

MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT
SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

REPUBLIQUE DU MALI

UNIVERSITE DE BAMAKO

UN PEUPLE - UN BUT - UNE FOI

FACULTE DE MEDECINE DE PHARMACIE
ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE



Année Universitaire 2010-2011

Thèse N°/___/

**CONNAISSANCES DES AIDE-
MENAGERES SUR LES MODES DE
TRANSMISSION ET DE PREVENTION
DU VIH/SIDA EN COMMUNE I DE
BAMAKO**

THESE

Présentée et soutenue publiquement le /02 /03 /2011 devant la Faculté de
Médecine de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie
de l'Université de Bamako

Par Mme DIALLO Maïmouna DIALLO

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine (Diplôme d'Etat)

JURY

Président : Pr Soukalo DAO

Membre : Dr Birama SANGARE

Mr. Samba DIARRA

Directeur de thèse : Pr. Samba DIOP

Dédicace

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

Ce travail est dédié à la mémoire de ma mère Feue Mme Diallo Fatimata Traoré paix à son âme.

Remerciements

Mes remerciements vont à l'endroit de :

***Mon Père Drissa Diallo**

Papa, les mots me manquent pour traduire ce que je ressens au plus profond de moi. Tu t'es battu pour nous voir réussir mes frères et moi. Ton dévouement, ta rigueur et ton amour m'ont permis une bonne éducation fondée sur la probité, l'intégrité et la dignité. Tu m'as aussi enseigné le respect de soi et des autres. Sans ton soutien inestimable ce travail n'aurait pas abouti.

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

A toi mon affection et ma gratitude éternelle. Je prie pour que Allah te garde très longtemps en bonne santé auprès de nous. Amen.

***Feue ma Maman chérie :**

Je te dois tout. La réalisation de ce travail est le fruit de tes vœux, tes encouragements et tes infaillibles prières. Merci pour les sacrifices consentis à notre éducation et notre épanouissement. Merci également pour ton affection qui ne nous a jamais fait défaut. Aujourd'hui j'aurai tant voulu que tu sois à mes côtés, mais Dieu en a voulu autrement en t'arrachant si tôt de notre affection, que Sa Volonté se fasse. Je tâcherai In'challah de poursuivre les enseignements que tu m'as donnés. Tu étais la meilleure des mamans.

Puisse Dieu t'Accorder Sa Grâce et t'Accueillir dans Son Paradis.
Amen.

*** Toutes mes autres mamans et tantes :**

Bibi Bathily, Salimata Coulibaly, feu Bintou Cissé, Assan Sissoko, Djènèba Traoré, Djénèbou Koné, Kadiatou Goïta, Sitan Koné, Maimouna Koné :

Ce travail est le vôtre. Merci pour vos encouragements.

***Mon mari Maître Boubacar Namakoro Diallo :**

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

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

***Mon beau père Feu Namakoro Diallo :**

Tu étais un grand homme, un bon musulman. Tu as été un bon père pour tes enfants et ceux d'autrui, ta disparition a laissé un grand vide dans nos cœurs ; Que le Dieu Tout Puissant et Miséricordieux, t'Accorde un repos éternel dans Son paradis. Amen !

Ma Belle-mère Sadio Sissoko :

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

***Toute ma belle famille :**

Merci pour votre considération.

***Tous mes frères et sœurs :**

Ramata , Djénèba, Bassirou, Binta, Samba, Ibrim , Maïmouna Tita , Awa, Salif, Papou, Fily, Séydou, Aminata, Aïssata, Koudédia, Mariam, Abdoulaye, Agnan.

Avec vous on reconnaît la valeur de la grande famille, les uns toujours là pour les autres. Ce travail est le vôtre. Puisse Allah vous accorder la longévité, la santé et la réussite dans toutes vos entreprises. Amen.

***Mes enfants :**

Bintou, Issiaka, Cheik Sidi, et Oumar Diallo.

Longue vie à vous tous. Je vous aime.

***Mes neveux et nièces :**

Merci pour votre respect, longue vie à vous.

***Toute la famille Traoré à Bamako-coura**

Merci pour tout.

