

MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR
ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

REPUBLIQUE DU MALI

Un Peuple – Un But – Une Foi

UNIVERSITE DES SCIENCES, DES TECHNIQUES ET DES
TECHNOLOGIQUES

FACULTE DE MEDECINE ET D'ODONTOSTOMATOLOGIE

ANNEE UNIVERSITAIRE : 2014-2015

N°...../

TITRE

CONNAISSANCES, ATTITUDES ET
PRATIQUES DES AIDES
MENAGERES EN MATIERE
D'INFECTIONS SEXUELLEMENT
TRANSMISSIBLES ET DU VIH/
SIDA EN COMMUNE V DU
DISTRICT DE BAMAKO

THESE

Présentée et soutenue publiquement le 29/01/2015
Devant la Faculté de Médecine, et d'Odontostomatologie par

Mme Aminata Saran SIDIBE

Pour obtenir le Grade de **Docteur en Médecine**
(DIPLOME D'ETAT)

Jury:

PRESIDENT: Pr Sounkalo DAO

MEMBRE: Dr Lalla Fatoumata TRAORE

CODIRECTEUR : Dr Niélé Hawa DIARRA

DIRECTEUR DE THESE : Pr Samba DIOP

Dédicace

Je dédie ce travail à Dieu le tout Puissant de m'avoir accordé une bonne santé jusqu'à ce jour tant attendu. Seigneur enracine en moi l'amour et le respect de ma vocation. C'est par ta grâce que nous avons pu réaliser ce travail, je m'en souviendrai tout au long de cette vie éphémère et je te resterai toujours fidèle dans l'exercice de la médecine.

Paix et salut sur le **prophète Mohamed.**

-A mon père MORIBA SIDIBE :

Je ne saurais jamais te remercier car par toi le tout puissant ALLAH m'insuffla la vie. Tu as toujours souhaité que je sois une personne honnête et assidue au travail et par tes conseils aujourd'hui Dieu merci me voilà au terme de mes études médicales. En toute franchise, l'éducation que mes frères, sœurs et moi avons reçue de toi sera toujours notre guide. Je suis fière de toi, fière d'être ta fille. Retrouve dans ce travail mes remerciements les plus sincères. Souhaite-moi encore plus de chance au terme de ce travail.

-A ma mère Docteur SIDIBE GARANGUE SOUCKO :

Rien ne peut contre la volonté de Dieu.

Ces mots n'exprimeront pas assez tout ce que j'éprouve pour toi aujourd'hui.

Brave femme, animée d'un esprit de loyauté et d'honnêteté incomparable, tu as été et resteras toujours pour moi une mère exemplaire. Tu as surtout été l'instigatrice de ce long parcours du combattant que fut le mien, me soutenant et m'encourageant dans tous mes efforts, afin que malgré toutes les difficultés, je ne puisse jamais céder devant l'adversité.

Je suis fière de toi et plus que jamais reconnaissante pour tout ce que tu as fait et que tu continues à faire pour toute la famille. Puisse, mère, ce travail t'apporter satisfaction et répondre à l'espoir que tu as placé en moi.

En ce jour mémorable, que le tout puissant te donne longue et heureuse vie et me permettre de m'inspirer de tes vertus en témoignage de ma reconnaissance. Tu es la meilleure maman du monde. Merci !

- A mon unique grand frère et unique grande sœur FADIALA MORIBA SIDIBE et Docteur KEITA OUMOU MORIBA SIDIBE:

Rien ne vaut la chaleur familiale. Que notre famille se maintienne et demeure unie qu'à jamais. Votre soutien et votre assistance tout au long de ce difficile parcours m'ont été d'un réconfort inoubliable. Vous m'avez tous et à tous les niveaux apportés votre contribution dans le cadre de la solidarité familiale, avec chacun de vous, j'ai pu découvrir la convivialité et la symbiose qui doivent régner dans une famille. Que ce travail qui est aussi le votre, témoigne de toute mon affection. Vous m'avez toujours montré ce qu'est une famille unie ! Je dédie ce travail à la solide famille que nous formons ! Puisse Dieu nous prêter encore longue vie et nous aide à rester unis pour la bonne marche de la famille : la famille SIDIBE. Je vous aime !

-A mon cher fiancé Docteur KEITA SOULEYMANE FASSIRE :

Que j'ai nommé Soul, Homme de foi et de principe, l'amour de ma vie, le père de mes futurs enfants. Ta présence, ton dévouement, depuis le début du travail jusqu'à l'heure où nous sommes n'ont jamais fait défaut. Tu as été toujours à mes côtés pendant les durs moments, plus particulièrement pendant la réalisation de ce travail. Je profite de l'occasion de te réitérer mon affection et mon profond attachement. Les mots me manquent pour te remercier mais saches que je te serai reconnaissante pour tous tes sacrifices. La vie n'est pas toujours facile, j'ose espérer que seule la mort pourra un jour nous séparer que Dieu te prêter encore longue vie et qu'il exauce tes vœux. . Ce travail est le nôtre. Prions, que le tout Puissant nous donne une vie pleine de santé, d'amour et de sagesse. Merci, merci et merci.

Remerciements

A travers ce travail,

J'adresse mes remerciements à tous **les maîtres de la FMOS** pour les enseignements de qualité qui nous ont été prodigués.

-A ma tante : Kouramba Soucko

En ce jour mémorable, pour tout le soutien moral et affectueux apportés à la famille durant toutes ces années .Que le tout puissant te donne longue et heureuse vie. Merci pour tes bénédictions faites chaque matin Tenin.

-A ma belle famille : Famille KEITA

Recevez ce travail en signe de mes sentiments les plus respectueux. Particulièrement à mes belles sœurs, vous avez été mes amies et mes confidentes, merci pour votre soutien. Une pensée pieuse en ce jour à feu mon beau –père Mahamadou KEITA dit MAO et le cadet Moulaye Keita, que vos âmes reposent en paix.

- A ma Belle-sœur Ramatoulaye Ouattara et mes 2 Beaux-frères Moussa KEITA et Bandiougou KEITA:

Trouvez ici l'expression de mon affection, de mon respect et toute ma reconnaissance. Vous m'avez donné plus que je ne mérite.

-A mes neveux et nièces : Kouramba Fadiala Sidibé et ses frères et sœurs : Mohamed, Moriba Dit Junior, Djeneba et Garangué.Sans oublier Moriba Moussa KEITA Dit Papi

-A mes cousins et cousines : Samba Sidibé, Alphonse Honoré, Adama Traoré Dit Tekéré, Madi SOUCKO, Awa Sidibé dit Wa .

Merci pour tous vos soutiens, ce travail est le votre.

-A mes regrettés : Grands Pères, grandes mères, tontons, frères et sœurs.

Notre joie sera plus grande si vous étiez parmi nous aujourd'hui. Je demeure convaincu que ce travail est la réalisation d'un de vos rêves. Dormez en paix. Je vous garderai toujours dans ma mémoire.

-A tous le personnel de l'ONG SOUTOURA Bamako, Kati, Selingué, Niono, Kayes, Bougouni, Kolondieba particulièrement à la coordinatrice générale DOCTEUR SIDIBE GARANGUE SOUCKO une dame simple mais très brave, une perfectionniste.

-A mes collaborateurs : Tina AGBONAVBARE ,Fatoumata TRAORE,Bellemoussa DAGNOGO,Niakalé SINABA , Oumarou TRAORE , Sibiri COULIBALY ,Alassane TRAORE ,Louis AMADOU ,Aminata MAMI SANGARE et Soumaila Dembélé

Merci pour votre générosité et la bonne marche des activités dans le service.

- A mon amie de tous les temps : Mme Sissoko Awa Togola

Notre amitié est partie sur de bonnes bases raison pour laquelle nous avons toujours été si proche l'un de l'autre tu es mon confident et jusqu'aujourd'hui il n y a pas de défaillance. Merci pour tes encouragements et tes conseils que le Seigneur nous garde.

- A mes ami (es) s de la FMOS : Tidiani Ousmane DIARRA, Mouhamadou TRAORE, Sori Ibrahim DOUMBIA, Madame DIALLO Assetou DIALLO,Hamaty AG ELMEHDI , Boubacar CISSE ,Malamine DIABATE, Modibo KEITA Cheik Oumar Tall, Isaac SISSOKO ,Sékou , Issa GUINDO , SIDIBE ,AMA ,Kadidiatou Diawara, Fatoumata TRAORE et mes voisins de classes de la 5^{ème} promotion du numerus clausus .Merci pour tous les bons moments.

-Aux médecins chefs des différents CSCOM de la commune V et l'ONG APAF MUSO Danbé. Merci pour votre disponibilité et votre générosité durant l'enquête.

-A toutes les aides ménagères de la commune V .Merci de m'avoir acceptée avec joie et courtoisie et d'être l'objet de cette étude .Je vous remercie toutes.

Trouvez ici toute ma reconnaissance et ma satisfaction.

-A tout le personnel des hôpitaux et centre de santé du MALI.

-A mes camarades de promotion du primaire, du secondaire et du supérieur : En souvenir des heures pénibles passées ensemble.

-A tous mes maîtres, du premier cycle fondamental à la FMPOS du Mali pour leur patience et leur disponibilité.

-A l'Etat malien pour tous les efforts consentis pour ma formation.

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

*A notre maître et président du jury, **Professeur Soukalo DAO***

- Professeur de Maladies Infectieuses et Tropicales
- Chef de Département d'études et de Recherche (DER) de médecine et spécialités médicales de la FMOS
- Responsable de l'enseignement des pathologies infectieuse et tropicale à la FMOS
- Chercheur au centre de recherche et de formation sur la tuberculose et le VIH (SEREFO)
- Président de la Société Malienne de pathologies Infectieuses et Tropicales (SOMAPIT)
- Membre de la Société Africaine de Pathologies Infectieuses (SAPI)
- Membre de la Société de Pathologies Infectieuses de langue Française (SPILF)
- chef de service de Maladies Infectieuses du CHU du Point G

Cher maître,

Permettez-nous de vous adresser nos remerciements pour l'honneur que vous nous faites en acceptant de présider ce jury. Nous avons été séduits par la qualité de votre enseignement durant nos années d'études.

Votre disponibilité et votre rigueur scientifique ont largement contribué à améliorer la qualité de ce travail. Trouvez ici cher maître l'expression de notre profond respect.

A NOTRE MAITRE ET MEMBRE DU JURY

Docteur Lalla Fatoumata TRAORE

- **Médecin de santé publique ;**
- **Directrice adjointe de l'Hôpital de Gao.**

Cher maître,

Nous avons apprécié à sa juste valeur la disponibilité et l'attention particulière dont vous avez fait preuve pour que ce travail puisse être mené à bout.

Veillez accepter cher maître l'expression de notre profonde gratitude. Puisse ALLAH vous donne longue vie et vous rendre vos bienfaits.

A NOTRE MAITRE ET CO-DIRECTRICE DE THESE

Docteur Nielé Hawa DIARRA

- **Assistante chercheuse au département de santé publique à la FMOS.**

Cher maître,

C'est une réelle satisfaction pour nous de vous compter parmi les membres de ce jury. Nous avons été impressionnés par votre courtoisie et votre grande disponibilité dès les premiers contacts, soyez assuré que les mots nous manquent pour vous remercier davantage.

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

A NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR DE THESE

Professeur Samba DIOP

- **Maitre de conférences en anthropologie médicale ;**
- **Enseignant-chercheur spécialisé en Ecologie humaine, anthropologie et éthique publique ;**
- **Responsable de la section Sciences humaines et sociales de SEREFO : Initiative de recherche formative sur le VIH-TB/FMPOS-NIAID ;**
- **Enseignant-chercheur en Ethique et sciences au DEA d'anthropologie de l'Institut supérieure de formation à la recherche appliqué (ISFRA), Université de Bamako ;**
- **Enseignant-chercheur en Ethique, sciences et techniques au Centre universitaire d'études virtuelles (CUEVA) à l'Ecole nationale des ingénieurs (ENI), Université de Bamako ;**
- **Point Focal sous régional au Mali des cours de Masters 1 et 2 en éthique et bioéthique (Universités francophones Ouest Africaines/UNESCO/AUF) ;**
- **Membre du comité d'éthique de la FMOS-FAPH, USTTB ;**
- **Membre représentant du Ministre chargé de l'enseignement supérieur au Comité national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé (CNESS) ;**
- **Membre du réseau multidisciplinaire de recherche en éthique médicale et droit de la santé.**

Cher maitre,

Nous avons été très touchés par votre sens de l'accueil, votre modestie et votre simplicité qui font de vous une personnalité remarquable.

Malgré vos multiples occupations, vous avez d'emblée montré un intérêt certain pour notre sujet de travail.

Vous nous faites honneur en acceptant de diriger ce travail. Permettez nous,

Cher maître, de vous exprimer nos vifs remerciements et notre profond respect.

SOMMAIRE :

ABREVIATIONS :

AM = Aide ménagère

ASACO = Association de santé communautaire

CERPOD : Centre d'Etude et de Recherche sur la population et le Développement

CI = Contre indication

C S Réf : centre de santé de référence

DNSP = Direction nationale de la santé publique

DSF = Division de la santé familiale

GEU = Grossesse extra utérine

HTA= Hypertension artérielle

IB = Initiative de Bamako

IEC : Information Education Communication.

IM = Intra musculaire

IPPF =International planed Parent Hood Federation

ISFRA: Institut supérieur de formation et de recherche appliquée

IST = Infection sexuellement transmissible

ITG= Infection du tractus génital

MIP = Maladie inflammatoire pelvienne

MST = Maladie sexuellement transmissible

OMS = Organisation mondiale de la santé

ONG = Organisation non gouvernementale

PF = Planification familiale

SIDA= Syndrome d'immuno déficience acquise

SMI = Santé maternelle et infantile

SPZ = spermatozoïde

SR = Santé de la reproduction

SSP = soins de santé primaires

VHB= Hépatite virale B

VIH = virus de l'immunodéficience acquise

PS : Professionnelle du Sexe

UDI : Utilisateurs de Drogue Injectable

MSM : Men having Sexe with Man (Hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes)

TME : Transmission Mère Enfant

PVVIH : Personne Vivant avec le Virus du SIDA

OEV : Orphelin et Enfant Vulnérable

PNLS : Programme National de Lutte Contre le Sida

PEC : Prise En Charge

ISBS : Integrated STI Prévalence and Behavior Survey (enquête intégrée sur la prévalence et les comportements en matière d'IST)

EDS : Enquête Démographique et de Santé

APAF MUSO DANBE : Appui A La Promotion Des Aides Familiales-La Dignité des Femmes

I. INTRODUCTION

Très peu d'études ont été effectuées sur les comportements des aides ménagères en matière d'infections sexuellement transmissibles (IST) et du VIH/SIDA au Mali. Les IST se transmettent principalement par voie sexuelle, mais également lors de l'accouchement, les transfusions sanguines et les greffes d'organes. Il existe plusieurs agents infectieux dont le VIH et la syphilis qui se transmettent aussi de la mère à l'enfant pendant la grossesse. Selon le rapport de l'OMS en 2011, 448 millions des cas d'IST guérissables ont été notifiés dans le monde chez les adultes de 15 à 49 ans dont 11 millions de cas pour la syphilis, 88 millions pour la gonorrhée, 101 millions pour la chlamydiae et 248 millions pour le trichomonas [1].

