prévention, connaissances

médicales, en jeux sociaux, vie quotidienne pratique professionnelles , Paris
1995 ;6 ;160 P.

27.Décennie Africaine des Personnes Handicapées 1999 – 2009.

28.Sow A.

Niveau de connaissances, attitudes, pratiques en santé de la reproduction et
accès aux prestations des services chez les handicapées motrices. Mémoire de
DEA, Sénégal 2006, 65p.

IX ANNEXES

Fiche signalétique

Nom : Doumbia

Prénom : Sarata

Tel : (00223) 76 36 08 86

Email : saratase@yahoo.fr

Titre : Connaissances, attitudes et pratiques des handicapés physiques relatives aux méthodes de prévention contre les IST/VIH/SIDA.

Année universitaire : 2011-2012

Pays d'origine : Mali

Lieu de dépôts : Bibliothèque de la faculté de médecine et d'odontostomatologie.

Secteur d'intérêt : Santé publique et maladie infectieuse

Résumé : **Echantillonnage :** 61 hommes et 29 femmes

Le VIH ne fait aucune distinction en raison du sexe, de la race ou des capacités physiques et mentales. Les personnes vivantes avec un handicap font parti des groupes les plus vulnérables au IST/VIH/SIDA à cause de la pauvreté et du manque de scolarité d'où la motivation de notre étude ; Elle avait pour objectif général d'étudier les connaissances, les attitudes et les pratiques des personnes handicapées physiques relatives aux méthodes de prévention contre les IST/VIH/SIDA. Il s'agissait d'une étude prospective et descriptive.

Au terme de notre étude nous avons constaté que la majorité des handicapés physiques connaissaient le VIH (50,0%).La télévision a été citée comme principale source d'information (43,3%) de nos répondants. Le mode de transmission le plus connu de nos enquêtés était le rapport sexuel ((56 ,7%).La méthode de prévention citée par les handicapés physiques était le préservatif (45,6%). Lors des rapports sexuels occasionnels 63, 3% utilisaient toujours le préservatif.

La prise en compte des résultats et des recommandations de cette étude devrait contribuer efficacement dans la lutte contre le VIH/SIDA.

FICHE D'ENQUETE

N° du questionnaire /__//__//__//

1-CARACTERISTIQUES SOCIO – DEMOGRAPHIQUES

Age :..... Sexe : Masculin/__/ Féminin/__/

Statut matrimonial /__/ 1=Marié(e) 2= Célibataire 3=Divorcé(e) 4=Veuf (ve)

Résidence habituelle.....

Profession.....

Nationalité.....

Niveau d'instruction /__/ 1=1^{er} cycle ;2=2^{ème} cycle ;3=Secondaire ;4=Supérieur

Type d'handicap :.....

2-ETES – VOUS MEMBRE DE L'AMPHP ? Oui /__/ Nom /__/

3- QU'EST- CE QUE LE SIDA ?

Une infection sexuellement transmissible /__/ Un mauvais sort /__/ Une invention /__/ Un syndrome immunodéficience acquise /__/ Une maladie sanguine/__/ Autre /__/

4- AVEZ – VOUS ENTENDU PARLER DU SIDA ?

- Si oui quelle a été la source d'information ?

Radio /__/ Télévision /__/ Agent de santé /__/ Bouche à oreille /__/

Non /__/ Autre

5- COMMENT SE TRANSMET LE VIH/SIDA ?

Sexe /__/ Sang contaminé /__/ Mère à l'enfant /__/

Blessure par objet contaminé /__/ Ne sais pas /__/

Autre.....

6- CONNAISSIEZ – VOUS UNE IST ?

Oui /_/ Je ne sais pas /_/ Non /_/

7- AVIEZ – VOUS DEJA FAIT UNE IST ?

- Si oui lequel ? /_/

1=Ulcération génitale ;2=écoulement génital ;3=Douleur ou /et tuméfaction ;4=ne sais pas

-Quelle a été la suite ? /_/

1=Soigner ;2 = Guérie ; 3 = Rechute ; 4 = Autres

8- QUELS SONT LES MOYENS DE PREVENTION CONTRE LE VIH/SIDA ?

Condom (préservatif) /_/ Fidélité /_/ Abstinence /_/

Ne sais pas /_/ Autre à préciser

-Quelle a été la source de votre information ?

Radio /_/ Télévision /_/ Agent de santé /_/ Bouche à oreille /_/

Non /_/ Autre

9- AVIEZ – VOUS COMBIEN DE PARTENAIRES SEXUELS ?

Nombre /_/ je ne sais pas /_/ Rien /_/

10- VOTRE PREMIER PATENAIRE EST – IL (ELLE) VOTRE EPOUX (SE) ?

Oui /_/ Non /_/ Autre /_/

11- AVEZ – VOUS EU UN RAPPORT SEXUEL OCCASIONNEL ?

-Si oui étiez – vous protégé /_/ Non protégé /_/

12- ETES – VOUS PRET (ES) A UTILISER UN PRESERVATIF MEME SI VOTRE PARTENAIRE S’Y OPPOSE ?

Oui /_/ Non /_/

13- UTILISIEZ – VOUS FREQUEMMENT UN PRESERVATIF ?

Oui /_/ Non /_/

14- UTILISIEZ - VOUS LE PRESERVATIF AUX RAPPORT OCCASIONNELS ? Toujours /_/

Souvent /_/

Rarement /_/