En effet, qu'elles soient ulcéraives ou non les IST facilitent la contagiosité et la réceptivité à l'infection à VIH [2]. Elles peuvent avoir comme impact une diminution de la santé physique, de la santé psychologique, de la santé maternelle, infantile et du nouveau né, de la capacité de travailler (ralentissement du développement socioéconomique du pays). Elles peuvent avoir aussi un impact sur l'augmentation de la mortalité, de la morbidité, de l'infertilité et du nombre d'orphelins. Les IST persistent dans les pays pauvres très endettés à cause de :

- La grande fréquence des IST asymptomatiques ;
- Le refus de se faire soigner ;
- La difficulté à informer le ou les partenaires ;
- L'ignorance ;
- La faible accessibilité aux services et aux soins de santé ;
- Les croyances et mythes autour des IST ;
- Le traitement prescrit de qualité médiocre d'où la résistance élevée ;
- Le coût élevé du traitement habituel [3].

Depuis la Conférence internationale sur la population et le développement (CIPD Caire, 1994), la cause des adolescentes bénéficie d'un regain d'attention, cette attention découle d'une part de la nature spécifique de l'adolescence qui consacre généralement l'initiation à l'activité sexuelle et la vie reproductive et d'autre part de nombreux risques et conséquences associés à cette entrée. Aussi, une priorité essentielle est accordée à la résolution des problèmes de santé en matière de sexualité et de reproduction des adolescentes. La plus grande vulnérabilité des adolescentes face aux risques des infections sexuellement transmissibles et des conséquences socio-économiques qui en résultent montre l'urgence des

programmes de santé en leur faveur. Du temps des sociétés les plus reculées aux temps modernes, des hommes et des femmes ont toujours maintenu sous leur domination leurs semblables, l'emploi d'AM n'échappe pas à cette règle. Les AM ou filles migrantes ou encore les servantes représentent une couche particulière de la population en majorité des adolescentes d'âges compris entre 10 et 19 ans selon l'OMS et de jeunes adultes d'âges entre 20 et 24 ans[4] .Le phénomène d'emploi ménager est surtout répandu dans les villes notamment dans le district de Bamako où les AM constituent la part la plus importante des femmes en activité tous statuts confondus (soit 63,6% de l'ensemble des femmes en activités). Elles étaient au nombre de 4/34 des employés domestiques dans le District de Bamako (recensement général de la population et de l'habitat du Mali juin 1991. [4] Compte tenu du faible niveau socio-économique, ces filles quittent leur lieu d'origine à la recherche de revenu pour subvenir à certains besoins (trousseau de mariage, aide aux parents, etc.). Actuellement au Mali, beaucoup d'organismes orientent leurs activités vers les aides ménagères (MALI ENJEU, KANUYA, APAF-MUSO DANBE, BAARA-MUSO, etc....). [4]

La majorité des AM n'est pas scolarisée, cette situation peut entraîner une méconnaissance totale de leur corps contrairement aux jeunes qui ont été à l'école. Cette méconnaissance pose de plus en plus un problème de vulnérabilité sociale et sanitaire. Les AM confrontées à des problèmes de santé liés à leurs activités sous rémunérées se voient dans l'obligation de chercher un complément de ressources. Cela les amène à exercer parfois des métiers plus lucratifs ; mais souvent préjudiciables à leur santé et à leur dignité. Cette tendance vers le gain facile les expose à des pratiques à risques élevés telles que la prostitution, le proxénétisme, le vol, l'escroquerie, la toxicomanie, l'interruption volontaire de grossesse avec comme conséquence les IST/VIH, la stérilité, la mort subite, les algies pelviennes chroniques. Un surcroit d'effort s'impose aux décideurs pour faire face aux besoins des jeunes et particulièrement des AM. C'est dans le cadre de documenter les vécus psycho socio-sanitaires des AM que nous nous proposons d'entreprendre ce travail afin d'évaluer leurs connaissances, leurs attitudes et leurs pratiques en matière d'IST et du VIH/SIDA.

II- OBJECTIFS

2.1 OBJECTIF GENERAL

Évaluer les connaissances, les attitudes et les pratiques des aides ménagères en matière d'infections sexuellement transmissibles et VIH/SIDA en commune V du District de Bamako.

2.2 OBJECTIFS SPECIFIQUES

Déterminer les caractéristiques sociodémographiques des AM ;

Déterminer le niveau de connaissance des AM sur les différents signes et modes de transmission des IST et du VIH /SIDA ;

Déterminer l'attitude des aides ménagères face aux IST et VIH/SIDA ;

Déterminer les pratiques en matière de prévention d'IST et du VIH/SIDA ;

Identifier les facteurs qui influencent les connaissances et les pratiques des aides ménagères sur les IST et du VIH/SIDA.

III -GENERALITES

La lutte contre les infections sexuellement transmissibles(IST) représente l'un des grands défis du 21eme siècle qui connait une propagation jamais égalée. Si elles ne sont pas traitées, elles risquent de mener à des complications graves et même de causer la mort. Les IST augmentent considérablement le risque de transmission du virus de l'immunodéficience humain(VIH), le virus qui cause le SIDA. [1]

L'OMS a estimé à environ 350 millions le nombre de nouveaux cas d'infections sexuellement transmissibles, survenant chaque année à travers le monde. Ces chiffres sont en augmentation dans de nombreux pays en voie de développement. Ils coïncident avec l'extension mondiale de l'épidémie du sida, dont la diffusion apparaît étroitement liée aux infections sexuellement transmissibles. Cependant, les IST classiques ont fortement diminué dans les pays occidentaux notamment en raison de l'utilisation plus fréquente des préservatifs.

Au Mali, la lutte contre le SIDA et les IST a enregistré des progrès très important depuis les années 1985. Entre 1990 et 2013 le Programme national de lutte contre le SIDA (PNLS) a élaboré et mis en œuvre différents cadres stratégiques prenant en compte les grands domaines prioritaires. [1]

Le cadre stratégique 2013-2017 a retenu comme objectifs ciblés sur la prévention et la prise en charge des IST :

1. Au moins 60% des jeunes filles et garçons de 10 à 24 ans y compris les orphelins et enfants vulnérables (OEV), adopteront des comportements à moindre risque d'ici 2017 ;
2. Réduction de 50% des cas d'IST d'ici 2017 ;
3. Au moins 75% des populations clés adopteront un comportement à moindre risque d'ici 2017(PS, MSM, UDI) ;
4. Au moins 75% des populations passerelles liées aux populations clés adopteront des comportements à moindre risque d'ici 2017 (Porteurs d'uniforme, miniers, déplacés, routiers/coxeurs) ;
5. Le taux de TME du VIH sera réduit de 80% d'ici 2017 parmi les enfants nés de mères séropositives ;
6. 70% des PVVIH suivies seront intégrées au programme de santé/dignité prévention pour réduire la propagation du VIH d'ici 2017 ;
7. 100% des formations sanitaires mettront en œuvre des mesures de précautions standards pour la sécurité transfusionnelle et les accidents d'exposition au VIH. [1]

3.1 Les aides ménagères [5]

Les aides ménagères ou filles migrantes ou encore les servantes représentent une couche particulière de la population en majorité des adolescentes d'âge compris entre 10 et 19 ans selon l'OMS et de jeunes adultes d'âge entre 20 et 24 ans. L'adolescence est dans la littérature, la période qui succède à l'enfance et qui précède l'âge adulte. Elle se caractérise par des transformations corporelles et psychologiques. Les définitions basées sur la chronologie des différentes séquences de la vie connaissent des variabilités en fonction des acteurs et des domaines d'intérêt. Toutefois, quelles que soient les variabilités des définitions, nous constatons qu'elles tiennent compte des paramètres ci-après : l'âge, le développement physique et psychologique, la protection, l'éducation socioculturelle et la formation professionnelle. L'âge de l'adolescente est mis en relation avec : le développement physique; les valeurs culturelles ; la situation familiale ; le contexte économique ; les croyances religieuses ; le développement physique. Des disparités énormes existent par rapport à l'âge de l'adolescent. Cependant, nous retenons pour la présente étude que les AM sont en majorité des adolescentes et de jeunes adultes dont l'âge se situe entre 10 et 19 ans et entre 20 et 24 ans. Dans la plupart de nos sociétés, la préparation à la vie active commence à 9 ans. Cette période est située dans la préadolescence. La petite enfance prend fin vers l'âge de 8 ans et les changements dans le développement physique et psychologique commencent à 9 ans.

De façon générale, l'adolescence est reconnue comme étant la période pendant laquelle le jeune subit d'énormes transformations tant sur le plan physique (transformations corporelles) que psychologique (développement des mécanismes mentaux adultes et d'une identité d'adulte. C'est une véritable mutation pour l'adolescent qui devient progressivement une adulte. Cette progression se manifeste par l'apparition des caractéristiques sexuelles secondaires (puberté), la maturité sexuelle et génétique. La période adolescente constitue la période où la personnalité se cherche et s'affirme sur le plan intellectuel, physique, sexuel, social. Les adolescentes constituent une majorité silencieuse, immature, fragile et vulnérable. Elles sont exposées et facilement influençables. En fonction de ses réalités, l'adolescent cultive des attitudes d'inquiétude, d'insécurité, de révolte, d'insubordination, d'inconduite, de curiosité, de soif de l'inconnu et de désir d'indépendance. L'adolescent est pressé de devenir adulte. Il imite les adultes et traverse une véritable période de crise dont la gestion devient délicate.

3.2 Notion d'attitude et de comportement [6]

3.2.1 Définition : L'attitude peut être considérée comme la manière particulière qu'à une personne d'agir, de penser et de sentir. Elle détermine et oriente le comportement de l'individu, des groupes d'individu et, elle dépend de plusieurs facteurs, mais des conditions socio-économiques en dernière instance.

Les attitudes constituent un objet d'étude centrale en psychologie sociale. Tantôt, ce concept est utilisé pour exprimer la singularité d'une réaction (Attitude d'un individu au cours de la discussion). Ainsi J. STECTZL dans sa définition, réduit l'attitude uniquement à une relation entre une personne et des objets ou des valeurs morales ; quant à J. MAISONNEUVE, il insiste sur l'aspect affectif de l'attitude et sa tendance à l'action. L'attitude apparaît ainsi comme une prédisposition à agir plutôt que des actions comme telles, elle oriente le comportement de l'individu dans une direction (par exemple être pour la planification familiale justifie le fait d'adopter les méthodes).

3.2.2 Eléments caractéristiques

On distingue un certain nombre d'éléments caractérisant les attitudes :

- L'aspect cognitif : C'est-à-dire l'attitude vis-à-vis de quelque chose, ou d'un phénomène est fonction des connaissances et des informations qu'on a sur l'objet en question. C'est pourquoi, l'attitude exprime en général des opinions individuelles ou collectives stéréotypées même figées (conception fixe). Par exemple, un jeune peut refuser d'utiliser un préservatif parce qu'un autre a une idée négative sur le préservatif.
- L'attitude se distingue aussi par son aspect affectif ou émotionnel qui explique la direction de l'attitude (pour ou contre). Ainsi, on peut affirmer que l'attitude est aussi fonction des sentiments qu'un sujet manifeste face à une situation ou à une personne affirmant avoir une haine contre quelque chose, il ne serait pas étonnant de voir ses proches refuser cette chose.
- Il va sans dire que l'attitude étant une prédisposition à agir, elle se caractérise par une tendance à l'action donc joue un rôle dans la conduite, le comportement en générale.

Les différents aspects de l'attitude : le cognitif, l'affectif et la tendance sont intimement liés et sont en interaction les uns avec les autres. Ainsi celui qui a beaucoup d'informations sur une chose, doit en principe adopter une attitude positive face à cette chose. On peut donc constater à partir de ces exemples que l'attitude est fonction des besoins et des situations. L'attitude est acquise, cette acquisition se fait sous diverses formes. On a ainsi une intériorisation au niveau

du clan, de la famille, ou de la communauté. La constitution des attitudes se fait aussi par l'expérience du sujet. Etant acquise, l'attitude est susceptible au changement et ce changement constitue un moyen approprié pour changer le comportement, car l'attitude détermine le comportement dans une large mesure. Il apparaît alors, à la lumière des caractéristiques de l'attitude que le changement d'attitude est une entreprise difficile.

Parmi les conditions préalables au changement d'attitude, nous avons la connaissance du groupe cible, dont il faut analyser et comprendre les besoins, les contraintes, les croyances ou représentations mentales des gens dont on espère changer l'attitude. Cependant, en dépit des liens entre attitude et comportement, il y a souvent divorce entre ces deux. Le manque de cohésion pourrait s'expliquer par le fait d'avoir une attitude négative, par exemple sur le préservatif et l'utiliser souvent peut exister. Le contraste peut être de plusieurs situations.

En se résumant, on peut affirmer qu'à travers ces caractéristiques, l'attitude est la manière particulière qu'une personne a (ou un groupe de personnes) d'agir, de penser, de sentir.

Il est certes vrai qu'il n'y a pas toujours une relation de détermination entre attitude et comportement. Cependant en général, les attitudes sous entendent des comportements. C'est pourquoi on ne tarde pas d'affirmer que la connaissance des attitudes permet une certaine prévision des types de conduite, de comportement d'une personne ou d'un groupe de personne donné. Les changements d'attitude et de comportement sont étroitement liés, parce qu'une nouvelle attitude implique un certain changement de comportement.

3.3 Les Infections sexuellement transmissibles (IST)

3.3.1 Présentation

Les infections sexuellement transmissibles (IST) sont des maladies infectieuses et contagieuses. Anciennement dénommées maladies vénériennes (de Venus, déesse Romaine de l'amour), elles sont dues à des micro-organismes multiples et variés, liées entre elles par un même mode de transmission : les rapports sexuels, mais dont quelques-unes se transmettent aussi par des voies non sexuelles, les IST se déclarent généralement dans les parties « basses » de l'appareil génital féminin (vulve, vagin, col de l'utérus) ou masculines (urètre), mais elles peuvent gagner l'utérus, les trompes de Fallope, les ovaires ou les testicules et la prostate. Certaines peuvent toutes fois provoquer des atteintes de tout l'organisme : il s'agit notamment de la syphilis, de l'hépatite et du sida. La plupart des IST (hors blennorragie, sida et hépatite) se manifeste au début par une simple irritation, des démangeaisons et des douleurs faibles. La discrétion de ses symptômes n'exclut nullement la gravité de ces maladies.

L'infection à gonocoques et la salpingite à chlamydia (*Chlamydia trachomatis*) représentent ainsi les principales causes de stérilité chez la femme et les condylomes, causés par des *papillomavirus*, peuvent évoluer en cancer du col de l'utérus.

3.3.2. Historique :

Elles sont connues depuis l'antiquité et on retrouve des descriptions de la blennorragie dans des écrits chinois, indiens et même dans l'ancien testament. Vers la fin du quinzième siècle, la syphilis est apparue comme une maladie nouvelle introduite en Europe par les marins de Christophe Colomb après leur retour d'Amérique. Elle a semé la terreur pendant des siècles. A partir du 19ème siècle, les progrès de la microbiologie ont permis de décrire les autres affections de ce groupe. La découverte des médicaments efficaces (sulfamides et antibiotiques) avait fait espérer une régression des IST ; mais bien au contraire, depuis les années 60 et avec « la libération sexuelle », on a plutôt assisté à leur recrudescence et leur extension. [10]

3.3.3 Epidémiologie :

Les infections sexuellement transmissibles demeurent un problème de santé publique majeur dans les pays développés, mais surtout dans les pays en développement, où l'accès aux centres de diagnostic et de traitement est difficile ou très limité. Dans de nombreux pays en développement à travers le monde, les IST font partie des dix premiers problèmes de santé pour lesquels les patients adultes réclament des soins. [11]

Ces maladies doivent être prises au sérieux pour trois raisons : leur ampleur, leur potentielle complication grave et leur lien avec le VIH/sida. Selon un rapport de l'OMS, en 2013, environ 500 millions de nouveaux cas des cinq IST curables les plus courantes ont été diagnostiqués dans le monde chez des hommes et des femmes de 15 à 49 ans. À l'échelle internationale, 930 000 personnes par jour, en moyenne, contractent une IST curable. Parmi ces IST, on trouve la gonorrhée, l'infection à chlamydia, la syphilis et le trichomonas. Sur ces 500 millions de cas d'IST, 151 millions se trouvent en Asie du Sud et en Asie du Sud-est, 69 millions en Afrique sub-saharienne et 38 millions en Amérique latine et dans les pays caraïbes. [12]

Selon l'EDS IV Mali, la prévalence déclarée d'IST et/ou des symptômes associés à la présence d'IST est estimée à 6 % parmi les femmes. Cependant, le pourcentage de femmes avec une IST, perte vaginale ou plaie ou ulcère est de 19 %. C'est à Bamako que l'on note la proportion la plus élevée d'IST déclarée, (10 %). Elle est plus importante en milieu urbain (8 %) qu'en milieu rural (5 %).

3.3.4. Caractères communs des IST [6]

Les IST ont des caractères communs qui sont entre autres :

L'incubation : elle est souvent longue avec une possibilité de contamination alors qu'il n'y a pas de symptômes. Elles ne touchent que l'homme ou la femme : il n'y a pas de réservoir

animal .Le réservoir est surtout constitué de femmes asymptomatiques et de groupes à haut risque : homosexuels, prostituées ;

Leur transmission est exclusivement sexuelle sauf pour le VIH, le virus de l'hépatite B, les gonocoques et les chlamydias chez l'enfant. Elles touchent des adolescents et les adultes (surtout célibataires) des milieux pauvres habitant les pays en voie de développement et elle dépend du comportement. Les IST sont souvent associées et cette association est systématiquement recherchée.

3.3.5. Les facteurs responsables de la recrudescence des IST : [6]

Les facteurs responsables ont été définis par l'OMS et sont d'ordre démographique, médical, socio-économique et culturel. Ils méritent une attention particulière. En effet, divers changements d'attitudes culturelles en rendant toutes sortes d'activités possibles ont contribué à accroître l'exposition aux stimuli sexuels pendant que la tolérance accrue à l'égard des comportements a entraîné une liberté des mœurs (perte des valeurs familiales, morales, religieuses). Ainsi, le libertinage sexuel étendu à la pluralité des partenaires est devenu une norme dans certains groupes. Encore plus important est l'insuffisance d'éducation sexuelle ainsi que le stigmate attaché aux IST c'est-à-dire la honte et le caractère tabou. [13]

3.3.6 Les différentes IST

3.3.6.1 La gonococcie [11]

a) Epidémiologie :

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

La gonococcie est plus fréquente chez l'adulte jeune, les homosexuels, et les prostituées. En cas de rapport avec un partenaire infecté, un homme est contaminé dans 1 cas sur 3, une femme dans 1 cas sur 2. Plus de la moitié des femmes restent asymptomatiques (rôle dans la propagation). L'homme développe des symptômes dans la moitié des cas.

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

a) Bactériologie :

L'agent causal est *neisseria gonorrhoea* qui se présente sous forme de diplocoque à gram négatif en « grain de café » intra ou extra cellulaire. Le gonocoque est très souvent associé à

d'autres germes tels que les *chlamydias*, le *mycoplasme*, les *trichomonas* ou le *candida albicans*. Ce qui confère aux examens de laboratoire toute leur importance.

3.3.6.2. La syphilis vénérienne [14].

a) Epidémiologie :

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

a) Bactériologie :

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

3.3.6.3 Chancre mou [11].

a) Epidémiologie :

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

b) Bactériologie :

L' haemophilus ducreyi est une bactérie strictement adaptée à l'homme 0,5(µm) x 1,5 à 2 (µm).C'est un coccobacille à gram négatif, immobile aéro-anaérobie facultatif, exigeant un facteur de croissance ; le facteur X ou hémine présent dans le sang.

3.3.6.4 IST à chlamydiae [12].

a) Epidémiologie :

Chlamydia trachomatis est un germe à transmission strictement interhumaine répandu (10 à 20% de la population mondiale). Dans les pays industrialisés, *C. Trachomatis* (sérotypes D à K) est l'agent le plus fréquemment identifié dans les infections sexuellement transmissibles non gonococciques (30 à 50% des urétrites non gonococciques chez l'homme et 30 à 50 % des salpingites de la femme). Il existe un portage génital latent chez 30 à 80% des partenaires d'hommes infectés. La prévalence des infections urogénitales à *C. Trachomatis* est estimée globalement à 2,9% de la population adulte dans les pays industrialisés. Deux à 5% de femmes enceintes seraient porteuses de *C.Trachomatis*.

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

a) Bactériologie :

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

3.3.6.5 Affection à trichomonas vaginalis [12].

a) Epidémiologie :

La trichomonose serait la première cause d'infection sexuellement transmissible dans le monde (estimation OMS 1999 : 173 millions de nouveaux cas/an). *T. vaginalis* est retrouvé dans 10% des cas de vaginite et $\frac{1}{4}$ des urétrites masculines. Les hommes sont plus fréquemment des porteurs asymptomatiques. Le taux de transmission non sexuelle est théoriquement possible par le linge souillé humide, également lors de l'accouchement.

b) Agent causal :

C'est un protozoaire flagellé, décrit pour la première fois par Alfred Donné en 1836. Le *T. vaginalis* est le seul trichomonas pathogène pour l'homme. Il a une longueur comprise entre 7 et 23 μm et une largeur comprise entre 5 et 12 μm ; le corps cellulaire est piriforme.

3.3.6.6. Infections à Human Papillomavirus (HPV) [15]

a) Epidémiologie :

L'exposition aux HPV se produit le plus souvent chez la femme jeune, peu après le début de son activité sexuelle. Le taux d'infection à HPV chez la femme jeune se situe entre 19 et 49%. La prévalence de l'infection à HPV est fonction de l'âge : le pic de prévalence se situe entre 20 et 25 ans. Il est par ailleurs démontré que la présence de HPV chez les jeunes femmes est fortement corrélée au nombre de partenaires sexuels. Dans le monde, deux tiers des

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

b) Virologie :

Les *HPV* sont des virus de petite taille (45 à 55nm de diamètre), non enveloppés ; leur génome est constitué d'une molécule circulaire d'ADN double brin. A côté de ces principales IST, on peut retenir d'autres beaucoup moins fréquentes qui sont :

- les affections à *gardenella vaginalis* ;
- les affections à mycoplasme ;
- la Donovanose due à *calymatobactérium granulomatis* ;
- l'herpès génital dû à *l'herpès simplex* ;
- les affections à morpion dues *au phthirus pubis* ;
- l'hépatite virale B.

3.4 Les facteurs qui augmentent le risque de transmission des IST [1]

La propagation de l'infection d'une personne à l'autre dépend de nombreux facteurs, à la fois biologiques, comportementaux et sociaux.

3.4.1 Facteurs biologiques

Certains facteurs influencent la transmission des IST : l'âge ; le sexe et le statut immunitaire de la personne hôte.

L'âge

La muqueuse vaginale et le tissu cervical des jeunes femmes sont immatures ce qui les rendent plus vulnérables aux IST que les femmes plus âgées .Les jeunes femmes dans la société ou le mariage est précoce et ou l'activité sexuelle commence au début de l'adolescence, sont particulièrement plus exposées aux risques.

Le sexe

Les microbes pénètrent dans l'organisme très facilement par les muqueuses superficielles telles que la muqueuse vaginale, les femmes sont plus facilement infectées que les hommes à cause de la surface des muqueuses qui entrent en contact avec l'agent infectieux.

Le non circoncision chez les hommes favorise le risque de transmission.

Statut immunitaire

Plus le système de défense de l'organisme est affaibli, plus le VIH se transmet facilement. La virulence de l'agent infectieux influe la transmission des IST : le VIH 1 est plus virulent que le VIH 2 et donc se transmet plus facilement.

3.4.2 Facteurs comportementaux et sociaux

De nombreux facteurs comportementaux et sociaux peuvent augmenter le risque d'infection. Ces comportements sont définis comme « comportement à risque » et comprennent :

3.4.2.1 Facteurs comportementaux

Etant donné que le principal mode de transmission des IST est celui de la voie sexuelle, le fait de ne pas se servir d'un préservatif, dans l'une ou l'autre de ces situations expose les deux partenaires à un risque d'infection très élevé :

- Un changement récent de partenaires ;
- Avoir plus d'un(e) partenaire sexuel (le) ;
- Avoir un partenaire ou une partenaire qui a d'autres partenaires ;
- Avoir des rapports avec des partenaires occasionnels ou des rapports avec des prostituées sans protection ;
- Continuer d'avoir des relations sexuelles alors qu'on présente les symptômes d'une IST ;
- Avoir une IST grave l'année précédente (les personnes ayant eu une IST l'année précédente courent un risque d'être de nouveau infectées si elles n'ont pas changé de comportements sexuels)
- Dans le cas où on souffre d'une IST, ne pas informer ses partenaires qu'ils doivent se faire soigner.

3.4.2.2 Facteurs sociaux

Certains facteurs sociaux établissent un lien entre les problèmes sexo-spécifiques comportementaux et peuvent augmenter les risques de contracter une IST :

- Faible pouvoir de décision des femmes : dans la plupart des cultures, les femmes n'ont que peu de pouvoir de décider des pratiques sexuelles, comme l'utilisation des préservatifs ;
- Dépendance économique des femmes ;
- Violences sexuelles faites aux femmes ;
- Mariage précoce ;
- Attitude permissive : dans certaines sociétés on adopte souvent une attitude permissive envers les hommes ce qui les encourage à avoir plusieurs partenaires sexuelles ;
- Lévirat et sororat : ces pratiques sont encouragées et acceptées dans nos sociétés ;
- Nomadisme matrimonial : les mariages temporaires encouragés par certaines sociétés ;
- Pratiques néfastes : excision, scarification, tatouage, rasage, et manucure collectif [19]

3.4.2.3 Traitement

A l'exception des IST virales, le traitement repose sur les antibiotiques et les antifongiques .En revanche, il n'existe aucun traitement contre les maladies dues à des virus seul l'acyclovir (un antiviral) est d'une certaine efficacité contre les crises d'herpès, sans toute fois faire disparaître complètement le virus ni exclure les rechutes Pour qu'un traitement soit efficace, il est indispensable qu'il soit administré en même temps à tous les partenaires sexuels (afin d'éviter les ré-contaminations) et que ceux-ci utilisent le préservatif au moment du traitement.

3.5 Lutte contre les IST [14]

3.5.1. Prévention primaire

3.5.1.1. Individuelle

Une intervention sur les comportements est possible par : l'intermédiaire du système de santé, l'école, les associations et les médias ; l'utilisation correcte des préservatifs ; la réduction du nombre de partenaires sexuels ; la modification et le traitement des partenaires sexuels à partir du malade ; l'éducation sexuelle dans les écoles ; le traitement des IST devant un cas.

3.5.1.2. Institutionnelle

Elle vise à modifier les conditions sociales favorisant les IST par : le contrôle sanitaire ; déclaration obligatoire, recherche des partenaires potentiellement contaminés ; création de travail pour les femmes seules, sensibilisation des prostituées ; soutien financier pour abaisser le prix des préservatifs et des médicaments essentiels pour le traitement des affections génitales ; dépistage systématique : sérologie de la syphilis et du VIH lors des mariages chez les femmes enceintes et les femmes à risque.

3.5.2 Prévention secondaire

Elle vise le traitement précoce des IST qui aura pour but : de faire disparaître les symptômes ; d'éviter des complications et des séquelles ; de diminuer le risque de transmission du VIH.

3-6 Infection par le VIH/SIDA

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

3.6.1 Historique [20]

- 1958 : Premier sérum positif pour VIH reconnu à posteriori,
- 1977 : Premiers cas vraisemblables, reconnus à posteriori aux Etats-Unis,
- 1981 : Cas de pneumocystose et de kaposi chez des homosexuels américains,
- 1982 : Première définition du SIDA,
- 1983 : Identification du virus VIH1,
- 1985 : Sérologie VIH,

1986 : Identification du virus VIH2,

1993 : Classification CDC,

1995 : Développement des bithérapies et de la charge virale,

1996 : Développement des trithérapies.

3.6.2 Epidémiologie [16].

L'infection est pandémique sur tout le globe. Elle est due quasi exclusivement à VIH1, VIH2 représentant moins de 1% des infections (limitées à l'Afrique de l'ouest).

Selon EDS V Mali réalisée en 2012 le taux de prévalence du VIH dans le district de Bamako est 1,7%. Une petite régression du taux qui était de 1,9% en 2006 et 2,5% en 2001.

Au Mali, la prévalence de l'infection par le VIH au sein de la population générale est estimée à 1,3 % par l'EDSM-IV. Le taux de séroprévalence chez les femmes de 15-49 ans, estimé à 1,5 %, est un peu plus élevé que celui observé chez les hommes du même groupe d'âges (1,0 %). Il en résulte un ratio d'infection entre les femmes et les hommes de 1,50 : autrement dit, il y a 150 femmes infectées pour 100 hommes.

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

3.6.3 Virologie [17].

Le VIH est un rétrovirus qui utilise son ARN et l'ADN de l'hôte pour produire un ADN viral. Sa période d'incubation est longue. Il est composé d'un centre cylindrique entouré d'une enveloppe lipidique sphérique. Le centre est composé de deux brins simples d'ARN. Il provoque de graves dommages au système immunitaire, et le détruit en utilisant l'ADN des lymphocytes CD4 pour se répliquer, détruisant ainsi les lymphocytes CD4.

3.6.4 Modes de Transmission du VIH :

Il existe trois modes de transmission : sexuel, sanguin, et mère enfant.

3.6.4.1 Transmission par voie sexuelle

C'est le mode de transmission le plus fréquent. Le virus est contenu dans le sperme et les sécrétions vaginales/cervicales. Tout rapport sexuel non protégé peut causer la transmission du VIH. Les facteurs favorisants : les IST sont des causes d'ulcérations, d'inflammations.

La transmission hétérosexuelle est la plus fréquente en Afrique par rapport à la transmission homosexuelle plus marquée au début de l'épidémie en Europe et aux Etats-Unis.

3.6.4.2 Transmission par voie sanguine

Les principaux modes de transmission par voie sanguine sont :

- Transfusion de sang et dérivés sanguins contaminé ;
- Transplantation d'organes contaminés ;
- Utilisations d'objets tranchants ou piquants souillés partagés : seringues, matériel médical non stérilisé, rasoirs, couteaux, ciseaux, lames...

3.6.4.3 Transmission de la mère à l'enfant

Le risque de transmission fœto-maternelle du VIH se situe entre 15 et 40% en fonction des continents et cette transmission peut être pendant la grossesse à travers le placenta ; au cours de l'accouchement lors du passage dans les voies génitales basses.

3.7 Moyens de prévention

A l'instar des moyens de transmission, il existe aussi trois moyens de prévention du VIH :

3.7.1 Prévention de la transmission sexuelle :

- Abstinence sexuelle totale,
- Fidélité réciproque après dépistage,
- Rapport sexuel avec utilisation du préservatif.

3.7.2 Prévention de la transmission par voie sanguine :

- Décontamination et stérilisation des objets coupants, tranchants et piquants,
- Utilisation personnelle des objets coupants, tranchants et piquants,
- Test du sang et ses dérivés avant transfusion,
- Usage d'équipement de protection pour prévenir les accidents d'exposition aux liquides biologiques (produits sanguins et sécrétions vaginales).

3.7.3 Prévention de la transmission Mère enfant :

- Conseil/dépistage lors des consultations,
- Traitement et suivi des IST et du VIH chez la femme enceinte,
- Mesures de précautions universelles pendant l'accouchement,
- Traitement et suivi du nouveau né.

3.8 Lien entre IST et SIDA [21]

La présence d'autres IST facilite la transmission du VIH. Toutes les IST provoquant les ulcérations génitales (chancre mou, syphilis, herpès,...) peuvent augmenter de deux à neuf fois les risques de transmission du VIH. Elles peuvent accroître la transmission du VIH pour multiples raisons :

- Lorsqu'elles sont ulcéraives, elles ouvrent une porte d'entrée directe au VIH dans le système sanguin de la personne infectée.

Dans tous les cas, elles augmentent le nombre de globules blancs qui constituent à la fois une cible du VIH dans l'organisme.

- Lorsqu'elles sont inflammatoires elles peuvent causer des coupures microscopiques 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 des maladies causant des ulcérations génitales et il se peut, par conséquent, qu'elles contribuent dans une large mesure à la transmission du VIH.

Alors que l'infection du VIH ne peut être guérie, il est possible de traiter adéquatement les IST, rapidement et à moindre coût. Compte tenu des liens entre ces infections, il devient alors important d'intervenir sur les IST. L'expérience de Mwanza en Tanzanie a d'ailleurs démontré très clairement qu'une amélioration des capacités de prise en charge des IST au niveau des structures de soins de santé primaires ont permis de diminuer l'incidence de cas d'infection à VIH de plus de 40% (Buvé et al 1998).

Une lutte efficace contre les IST peut contribuer à prévenir l'épidémie du VIH dans les pays à faible prévalence comme le Mali, et peut contribuer à réduire l'étendue et l'impact de l'épidémie dans les zones où l'infection à VIH est déjà très répandue.

Le lien supplémentaire et évident entre les IST et le VIH est comportemental : des relations sexuelles non protégées exposent les individus à la fois aux VIH et aux autres IST. De même l'utilisation régulière de préservatif peut prévenir les deux types d'infections.

3.9 Education de la sexualité à l'école [22]

Il s'agit à présent ou à l'avenir, de réduire le risque de transmission du VIH. Fait important, l'éducation dispensée doit s'inscrire dans une stratégie nationale intégrée de lutte contre le SIDA ; par des méthodes éducatives innovatrices, respectueuses des traditions culturelles.

Si les buts varient d'un système à un autre l'objectif primordial d'un programme d'éducation sur les IST/ SIDA pour la population est évidemment d'encourager des comportements propres pour empêcher la transmission des IST.

Il est important que le programme d'éducation sur les IST/SIDA prenne pour cible les jeunes et ceux qui peuvent avoir des comportements à risque.

IV. METHODOLOGIE :

1-CADRE D'ETUDE :

Notre enquête a été menée dans le district de Bamako particulièrement en commune V.

La Commune V couvre une superficie de 41,59 km² pour une population de 414 509 habitants représentant 64 078 ménages selon le dernier recensement en 2009. Le taux d'accroissement de la commune est de 5,1% (DNSI, 1998) soit une densité de 7795 habitants au Km². Située sur la rive droite du Niger, elle est limitée, au Nord par le fleuve Niger, au Sud Ouest par la commune rurale de Kalaban Coro (cercle de Kati), à l'Est par la commune VI. Les groupes socioculturels dominants sont les Bambara, les Sarakolé et les Peulh. Pendant la saison sèche nous constatons une forte migration de la population rurale vers Bamako notamment dans la commune V à la recherche d'emploi, de traitement médical ou de soutien.

La population de la Commune V du district de Bamako est répartie entre les 9 centres de santé communautaire fonctionnels :

Le centre de santé communautaire de Bacodjicoroni couvre une population de 48 480 habitants soit 15% de la population de la commune ;

Le centre de santé communautaire du Quartier Mali/Torokorobougou couvre 38 467 habitants soit 12% ;

Les trois centres de santé communautaire de Daoudabougou qui couvrent 71 102 habitants représentent 22% ;

Les centres de santé communautaire de Kalaban coura et de Garantiguibougou couvrent 61 460 habitants soient 19 % de la population de la Commune V ;

Les trois centres de santé communautaire de Sabalibougou couvrent 76 719 habitants soient 23% de la population.

Les 9% de la population sont non couverts soit 27 952 habitants. Les aires de santé de l'ASACOBADA SEMA I, ASACOKALKO, ASACOBADJI ACI et ASACOKALA ACI ne disposent pas de CSCOM et leur population n'est pas définie.

La commune V a été choisie en fonction de son fort taux de migration et de sa localisation en bordure du cercle de Kati (zone péri urbaine) et qui accueille beaucoup d'AM domiciliées dans cette zone.

Nous avons choisis :

- Les marchés, les rues et les grands lieux de regroupement des aides ménagères dans les différents quartiers de la commune v,

- Les fontaines d'eau existant dans les quartiers,
- Les endroits où existent des moulins à grain,
- L'ONG APAF MUSO DANBE de Torokorobougou (qui oriente ses activités vers les AM).

L'intérêt d'un tel choix était de mettre en évidence les connaissances, attitudes et pratiques des aides ménagères de la commune V du District de Bamako en matière d'IST et du VIH/SIDA afin de trouver des voies et moyens nécessaires à l'adoption de solutions à ces problèmes.

2-TYPE D'ETUDE :

Il s'agissait d'une étude transversale descriptive à passage unique portant sur les aides ménagères de 15-24 ans de la commune V du District de Bamako.

3-PERIODE D'ETUDE :

La collecte des données s'est déroulée du 21 Juin au 23 Juillet 2014 dans les différents quartiers de la commune V du District de Bamako. La période d'étude s'est étendue de Mai à Décembre 2014, soit 8 mois.

4-POPULATION D'ETUDE :

Elle était constituée par les aides ménagères âgées de 15-24 ans résidant dans la commune V du district de Bamako.

5-CRITERES D'INCLUSION ET D'EXCLUSION :

5-1-CRITERES D'INCLUSION :

- Etre aide ménagère et résidée dans la commune V du district de Bamako ;
- Etre âgée de 15-24 ans ;
- Accepter volontiers de répondre aux questionnaires.

5-2-CRITERES D'EXCLUSION :

N'ont pas été incluses :

- Toutes les aides ménagères âgées de moins de 15 ans et de plus de 24 ans ;
- Toutes les aides ménagères ne résidant dans la commune V du district de Bamako ;
- Refus de participer à l'enquête.

6-ECHANTILLONNAGE :

Nous avons obtenu la taille minimum de notre échantillon en utilisant la formule de Schwarz :

$$n = \frac{z^2 pq}{i^2}$$

p = la prévalence des connaissances sur les IST estimée à 80% selon une étude réalisée en 2008 dans la commune IV du district par Diallo Fatoumata [23].

- $q=1-p$, soit 20%
- Z , valeur dépendante du risque d'erreur α choisi ($z = 1,96$ pour $\alpha=5\%$)
- i , la précision voulue =0,05. Le test Khi deux, le test exact de Fisher et l'odd ratio ont été utilisés pour la comparaison avec un seuil de signification fixé à 5% ;

n = taille minimale de l'échantillon est de 246 en estimant la proportion de non réponse à 10% ; la taille de l'échantillon fut 270 individus repartis en fonction du nombre de ménage et la répartition en aires de santé selon les zones. Selon le taux de couverture des différentes aires de santé : Sabalibougou occupait (23% soit 62 AM), Daoudabougou (22% soit 60 AM), Kalaban Coura (19% soit 51 AM), Bacodjicoroni (15% soit 41 AM), Quartier Mali et Torokorobougou (12% soit 32 AM), Sema et Badalabougou (9% soit 24 AM).

7-VARIABLES :

- Les caractéristiques sociodémographiques des enquêtées ;
- Les connaissances sur les IST/ SIDA ;
- Les sources d'informations sur IST/ SIDA,
- L'activité sexuelle de l'enquêtée,
- L'opinion sur la négociation de rapports sexuels protégés avec le conjoint,
- Les comportements sexuels à risque,
- L'opinion sur le dépistage du VIH/ SIDA, le test du VIH récent parmi les AM.

8-TECHNIQUE ET OUTILS DE COLLECTE :

Le support des données a été un questionnaire adressé à l'AM au moment de l'enquête. Le questionnaire comportait quatre parties : L'identification de l'AM ; la connaissance en matière d'IST ; la connaissance en matière de VIH/SIDA ; la recherche du comportement à risque. La technique de la collecte des données a été une interview directe entre l'AM et l'enquêteur.

9. DEROULEMENT DE L'ENQUETE :

L'enquête s'est déroulée auprès des aides ménagères âgées de 15 à 24ans des sites retenus pour notre étude et a porté sur l'interview des aides ménagères ayant accepté de participer à notre étude en donnant leur consentement verbal pour répondre au questionnaire.

10-TRAITEMENT ET ANALYSE :

La saisie et l'analyse des données ont été effectuées sur Microsoft Office Word 2007 et le logiciel SPSS 20.0.

11- ASPECTS ETHIQUES :

Avant le début de l'enquête d'amples informations ont été fournies aux aides ménagères sur les objectifs et la confidentialité de l'entretien. Nous avons demandés également le consentement éclairé verbal de chaque aide ménagère ainsi que l'autorisation de L'ONG APAF MUSO DANBE, les différents propriétaires de moulins à grain et des fontaines d'eau des sites enquêtées. Au cours de l'interview, les différentes zones d'ombres identifiées ont été éclairées à la fin du questionnaire. Les questionnaires ont été individuels et l'enquête a garanti le secret.

➤ **Valeurs sociales :**

Cette thèse en tant que telle peut avoir un impact sur les AM, car ça leurs à permis de savoir :

- Quelles sont les infections sexuellement transmissibles ?
- Que ces maladies peuvent être responsables de stérilité, qui est un véritable problème social, de ce fait leur permettra de se faire consulter par un médecin en cas de signe d'IST.
- Quelles sont les moyens et méthodes de prévention.

➤ **Valeurs scientifiques :**

Cette étude permettra aux étudiants de :

- S'informer d'avantage sur les infections sexuellement transmissibles.
- De mieux connaître les complications dues aux IST, afin de chercher des moyens pour prévenir ou réduire le risque de survenue.

12. DIAGRAMME DES ACTIVITES

Période → ↓ Activités	2014								2015
	Mai	Juin	Juillet	Aout	Septembre	Octobre	Novembre	Décembre	Janvier 2015
Recherche bibliographique du protocole	—	—							
Collecte des Données		—	—						
Analyse des données				—					
Rédaction de la Thèse				—	—				
Correction					—	—	—	—	
Soutenance									—

V RESULTATS

Nous avons réalisé une étude transversale descriptive à passage unique dont l'enquête s'est déroulée du 21 Juin au 23 Juillet 2014. Elle a porté sur 270 AM et a permis de mieux appréhender les caractéristiques socio démographiques, les connaissances, attitudes et pratiques des aides ménagères en matière d'infections sexuellement transmissibles et du VIH/SIDA en commune V du District de Bamako.

5.1 Caractéristiques socio démographiques

Tableau 1: Répartition des aides ménagères selon les classes d'âge

Classe d'âge	Effectif	Pourcentage
15-17 ans	153	56.7
18-24 ans	117	43.3
Total	270	100

La classe d'âge 15-17 ans a représenté 56,7% de notre population d'étude.

Tableau 2 : Répartition des aides ménagères selon la résidence

Résidence	Effectif	Pourcentage
	12	4,4
Badalabougou	12	4,4
Sema	16	5,9
Quartier mali	16	5,9
Torokorobougou	41	15,2
Bacodjicoroni	62	23,0
Sabalibougou	59	21,9
Daoudabougou	52	19,3
Kalaban Coura		
Total	270	100

La majorité de nos sujets réside à Sabalibougou 62 personnes soit 23%.

Tableau 3 : Répartition des aides ménagères en fonction du niveau d'instruction.

Niveau d'instruction	Effectif	Pourcentage
Non scolarisée	150	55.6
Scolarisée	47	17.4
Ecole coranique	51	18.9
Alphabétisée langue locale	22	8.1
Total	270	100

Plus de la moitié de nos sujets était non scolarisée avec 55,6%.

Tableau 4 : Répartition des AM selon l'ethnie

Ethnie	Effectif	Pourcentage
Bambara	112	41,5
Dogon	42	15,6
Bobo	23	8,5
Bozo	13	4,8
Sarakolé	20	7,4
Malinké	12	4,4
Peuhl	28	10,4
Senoufo	6	2,2
Minianka	8	3,0
Kassonké	2	0,7
Somono	2	0,7
Autres	2	0,7
Total	270	100

L'Ethnie Bambara était majoritaire dans l'échantillon, soit 41,5%.

Tableau 5: Répartition des aides ménagères selon la religion.

Religion	Effectif	Pourcentage
Musulmane	251	93,0
Chrétienne	19	7,0
Total	270	100

La grande majorité de nos sujets était musulmane avec 93,0%.

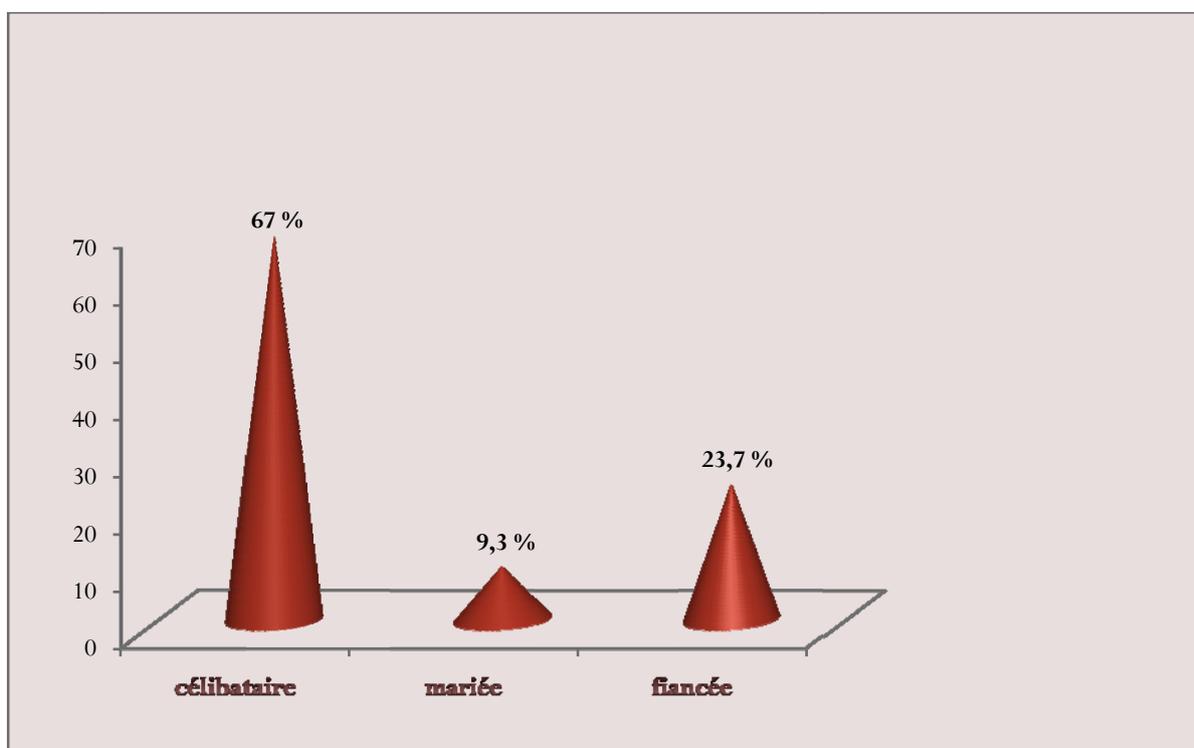


Figure 1 : Répartition des aides ménagères selon le statut matrimonial

Les célibataires ont représenté la couche la plus importante de notre population d'étude avec un taux de 67,0%.

5.2 Données descriptives

Tableau 6 : Répartition des AM selon leur connaissance sur l'existence des maladies sexuellement transmissibles.

L'existence d'IST	Effectif	Pourcentage
Oui	143	53,0
Non	127	47,0
Total	270	100

La majorité des AM avait une connaissance sur l'existence des maladies sexuellement transmissibles soit 53 %.

Tableau 7 : Répartition des AM selon la connaissance des symptômes d'IST.

Symptômes	Effectifs	Pourcentage
Leucorrhées jaunâtres	72	26,7
Leucorrhées crémeuses	26	9,6
Prurit génital	50	18,5
Dyspareunies	27	10,0
Brulures mictionnelles	23	8,5
Plaies génitales	15	5,6
Ne sais pas	57	21,1
Total	270	100,0

Les pertes vaginales jaunâtres ou leucorrhées étaient les symptômes d'IST les plus connus par les AM (soit 26,7%) suivi des prurits génitaux avec 18,5%.

Tableau 8 : Répartition des AM selon la présence ou non de signes en cas d'infection sexuellement transmissibles.

Signes d'IST	Effectifs	Pourcentage
Oui	100	37,0
Non	95	35,2
Pas de réponse	75	27,8
Total	270	100,0

Nous constatons que 37% des AM enquêtées ont affirmé connaître la présence ou non de signes d'IST et 27,8 % n'avaient pas de réponse à la question.

Tableau 9 : Répartition des AM selon la première source d'information sur les IST/SIDA

Source d'information	Effectifs	Pourcentage
Proches	111	41,1
Media	149	55,2
Agent de santé	1	0,4
Jamais entendu IST/SIDA	9	3,3
Total	270	100

La première source d'information pour les AM était les medias avec 55,2% suivi par les proches et les agents de santé.

Tableau 10: Répartition des AM selon la croyance à l'existence du SIDA.

Existence du SIDA	Effectifs	Pourcentage
Oui	220	81,5
Non	48	17,8
Pas de réponse	2	0,7
Total	270	100,0

Une minorité des AM enquêtées, soit 17,8% ont affirmé ne pas croire à l'existence du SIDA.

Tableau 11: Répartition des AM selon le niveau de connaissance des voies de transmissions des IST/SIDA.

Connaissance des voies	Effectifs	Pourcentage
Oui	232	85,9
Non	38	14,1
Total	270	100,0

La grande majorité des AM enquêtées connaissaient au moins une voie de transmission des IST/SIDA.

Tableau 12 : Répartition des AM selon les différentes voies de transmission du SIDA

Transmission du SIDA	Effectifs	Pourcentage
Rapport sexuel non protégé	208	77,0
Transfusion avec sang infecté	7	2.6
De la mère à l'enfant	4	1.5
Usage de seringues souillées	13	4.8
Ne sais pas	38	14.1
Total	270	100

La majorité des AM ont cité le rapport sexuel non protégé avec une personne infectée comme principale voie de transmission du Sida (77%).

Tableau 13 : Répartition des AM selon qu'une personne en bonne santé apparente peut être porteur du virus.

Connaissance	Effectifs	Pourcentage
Oui	187	69,3
Non	17	6,3
Ne sais pas	66	24,4
Total	270	100,0

Dans 69,3% des cas les AM savent qu'une personne en pleine santé apparente peut être porteuse du virus.

Tableau 14: Répartition des AM selon qu'elles pensent être à l'abri du SIDA.

Pense être à l'abri du sida	Effectifs	Pourcentage
Oui	184	68,1
Non	86	31,9
Total	270	100,0

Plus de la moitié des enquêtées soit 68,1 % pensent être à l'abri du sida.

Tableau 15: Répartition des AM selon la connaissance des méthodes de prévention des IST/SIDA

Méthodes de prévention	Effectifs	Pourcentage
Limiter le nombre de partenaires	53	19,6
Fidélité aux partenaires	48	17,8
S'abstenir des rapports sexuels	56	20,7
Choisir un partenaire non infecté	7	2,6
Utiliser les préservatifs	14	5,2
Traiter précocement les IST	3	1,1
Porter les gris-gris	15	5,6
Eviter la prostitution	29	10,7
Eviter le sang	7	2,6
Etre propre	18	6,7
Ne sais pas	20	7,4
Total	270	100,0

L'abstinence a été la méthode la plus connue des AM soit 20,7% ; 7,4 % n'ont pu citer aucune méthode préventive.

Tableau 16: Connaissance des AM sur l'existence ou non de traitement contre le VIH/SIDA

L'existence de traitement	Effectifs	Pourcentage
Oui	141	52,2
Non	93	34,4
Ne sais pas	36	13,3
Total	270	100,0

Plus de la moitié des AM affirment qu'il existe un traitement contre le VIH/SIDA soit 52,2%.

Tableau 17: Connaissance des AM sur les différentes possibilités de guérir le SIDA

Traitement	Effectifs	Pourcentage
Médecine moderne	183	67,8
Médecine traditionnelle	41	15,2
Ne sais pas	46	17,0
Total	270,0	

La majorité des AM affirment que la médecine moderne permet de guérir du Sida 67,8%.

Tableau 18 : Répartition des AM selon l'âge du 1er rapport sexuel (n= 185)

Age du 1 ^{er} rapport sexuel (âge en année)	Effectifs	Pourcentage
11 – 14	40	21,62
15 – 18	122	65,95
19 – 23	23	12,43
Total	185	100

La majorité de nos sujets ont eu leur 1^{er} rapport entre 15 et 18 ans soit 65,95%.

NB : 85 représentent les vierges, celles qui ont déclaré n'avoir jamais eu à faire de rapport sexuel.

Tableau 19 : Répartition des AM selon le nombre de partenaire sexuel fréquenté depuis le début de l'activité sexuelle

Nombre de partenaires sexuels	Effectifs	Pourcentage
0	85	31,4
1-3	127	47
4-6	44	16,4
7-10	10	3,7
20-30	4	1,5
Total	270	100,0

Plus de la moitié des AM avaient eu entre un à trois partenaires sexuels soit 47% de nos sujets depuis le début de l'activité sexuelle.

Tableau 20 : Répartition des AM selon le contexte du premier rapport sexuel

Motivations	Effectifs	Pourcentage
Curiosité/Imiter mes camarades	60	32,43
Amour	64	34,59
Menace/Viol	4	2,16
Devoir conjugal	30	16,22
Argent/Cadeau	27	14,60
Total	185	100

Environ le quart des AM enquêtées soit 34,59 % des AM ont fait leur premier rapport sexuel par amour, de façon volontaire et consensuelle et 14,60 % contre une rémunération.

Tableau 21 : Répartition des AM selon l'utilisation du préservatif.

Utilisation du préservatif	Effectifs	Pourcentage
Toujours	2	1,1
occasionnellement	34	18,4
Jamais	149	80,5
Total	185	100

Les AM qui n'utilisent jamais le préservatif sont au nombre de 149 soit 80,5% de notre échantillon.

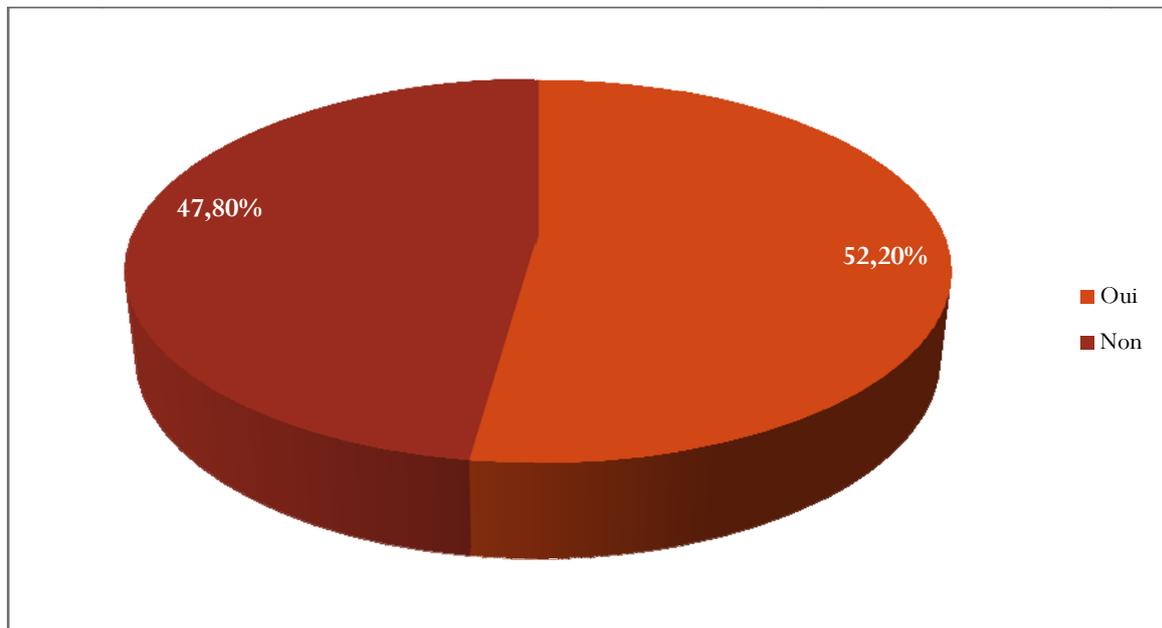


Figure 2 : Répartition des AM selon la fréquentation d'un partenaire sexuel au moment de l'enquête.

Plus de la moitié des AM avaient un partenaire sexuel lors de notre enquête soit 52,2 % de nos sujets.

Tableau 22 : Répartition des aides ménagères selon la fréquentation des maisons clauses.

Fréquentation des maisons clauses	Effectifs	Pourcentage
Oui	20	10,8
Non	165	89,2
Total	185	100,0

La grande majorité des AM soit 89% de nos sujets n'ont jamais fréquentés les maisons clauses.

Tableau 23 : Répartition des aides ménagères en fonction de la fréquence des rapports sexuels

Fréquence des rapports sexuels	Effectif	Pourcentage
Une fois par semaine	54	29,2
Deux fois par semaine	65	35,2
Une fois par mois	6	3,2
Rarement	60	32,4
Total	185	100,0

Les AM qui ont deux rapports sexuels par semaine étaient les plus fréquentes de notre population d'étude soit 35,2 %.

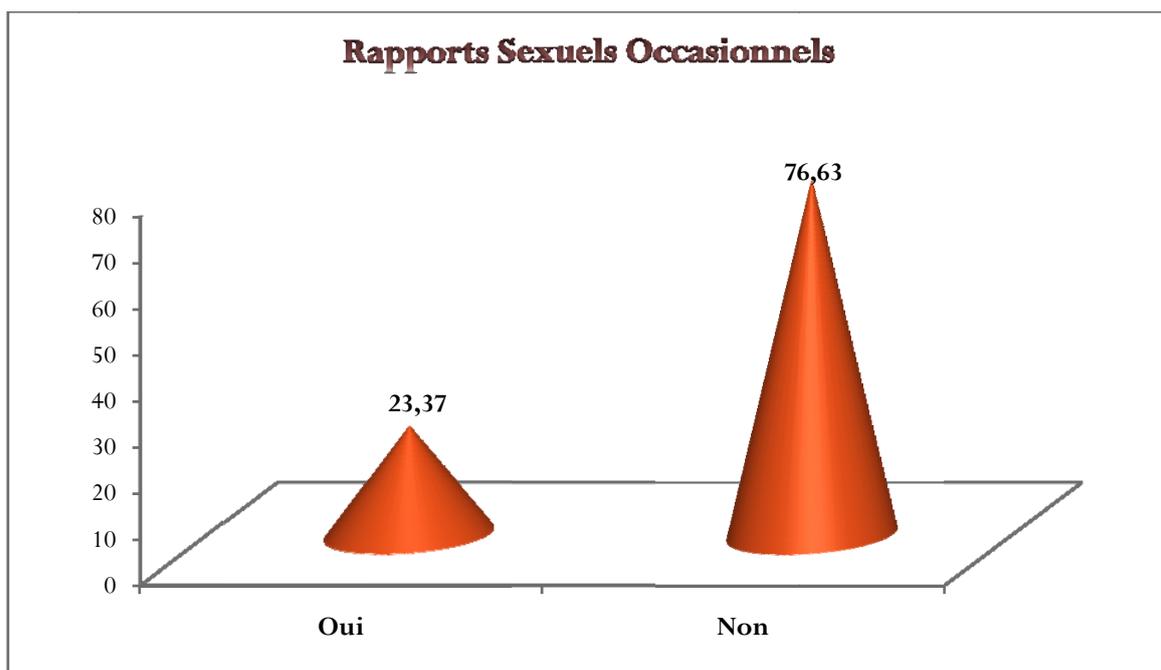


Figure 3 : Répartition des AM en fonction des rapports sexuels avec des partenaires sexuels occasionnels.

Environ 23,37% des AM sexuellement actives ont eu des rapports avec des partenaires occasionnels.

Tableau 24: Répartition des AM en fonction du motif du port du préservatif.

Motifs	Effectif	Pourcentage
Eviter les maladies	173	64,1
Eviter les grossesses non désirées	69	25,6
Ne sais pas	28	10,3
Total	270	100

Plus de la moitié des AM soit 64,1% pensent que l'utilisation du préservatif évite des maladies sexuellement transmissibles.

Tableau 25 : Répartition des AM selon qu'elles aient contracté ou pas une IST

Contractée	Effectifs	Pourcentage
Oui	130	48,1
Non	140	51,9
Total	270	100,0

Parmi les AM enquêtées 48,1% ont affirmé avoir contractées déjà une IST.

Tableau 26 : Répartition des AM selon le traitement reçu contre l'IST contractée.

Traitement reçu	Effectifs	Pourcentage
Médecine moderne	38	29,24
Automédication	23	17,69
Traditionnelle	39	30
Aucun	30	23,07
Total	130	100

Environ 30% des AM ont eu recours au traitement traditionnel pour traiter l'IST contractée.

Tableau 27: Répartition des AM volontaires pour le test de dépistage du VIH/SIDA.

Volontaire pour le test	Effectifs	Pourcentage
Oui	150	55,6
Non	120	44,4
Total	270	100,0

Plus de la moitié des AM soit 55,6% étaient d'avis à faire de façon volontaire leur test de dépistage du HIV.

Tableau 28 : Répartition des AM selon la réalisation du test de dépistage volontaire du VIH.

Réalisation du test	Effectifs	Pourcentage
Oui	14	5,2
Non	256	94,8
Total	270	100,0

Seulement 5,2 % des AM enquêtées connaissaient leur statut sérologique au moment de l'enquête.

5.3 Données analytiques

Tableau 29 : Répartition des AM selon les classes d'âge et la fréquence du rapport sexuel

Classes d'âge	Fréquence du rapport sexuel								Total
	1x/semaine		2x/semaine		1x/mois		Rarement		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
15-17 ans	29	34.9	25	30.1	4	4.8	25	30.1	83
18-24 ans	25	24.5	40	39.2	2	2.0	35	34.3	102
Total	54		65		6		60		185

La fréquence du rapport sexuel était élevé chez la classe d'âge 18-24 ans mais la différence n'est pas significative ($p=0.24$)

Tableau 30 : Répartition des AM selon les classes d'âge et leur connaissance sur l'existence des IST

Classes d'âge	Connaissance sur l'existence des IST				Total
	Oui		Non		
	n	%	n	%	
15-17 ans	70	45.8	83	54.2	153
18-24 ans	73	62.4	44	37.6	117
Total	143		127		270

Les sujets de classe d'âge 18-24 ans ont une connaissance significativement plus élevée sur l'existence des IST que la classe d'âge 15-17 ans ($p=0.006$ OR=0.51)

Tableau 31: Répartition des AM en fonction des classes d'âge et leur niveau de connaissance sur les symptômes des IST.

Classes d'âge	Niveau de connaissance sur les symptômes des IST				Total
	Oui		Non		
	n	%	n	%	
15-17 ans	113	73.9	40	26.1	153
18-24 ans	100	85.5	17	14.5	117
Total	213		127		270

Les sujets de classe d'âge 18-24 ans ont un niveau de connaissance significativement plus élevée sur l'existence des symptômes des IST que la classe d'âge 15-17 ans ($p=0.02$ OR=0.48)

Tableau 32 : Répartition des AM en fonction des classes d'âge et leur croyance à l'existence des IST sans manifestations cliniques.

Classes d'âge	Croyance à l'existence des IST sans signes						Total
	Oui		Non		Pas de réponse		
	n	%	n	%	n	%	
15-17 ans	47	30.72	53	34.64	53	34.64	153
18-24 ans	53	45.3	42	35.9	22	18.8	117
Total	100		95		75		270

Nous n'avons pas observé de différence significative selon la croyance à l'existence d'IST sans manifestations cliniques en fonction des classes d'âge ($p=0.2$).

Tableau 33 : Répartition des AM en fonction des classes d'âge et leur croyance à l'existence du SIDA

Classes d'âge	Croyance à l'existence du SIDA						Total
	Oui		Non		Pas de réponse		
	n	%	n	%	n	%	
15-17 ans	119	77.8	32	20.9	2	1.3	153
18-24 ans	101	86.3	16	13.7	0	0.0	117
Total	220		48		2		270

Nous n'avons pas observé de différence significative selon la croyance à l'existence du SIDA et les classes d'âge ($p=0.1$).

Tableau 34: Répartition des AM volontaires pour le dépistage selon les classes d'âge.

Classes d'âge	Dépistage volontaire				Total
	Oui		Non		
	n	%	n	%	
15-17 ans	77	50.3	76	49.7	153
18-24 ans	73	62.4	44	37.6	117
Total	150	55.6	120	44.4	270

La classe d'âge 18-24 ans était significativement plus volontaire à essayer le test de dépistage du VIH/SIDA que les AM de 15-17 ans ($p=0.48$ OR=0.61)

Tableau 35 : Répartition des AM selon les classes d'âge et leur connaissance sur les voies de transmission du SIDA.

Classes d'âge	Voies de transmission du SIDA										Total
	Rapport Sexuel		Transfusion de sang		Mère-enfant		Objets souillés		Ne sais pas		
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
15-17 ans	109	71.2	7	4.6	2	1.3	7	4.6	28	18.3	153
18-24 ans	99	84.6	0	0.0	2	1.7	6	5.1	10	8.3	117
Total	208		7		4		13		38		270

Nous n'avons pas observé de différence significative selon leur niveau de connaissance sur les voies de transmission globalement ($p=0.1$), mais la classe d'âge 18-24 ans a un niveau de connaissance significativement plus élevé que la classe d'âge de 15-17 ans par rapport à la transmission du SIDA par le rapport sexuel ($p=0.02$)

Tableau 36 : Répartition des AM selon les classes d'âge et leur connaissance sur les méthodes de prévention contre le VIH/SIDA

Classes d'âge	Connaissance sur méthodes de prévention				Total
	Oui n	%	Non n	%	
15-17 ans	139	90.8	14	9.2	153
18-24 ans	111	94.9	6	5.1	117
Total	250		20		100

Nous n'avons pas observé de différence significative par rapport à leur niveau de connaissance sur les méthodes de prévention (p=0.2)

Tableau 37 : Répartition des AM selon les classes d'âge et l'usage du préservatif

Classes d'âge	Utilisation du préservatif						Total
	Toujours n	%	Occasionnellement n	%	Jamais n	%	
15-17 ans	1	1.2	15	18.1	67	80.7	83
18-24 ans	1	1.0	19	18.6	82	80.4	102
Total	2		34		149		185

Il n'y a pas de différence significative par rapport à l'usage du préservatif quelque soit la classe d'âge (p=0.8)

Tableau 38 : Répartition des AM selon les classes d'âge et la réalisation du test de dépistage volontaire du VIH

Classes d'âge	Test de dépistage volontaire du VIH/SIDA				Total
	Oui		Non		
	n	%	n	%	
15-17 ans	3	2.0	150	98.0	153
18-24 ans	11	9.4	106	90.6	117
Total	14		256		270

La classe d'âge 18-24 ans ont significativement accepté volontairement quant à la réalisation d'un éventuel test de dépistage que les AM de 15-17 ans ($p=0.006$ OR=0.19)

Tableau 39 : Répartition des AM en fonction du niveau d'instruction et le dépistage volontaire.

Niveaux d'instruction	Dépistage volontaire HIV				Total
	Oui		Non		
	n	%	n	%	
Non scolarisée	66	44	84	56	150
Primaire	34	79,07	9	20,93	43
Secondaire	3	75	1	25	4
Ecole coranique/Medersa	29	56,86	22	43,14	51
Alphabétisée en langue locale	18	81,82	4	18,18	22
Total	150	55,56	120	44,44	270

Les AM non scolarisées étaient d'avis positive pour une éventuelle réalisation d'un test de dépistage volontaire avec une fréquence de 55,6 % contre les autres catégories avec une proportion de 18,8% chez les AM ayant eu l'enseignement coranique/medersa, 15,9% chez celles ayant le niveau primaire, 8,1% chez les aides ménagères alphabétisées en langue locale. Les AM du niveau secondaire était à seulement 1,5% pour le test de dépistage volontaire HIV.

Tableau 40 : Répartition des AM selon le niveau d'instruction et le port du préservatif

Niveau d'instruction	Utilisation du préservatif						Total
	Toujours		Occasionnellement		Jamais		
	n	%	n	%	n	%	
Non scolarisée	1	1.0	17	17.5	79	81.4	97
Scolarisée	0	0.0	8	22.9	27	77.1	35
Ecole coranique	0	0.0	5	13.2	33	86.8	38
Alphabétisée	1	6.7	4	26.7	10	66.7	15
Total	2	1.1	34	18.4	149	80.5	185

Le niveau d'instruction n'influence pas significativement sur l'utilisation du préservatif chez les AM ($p=0.37$).

NB : 185=nombre des AM qui sont sexuellement actives et 85 : représentent les vierges déclarées.

Tableau 41: Répartition du niveau d'instruction des AM selon les voies de transmission du VIH

Niveau d'instruction	Voies de transmission du VIH										Total
	Rapport sexuel		Transfusion		Mère enfant		Objets souillés		Ne sait pas		
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Non scolarisée	110	73.3	3	2.0	1	7.0	8	5.3	28	18.7	150
Scolarisée	38	80.9	1	2.1	1	2.1	3	6.4	4	8.5	47
Coranique	39	76.5	3	5.9	2	3.9	2	3.9	5	9.8	51
Alphabétisée	21	95.5	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	4.5	22
Total	208		7		4		13		38		270

Le niveau d'instruction n'influence pas significativement sur la connaissance des voies de transmission du VIH/SIDA chez les AM (p=0.8)

Tableau 42 : Répartition des AM selon le niveau d'instruction et la source d'information sur le VIH/SIDA

Niveau D'instruction	Source d'information								Total
	Proches		Media		Agent sante		Ne sait pas		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Non scolarisée	66	44.0	75	50.0	2	1.3	7	4.7	150
Scolarisée	24	51.1	21	44.7	2	4.3	0	0.0	47
Coranique	13	25.5	36	70.6	1	2.0	1	2.0	51
Alphabétisée	8	36.4	13	59.1	0	0.0	1	4.5	22
Total	111		149		1		9		270

Le niveau d'instruction n'influence pas significativement sur la source d'information sur le VIH/SIDA globalement, par contre les medias constituent la première source d'information par rapport aux autres (p=0.038)

VI-Commentaires et discussion

1. Méthodologie :

Nous avons réalisé une étude transversale descriptive à passage unique dont l'enquête s'est déroulée du 21 Juin au 23 Juillet 2014. Elle a porté sur 270 AM et a permis de mieux appréhender les caractéristiques socio démographiques, les connaissances, attitudes et pratiques des aides ménagères en matière d'infections sexuellement transmissibles et du VIH/SIDA.

L'enquête s'est donc déroulée en commune V du District de Bamako; un questionnaire individuel a été adressé aux AM consentantes et répondant à nos critères d'inclusion.

La population était informée et rassurée au préalable et il n'y a pas eu d'incident majeur pouvant réellement nuire à la conduite de ce travail. Chaque questionnaire comprenait quatre (4) volets : L'identification de l'AM ; la connaissance en matière d'IST ; la connaissance en matière de VIH/SIDA et la recherche du comportement à risque.

2- Les caractéristiques sociodémographiques :

Les 270 participantes étaient pour la plus part des adolescentes avec un âge moyen de 21 ans et des extrêmes de 15 ans et 24 ans. Cette jeunesse de la population s'explique par le fait que c'est la tranche d'âge de la population la plus active et par conséquent la plus vulnérable aux IST/VIH/SIDA. Cet argument constitue une des raisons pour lesquelles nous avons conduit cette étude. L'âge moyen est comparable à celui de certains auteurs à Dakar [22], à Abidjan [26] et au Cambodge [25] où il était respectivement de 18 ans et 22,9 ans. Dans notre série nous avons une répartition relativement équitable des AM entre les différents quartiers concernés de la commune V. Les bambara étaient les plus représentés avec 41,5% ; suivis des Dogon avec 15,6% ; cela reflète en réalité la prédominance de l'ethnie Bambara dans notre pays. Cependant, il faut signaler que toutes les autres ethnies sont représentées, mettant en évidence le caractère de métropole de la capitale et du coup, la diversité ethnique du Mali. Cependant seulement 9,3% des AM enquêtées étaient mariées; s'expliquant par le fait de la précarité de leurs conditions de vie. A Dakar cette proportion était de 6,6% Dakar [22]. Les AM étaient pour la plus part non scolarisées 55,6% ; cela reflète le faible taux de scolarisation de la population en général au Mali et plus particulièrement celle des filles dans les coins de brousse. Cette fréquence est nettement supérieure à celle des AM de Dakar [22] avec 46%. Ainsi l'Islam est apparu comme la religion dominante au cours de notre travail (93%) ; car c'est la religion la plus pratiquée au Mali.

3- Caractéristiques des paramètres de connaissances, attitudes et pratiques en matière d'IST/VIH/SIDA

La fréquence réelle du niveau de connaissance des aides ménagères en matière d'IST/VIH/SIDA est difficile à déterminer du fait que toutes les questions relatives au sexe constituent un tabou pour cette population et par conséquent difficilement évoquée lors des conversations. Cependant au cours de notre étude, pour évaluer leur niveau de connaissances, nous avons demandé si, elles avaient déjà entendu parler d'IST et de SIDA. Il en ressort que 53% affirment connaître les IST, tandis que 81,5% ont entendu parler du SIDA. Ces résultats sont proches de ceux de Fatoumata Diallo [23] qui dans son étude avait trouvé 80% de connaissance des IST contre 100% pour le SIDA. Les sujets de classes d'âge 18-24 ans ont une connaissance significativement plus élevée sur les IST que la classe d'âge 15-17 ans ($p=0.006$ OR=0.51) Tableau30. Cette connaissance peut s'expliquer par le fait qu'il existe diverses méthodes permettant une large diffusion ou d'information, il s'agit particulièrement dans notre cas de la télévision à travers les théâtres, les malades du Sida vues à la télé et de la Radio ainsi que les campagnes de sensibilisations et d'éducation de la population.

Environ 32,2% et 21,5% de nos AM enquêtés disent que leurs principales sources d'information sont respectivement la télévision et la radio; tandis qu'à Dakar [22] 37% des AM disent qu'elles sont informées par la télévision et 13% informées par la radio. Ces chiffres prouvent que les médias ont joué un grand rôle dans l'éducation des jeunes en général et celle des AM en particulier. L'âge moyen au premier rapport sexuel des AM de la commune V du District de Bamako était de 14 ans avec les extrêmes de 11 à 23 ans. Cette précocité des rapports sexuels s'explique par leur curiosité pour la vie sexuelle et cela les rend autant plus vulnérable aux IST/VIH/SIDA. Ces résultats sont ainsi comparables à ceux obtenus à Bangui [27] avec un âge moyen de 15 ans. En Côte d'Ivoire le premier contact sexuel pour la même cible se fait un peu plus tard, soit 16 ans. Au cours de notre étude seulement 1.09% des AM ont rapporté avoir toujours utilisé le préservatif lors des rapports sexuels. Cela s'explique par le fait que la plus part des jeunes filles ne peuvent pas imposer des conditions à leurs partenaires sexuels. Ce chiffre est inférieur à ceux obtenus à Kinshasa (République Démocratique du Congo) [26] en 2001 qui étaient de 10.4% et 15% des AM âgées respectivement de 15-19 ans et de 20 à 24 ans. Ainsi on n'a pas trouvé de différence significative par rapport à l'usage du préservatif quelque soit la classe d'âge ($p=0.8$) Tableau 37. Notre étude confirme également la bonne connaissance des voies de transmission et des moyens de prévention des IST/Sida par les AM. Les voies de transmission les plus connues étaient les rapports sexuels non protégés avec 77% suivis des objets tranchants et des objets souillés par le sang avec 2,6%. L'abstinence était le moyen de prévention le plus connu 20,7%

suivie de la limitation du nombre de partenaire et fidélité aux partenaires avec respectivement 19,6% et 17,8%. Ces résultats sont proches de celui de MICHEL BOMIA.

Les AM faisaient recours à la médecine traditionnelle soit 15,2%, pour remédier à leur problème d'IST car moins chère et plus accessible à elles.

4-Caractéristiques des paramètres liés aux sources d'information et de service

Pour évaluer le niveau de connaissance des AM, nous leur avons demandé si elles avaient déjà entendu parler d'IST et de SIDA. Il en ressort que 53% affirment connaître les IST/SIDA.

Ces résultats sont inférieurs à ceux de HAMIDOU CISSE qui dans son étude avait trouvé 100% et de celui de Kane et al qui ont montré que 87% des AM ont déjà entendu parler d'IST ceci nous explique que le sexe n'a pas d'impact sur la connaissance des IST.

Cette connaissance peut s'expliquer par le fait qu'il existe diverses méthodes permettant une large diffusion ou d'information, il s'agit particulièrement dans notre cas de la télévision à travers les théâtres, les malades du Sida vues à la télé et de la Radio ainsi que les campagnes de sensibilisations et d'éducation de la population.

Environ 32,2% et 21,5% de nos AM enquêtés disent que leurs principales sources d'information sont respectivement la télévision et la radio; tandis qu'à Dakar [22] 37% des AM disent qu'elles sont informées par la télévision et 13% informées par la radio. Ces chiffres prouvent que les médias ont joué un grand rôle dans l'éducation des jeunes en général et celle des AM en particulier.

VII-CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

CONCLUSION

Au terme de cette étude qui a concerné les connaissances, attitudes et pratiques des aides ménagères en matière d'infections sexuellement transmissibles et du VIH/SIDA en commune V du district de Bamako, la moyenne d'âge étaient de **21 ans** avec des âges extrêmes de **14 ans** et **25 ans**.

Les sources d'information tant pour les IST et le VIH/SIDA sont représentées par la télévision, la radio, pour l'essentiel.

L'impact de ce savoir sur le comportement peine à s'affirmer, car seulement **1,09 %** ont toujours utilisée le préservatif lors des rapports sexuels.

Notre étude fait ressortir le tabou qui règne autour de la question du non utilisation massive du préservatif.

L'âge au premier rapport sexuel était précoce dans l'ensemble.

Il se situait entre **11 ans** et **23 ans**.

En effet cette étude nous a montrée qu'elles étaient bien informées, mais parvenaient difficilement à relier leurs connaissances et la perception du risque de contamination.

RECOMMANDATION

Au terme de notre étude les recommandations suivantes sont proposées et

S'adressent à :

AUX AUTORITES SOCIO-SANITAIRES, POLITIQUES ET LES ONG QUI ORIENTENT LEURS ACTIVITES VERS LES AIDES MENAGERES :

- Renforcer les campagnes de sensibilisation sur les IST et le VIH/SIDA à l'endroit des adolescentes et des jeunes filles en particulier les AM;
- Faire la relation existant entre les IST et le SIDA au cours de ces campagnes ;
- Continuer à renforcer les actions de communication dans la lutte contre les IST/SIDA ;
- Créer des structures de prise en charge des adolescentes à tous les niveaux de la pyramide sanitaire ;
- Renforcer les capacités des prestataires de santé ;
- De poursuivre des études de recherche opérationnelle sur les comportements sexuels des adolescentes tant en milieu urbain que rural.
- D'intégrer dans les programmes de communication et d'animation aux adolescents des questions touchant à la sexualité.
- De prendre en compte le contexte culturel dans la formulation et l'élaboration de ces programmes ;
- De multiplier les centres de formation et d'éducation des filles migrantes, si possible dans chaque quartier du district de Bamako. Encourager les AM à fréquenter les centres déjà existants.
- De prendre des mesures spécifiques pour favoriser la scolarisation des filles au niveau rural.
- De multiplier les entreprises de formation au niveau rural enfin de minimiser l'immigration de ces filles.

AUX PARENTS DES AIDES MENAGERES

- De multiplier les efforts de scolarisation des enfants et surtout de la petite fille
- De relever l'information sur le sexe comme sujet tabou afin de donner à temps les informations utiles et nécessaires aux enfants.
- De sensibiliser leurs filles par rapport aux risques de l'immigration et surtout de la vie urbaine.

AUX FAMILLES D'ACCUEIL DES AIDES MENAGERES

- D'améliorer si possible les conditions de vies des AM afin qu'elles puissent s'occuper d'elles même.
- Enfin considérons ces filles comme nos filles ou nos sœurs pour éviter toute forme de discrimination et d'exploitation.

AUX AIDES MENAGERES:

- Mise en œuvre des informations reçues ;
- Eviter surtout l'automédication ;
- Eviter les comportements à risque.
- Faire un dépistage précoce et un traitement approprié des épisodes d'IST ;
- Prendre conscience du danger que constituent les IST/VIH /SIDA;
- Participer et faire participer ces pairs aux séances d'éducation pour la santé partout (rue, marché, moulin à grain, lieux de rassemblement, fontaine d'eau...).

VIII-REFERENCES BIBLIOGRAPHIE

- 1. Cellule de Coordination du Comité Sectoriel de Lutte Contre le Sida (CSLS) du Mali, Manuel d'utilisation 2013 : prise en charge syndromique des IST.**
- 2. OMS, guide pour la prise en charge des infections sexuellement transmissibles, 2011.**
- 3. KEITA S F.**
Prise en charge des IST selon l'approche syndromique au CHU Gabriel TOURE. **Thèse de médecine.** Bamako 2014, n° 200
- 4. Rapport d'un groupe d'étude de l'OMS Genève 2013. Prise en charge des patients atteints de maladie sexuellement transmissibles.**

5- BOMIA. M A D

Connaissances, attitudes et pratiques sur la Santé de la Reproduction en milieu scolaire (Second cycle Fondamental et Lycée) à Bamako de Mars à Juin 2004
Thèse Médecine, Bamako-2005, n° 17

6-KEITA. M.Yacouba

Connaissances, Attitudes et Pratiques comportementales des adolescentes du Lycée Monseigneur Luc August Sangaré de Bamako sur la planification familiale et les IST/VIH.
Thèse Médecine, Bamako-2008, n°--- p21-23

6- CISSE A.

Connaissance et comportement sexuels des jeunes de 15-29 ans sur les MST/SIDA à Bamako
Mémoire de Faculté des Études Supérieures Québec- Novembre 1993, 83p.

7- International planed Parent Hood Federation (IPPF)

L'adolescence et la sexualité 1978, 31p.

8- OMS, Maladies sexuellement transmissibles : politiques et principes de prévention et de soins. 1998, P4.

9- ISFRA

Fécondité et comportements psycho sociologiques des adolescents en milieu urbain au Mali.
Bamako- Mali, 1998

10- KOUMA M. SIDIBE

Approche épidémiologique du planning familial au centre de santé de la commune VI du district de Bamako.
Thèse de Médecine, 1999, n°52.69p

11- LILIANE T.

Grossesse et conception de l'adolescente, la situation en Afrique francophone.
Journée d'études de gynécologie. 1981, pp 44-46

12-ADJAHOTO EO, HODONOU KA, DE SOUZA AD et coll.

Information des jeunes en matière de sexualité. Cahiers santé 2000 ; *10* :195-199

13-COURTOIS R, MULLETE, MALVY D.:

Comparaison des comportements sexuels de lycéens congolais et français dans le contexte du SIDA. Santé 2001 ; *11* :49-55

14-Della Betta- Fiel. M. NLLAGAM, ISLAM.M

La lutte contre les IST un fardeau mondial et un défi à la prévention Aids cap/ USAID

15: in: www. Yahoo encyclopedie.fr/SIDA

16-Kodjovi kouwanou, patrice Muka Hirwa :

Enquête évaluation du centre des jeunes de l'ATBEF à Lomé « Evac jeune 1»
Connaissance, attitudes et pratiques sexuels des jeunes de Lomé focus on Young adultes et
URD, sfpf, juin 2000 p27

17. Infection sexuellement transmissibles et autres infections de l'appareil

reproducteur – Guide de pratiques essentielles. Genève, organisation mondiale de la santé, 2005.

18. KATTRA N.

Etude de la prévalence des MST/VIH à des facteurs de risque de l'infection par le VIH dans les régions de Koulikoro, Sikasso, Mopti en république du Mali. Thèse pharm. 1999

19. CDC. 2002. Etude d'évaluation de l'approche syndromique de prise en charge des infections sexuellement transmissibles (IST) au Mali.

20-Maïga O.L

Connaissance, attitudes et comportements sexuels en matière de MST/SIDA en milieu scolaire à l'EN de Bougouni et lycée Monseigneur De mont clos de SIKASSO.
Thèse Med Bamako 2001 ; N°79.

21-FCI/MALI :

Projet de prévention et de prise en charge des IST/VIH/SIDA auprès des jeunes du secteur informel dans les communes I, II et III du district de Bamako ; rapport final (Décembre 20005 à Novembre 2007).

22 -FOFANA O; CISSOKO A O; BOCOUM AO; AGBENDECH M.

Evaluation des connaissances des groupes à haut risque au Mali
Conférence internationale sur le sida en Afrique du 16 – 19 décembre 1991 à Dakar (Sénégal).

23 -DIALLO F.

Connaissance, attitude et pratique des aides ménagères en matière de santé de la reproduction dans la commune IV du District de Bamako
Thèse de médecine, Bamako 2008 page 16-17

24- GAUTHIE J C.

Le sida en Afrique une situation préoccupante
Conférence internationale sur le sida en Afrique du 16 septembre 2006 à Ouagadougou (Burkina Faso)

25- GAZIN P; PACARD-RODRIGO P; UONG C; DE GEEF S; RHIS B, LEGROS P.

Etude des connaissances ; attitudes et pratiques des femmes prostituées à PHONM PENH (Cambodge) en 2000 et 2004.

26- YOUDI R V; Enquêtes MICS2 (RDC 2001) :

Kinshasa et sa jeunesse
http : www. unesco. org .

27-KOBELIMBI F.

African population studies/Etude de la population africaine : Le comportement sexuel des adolescents à Bangui (république centrafricaine), vol 20 ; N° 2, 2005 ; PP. 65-99.

IX -ANNEXES

FICHE D'ENQUÊTE :

« CONNAISSANCES, ATTITUDES ET PRATIQUES DES AIDES MENAGERES EN MATIERE D'INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES ET DU VIH/ SIDA EN COMMUNE V DU DISTRICT DE BAMAKO. »

Numéro du questionnaire : / ___ / ___ / ___ /

Initiales de l'enquêtée : / ___ / ___ /

Date de l'enquête: / ___ / ___ / ___ /

Site d'enquête : / ___ / (1=Badalabougou, 2=Sema, 3=Quartier Mali, 4=Torokorobougou, 5=Bacodjicoroni, 6=Sabalibougou, 7=Daoudabougou, 8=Kalaban Coura)

I. Renseignements généraux

01. Résidence : / ___ /

02. Niveau d'instruction : / ___ / 1=Non scolarisée 2=Primaire 3=Secondaire
4=Ecole coranique /Medersa 5=Alphabétisée en langue locale

03. Âge : (en année) / _____ /

04. Statut matrimonial / ___ / 1=Célibataire, 2= mariée, 3=fiancée 4= divorcée, 5= veuve

05. Ethnie / ___ / ___ / 1=Bambara 2=Dogon 4=Bobo 5= Bozo 6=Sarakolé 7=Malinké
8=Peulh 9=Senoufo 10=Minianka 11=Kassonké 12=So mono 13=Autres (à préciser)

06. Religion : / ___ / 1=Musulmane, 2=Chrétienne, 3=l'Animiste,
4= pas de religion

07. Niveau de vie des employeurs :

Biens possédés	Oui	Non	Biens possédés	Oui	Non
Radio			Vélo		
Television			Moto		
Electricité:			Voiture		
Robinet			Puits		
Location			Latrines (WC)		

II. Comportement sexuel :

08. Avez-vous eu déjà des rapports sexuels ? / ___ / 1= Oui, 2= Non

-Si Oui à quel âge avez-vous eu votre 1er rapport sexuel ? / ___ / ___ /

09. Connaissez-vous le préservatif au moment de votre premier rapport ? / ___ / 1= Oui, 2= Non

-Si oui avez-vous utilisé un préservatif lors de ce premier rapport ? / ___ / 1= Oui, 2= Non

-Si oui qui a pris la décision ? / ___ / 1=Vous-même, 2=Vôtre partenaire, 3=Vous deux

10. Etes-vous prêt à utiliser un préservatif même si votre partenaire s'y oppose ? / ___ / 1= Oui, 2= Non

11. En ce moment qu'est ce qui vous a poussé à faire ce rapport avec cet homme ? / ___ /
1=Curiosité/Imiter mes camarades, 2=Amour, 3=Menace/Viol 4=Devoir conjugal 5= Argent/Cadeaux

12- Le rapport sexuel s'est-il limité à ça ou il y a eu une continuité ? / ___ / 1=Oui, 2=Non

12a-Raisons :(Pourquoi à préciser) :-----

13. Lors des rapports suivants avez-vous utilisé le préservatif ? / ___ / 1=
Toujours, 2= De temps en temps, 3=Jamais

14. Avez-vous présentement un partenaire sexuel ? / ___ /
1= Oui, 2=Non

-Si OUI sortez-vous avec /___/ 1=Des partenaires de votre âge 2=Moins âgés que vous
3=Plus âgés que vous 4=Mariés 5=Célibataires, 6=Autres (à préciser) -----

-Vous est il arrivé de parler avec votre partenaire de sexualité en général? /___/ Oui=1,
Non=2

15. Combien de partenaires sexuels avez-vous eu jusqu'à ce jour ? /___/___/

16. Fréquentez-vous souvent des maisons closes ? /___/1=Oui, 2=Non

16a Si oui à quelle occasion-----

16b-Avec qui ?-----

17. La fréquence de vos rapports sexuels ? /___/

1= Une fois par semaine ,2=Deux fois par semaine 3=Une fois par mois 4=Autre(s)---

18-Faites vous des rapports occasionnels parfois ? /___/1=Oui, 2=Non

18a-Si oui étiez-vous protégé ? /___/ 1=Oui, 2=Non

3. Autre (à préciser) -----

19. Pourquoi pensez-vous qu'on doit porter un préservatif pendant les rapports sexuels ? /___/
1=Eviter les maladies, 2=Eviter les grossesses non désirées, 3= Ne sais pas ,4=Autres (à
préciser) -----

III. Connaissances en matière d'IST et du VIH /SIDA

1-Connaissances en matière d'IST :

20. Avez-vous entendu parler de maladie qu'on peut attraper par les relations sexuelles ?
/___/ 1=Oui, 2=Non

21. Si oui lesquelles ? :-----

22 .Quels sont les maîtres symptômes des affections que vous connaissez ? /___/ 1=Pertes
vaginales jaunâtres, 2=Pertes vaginales crémeuses 3=Prurit ou démangeaison, 4=Douleurs
au bas ventre au moment du rapport sexuel, 5=Mal en pissant, 6=Plaies et/ ou boutons sur le
sexe.

23. Avez-vous déjà contracté une IST ? /___/ 1=Oui, 2=Non

-Si Oui quels étaient les principaux signes ?-----

24. Quel traitement avez-vous fait ? /___/ 1= Médecine moderne, 2= Auto médication, 3=
Traditionnelle, 4= Aucun

- si aucun, donnez vos raisons /___/ 1 =Ce n'était pas grave ,2=Manque d'argent ,3=Pas de
temps, 4=Connaissait pas de traitement,

5=Autres (à préciser) -----

25. Avez-vous informé voire tous vos partenaires sexuels ? / ___/

1= Oui tous, 2= Quelques uns , 3=Non aucun, 4=Pas de partenaires.

26. Peut-on avoir une IST sans manifester les signes ? / ___/

1=Oui, 2=Non ,3=Ne sait pas

27 .Quelle a été votre première source d'information sur les IST/SIDA/___/ 1=Parents

,2=école, 3=agent de santé ,4=Ami, 5=Association /organisme, 6=Télévision, 7= Radio ,8=Partenaire ,9= Causerie, 10=Autres (à préciser) -----

28. Continuez-vous toujours à écouter la radio ou de regarder la télévision ? / ___/

1= Tous les jours ,2=Une fois par semaine ,3=Une fois par mois, 4=Rarement ,5=Jamais.

2. Connaissances en matière du VIH/ SIDA :

29. Croyez-vous à l'existence du sida ? / ___/ 1=Oui, 2=Non

30. Pourquoi ? -----

31. Connaissez-vous les voies de transmissions du sida ?/___/ 1=Oui, 2=Non

- Si oui, quelles sont les voies de transmission du Sida ? / ___/ 1=Rapport sexuel non protégé avec une personne infectée, 2=Transfusion avec sang infecté ,3=De la mère au fœtus, 4=Usage de seringues souillées 5= Ne sais pas ,6=Autres (à préciser) -----

32. Pensez-vous être à l'abri du sida ? / ___/ 1=Oui Si oui pourquoi-----

-----,2=Non (pourquoi) -----

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

/ ___/ 1=Oui, 2=Non ,3=Ne sait pas

34. Que peut-on faire pour réduire la transmission du VIH/SIDA?

1= Limiter le nombre de partenaires, 2=Fidélité aux partenaires, 3=S'abstenir des rapports sexuels ,4= Choisir un partenaire non infecté, 5= Utiliser les préservatifs ,6= Traiter précocement les IST ,7=Porter un gris-gris ,8=Eviter la prostitution ,9=Eviter le sang ,10=Etre propre, 11 = Ne sais pas, 12=Autre (à préciser) -----

35. Plus on a des partenaires sexuels, plus grand est-il le risque d'attraper le sida ? / ___/

1=Oui, 2=Non

36. Peut-on guérir du sida ? / ___/ 1=Oui, 2=Non ,3= Ne sait Et avec quels moyens

traite t'on le sida ? / ___/ 1=Médecine moderne ,2=Médecine traditionnelle ,3=Autre (à préciser) -----

37. L'utilisation de condom diminue t'il le risque de transmission du sida ? / ___/

1=Oui ,2=Non

VI. Attitudes :

38. Consentez-vous pour subir et recevoir le test du dépistage du VIH ? /___/ 1=Oui ,2=Non

39. Avez- vous déjà fait un test de dépistage ? /___/ 1=oui, 2=non

-Si oui avez-vous obtenu le résultat de ce test, à quelle occasion et y 'a t'il combien de temps ? -----

-Si non pourquoi ? /___/ 1=Pas penser ,2=Peur, 3=Manque de temps, 4= Moyen, 5=J'ai confiance en moi-même ,6= Inutile, 7=Je ne crois pas au test ,8=Je ne suis pas décider, 9= Je ne fais pas de rapport sexuel, 10=Autre (à préciser) -----

40. Pouvez-vous citer un endroit ou on fait le dépistage du VIH? /___/ 1=oui, 2=non Si oui, indiquer l'endroit (écrire le nom) -----

-/-

FICHE SIGNALITIQUE

NOM : SIDIBE

PRENOM : Aminata Saran

Email : sidibeaminatasaran@gmail.com

Titre : CONNAISSANCES, ATTITUDES ET PRATIQUES DES AIDES MENAGERES EN MATIERE D'INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES ET DU VIH/SIDA EN COMMUNE V DU DISTRICT DE BAMAKO.

Année universitaire : 2013-2014

Ville de soutenance : Bamako

Pays d'origine : Mali

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

Secteur d'intérêt : Santé publique.

RESUME

Il s'agit d'une étude transversale portant sur la connaissance attitude et pratique des aides ménagères en matière d'IST dans la commune V du district de Bamako.

Ainsi il a été retenu 270 AM.

La moyenne d'âge était de **21 ans** avec des âges extrêmes de **14 ans** et **25 ans**.

Les sources d'information tant pour les IST et le VIH/SIDA sont représentées par la télévision, la radio, pour l'essentiel.

L'impact de ce savoir sur le comportement peine à s'affirmer, car seulement **1,09 %** ont toujours utilisée le préservatif lors des rapports sexuels

Notre étude fait ressortir le tabou qui règne autour de la question du non utilisation massive du préservatif. L'âge au premier rapport sexuel était précoce dans l'ensemble.

Il se situait entre **11 ans** et **23 ans**.

En effet cette étude nous montre qu'elles sont bien informées, mais parviennent difficilement à relier leurs connaissances et la perception du risque de contamination.

Motsclés: Connaissance- Pratique –Attitude– IST –AM.

PERSONAL DETAILS CARD

NAME: Sidibe

SURNAME: Aminata Saran

Email: sidibeaminatasaran@gmail.com

Title: KNOWLEDGE, ATTITUDES AND PRACTICES OF DOMESTIC AID IN THE FIELD OF SEXUALLY TRANSMITTED INFECTIONS AND HIV / AIDS IN JOINT DISTRICT V Bamako.

Academic Year: 2013-2014

City of defense: Bamako

Country of Origin: Mali

Place of deposit: Library of the Faculty of Medicine and Odontology-Stomatology (FSOM)

Focus Area: Public Health.

abstract.

This is a cross-sectional study on knowledge attitude and practice domestic helpers for STIs in the common V, District of Bamako.

Thus it was decided 270 AM.

The average age was 21 years with extremes ages of 14 and 25 years.

The sources of information for STIs and HIV / AIDS are represented by television, radio, essentially.

The impact of this knowledge on pain behavior to assert, as only 1.09% always used condoms during sex

Our study highlights the taboo that surrounds the issue of massive non-condom use. The age at first intercourse was early in the set.

It was between 11 and 23 years.

Indeed, this study shows that they are well informed, but find it difficult to relate their knowledge and perception of the risk of contamination.

Keywords: Practice knowledge -Attitude- IST -AM.

ገጽ ፳፻፲፱

JAMU : SIDIBE

ገጽ : Aminata Saran

ገጽ : sidibeaminatasaran@gmail.com

ገጽ : BAARAKEDENW KA DŌNNIYAW N'U KECOGOW KA TALI KE DILANNABAW NI SIDABANA NI SIDABANAKISE KAN BAMAKO KOMINI V KŌNO.

ገጽ : 2013-2014

ገጽ : Bamako

ገጽ : Mali

ገጽ : DŌgŌrŌyakalansoba gafemarayŌrŌ

ገጽ : forobakennyako

BAKURUBAFŌLI

Nin ye kalanbolo ye min ገጽsinnen be baarakedenw ka dŏnniyaw n'u kecogow ma, dilannabanaw kan, Bamako Komini V kŏno. ገጽninkali sera baarakeden 270 ma nin ገጽninini hukumu kŏno.

Npogotigini ገጽninkalenw si hakelama ye **san 21** ye, wa u b'a ta **san 14** na ka taa se **san 25** la.

Nin baara in hukumu kŏno, kunnafonisiraw fanba kera jabaranin ni arajoso ye.

ገጽninkaliw kelen kŏ, a kŏlŏsira ko baarakedenw tilalen kulu kemε-kemε ye, mŏgŏ 1,09 kulu kelen kŏno dŏron de tun be yeretagan matarafa kafŏrŏgŏnya kŏno.

An ka nin ገጽninini y'a jira ko mŏgŏw kelen be ka tangalanw labaarali ke gindolako ye. A kŏlŏsira ko denmisenninw be kŏn ka kafŏrŏgŏnya ke (ka bŏ **san 11** na ka taa se **san 23** ma.

Kuma lasurunya la, nin ገጽninini y'a jira k'u funnafoninen don ka ገጽ, nka u tε k'u ka dŏnniyaw labara walasa k'u yerεmine faratilakow ma.

Dajε kolomaw: Dŏnniya – Waleyali - Kεcogo. Sidabanakise - Sidabana.

Dŏgŏrŏyakalan kuncelisεben 2013-2014

Aminata Saran Sidibe