***Mention spéciale à mon feu grand-père Falaba Issa Traoré :**

Grand homme de culture et de morale, tu as été mon inspiration. Tu m'as appris que vouloir c'est pouvoir, avec l'aide de Dieu. Puisse Allah t'accorder Sa grâce et t'Accueillir dans Son Paradis. Amen.

***Mes grands-parents paternel et maternel, à mes oncles et tantes, tous mes cousins et cousines :**

Merci pour vos bénédictions et encouragements.

***A mes amies :**

Bôh, Bana, Mariétou, Ouane, Debhora, Awa, Kia, Nana, Sadio, Touty, Mariam Berthé.

Merci pour votre amitié et considération.

***Tous les professeurs de la FMPOS.**

***Tous mes enseignants des écoles fondamentales, et du lycée.**

***Les docteurs :** Mamadou Minamba Kéïta, Mamby Kéïta, Fomba CNAM, Modibo Soumaré, Kola Sow, Daouda cissé .

*** Mon ami et promotionnaire :** Ali Bido Sibaby

***Tous mes amis et camarades de promotion.**

***Tous les étudiants de la FMPOS.**

*** Samba Diarra**, assistant du Pr. Samba Diop.

***Tous les médecins des CHU Point G et Gabriel Touré.**

***Tous les médecins du Centre de santé communautaire de la commune I et du CNAM.**

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

mes sincères remerciements

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DU JURY

- **PROFESSEUR SOUNKALO DAO**

➤ **MAITRE DE CONFERENCE A LA FMPOS**

➤ **RESPONSABLE DE L'ENSEIGNEMENT DES MALADIES
INFECTIEUSES A LA FMPOS**

➤ **INVESTIGATEUR CLINIQUE AU SEREFO**

CHER MAITRE

C'est un grand plaisir que vous nous faites en acceptant de juger ce travail auquel vous avez participé malgré vos multiples occupations.

Votre modestie, votre générosité sans limite, votre gentillesse envers les étudiants de la FMPOS, nous ont montrées en plus de vos qualités de professeur émérite l'image d'un grand éducateur.

Votre disponibilité à notre égard pour le suivi de ce travail nous a permis de mieux vous côtoyer et d'apprécier votre simplicité et vos conseils.

Veillez accepter cher Maître, nos sentiments d'estime et de profond respect.

A NOTRE MAITRE ET JUGE

- **Docteur Sangaré Birama**

- **Médecin coordinateur de l'unité de soins d'accompagnement et de conseil des PVVIH au centre de santé de référence de la commune I du district de Bamako**

- **Diplômé de la FMPOS**

- **Diplômé en IST/VIH de l'université de Paris VII**

CHER MAITRE

Pour vous, nous avons un profond respect et une admiration constante, vous incarnez les vertus d'un travailleur infatigable, sérieux et un sens élevé du devoir.

Votre disponibilité et votre rigueur font de vous un homme

remarquable. En acceptant de siéger dans ce jury de thèse vous nous faites un grand honneur.

CHER MAITRE, c'est l'occasion ici de vous dire infiniment merci.

A NOTRE MAITRE ET JUGE

- **Mr Diarra Samba**

➤ **Diplômé en sociologie**

➤ **Auxiliaire de recherche en sociologie de la santé au département d'enseignement et de recherche et spécialité en santé publique**

CHER MAITRE

Nous profitons de cette occasion pour vous faire part de la grande admiration et de l'estime que nous vous portons. Votre disponibilité, votre simplicité nous ont conquis. Veuillez trouver ici

cher Maître l'expression de notre sincère gratitude et de notre
profond attachement.

A NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR DE THESE

- **Professeur Samba DIOP**

➤ **Maître Assistant à la FMPOS**

➤ **Chercheur en Écologie Humaine, Anthropologie et
Bioéthique**

➤ **Responsable de la section science humaine au projet
SEREFO, VIH-TB**

➤ **Responsable des cours d'éthique et d'anthropologie
médicale à la FMPOS**

CHER MAITRE

Thèse de médecine

Ce travail est le vôtre.

Vous nous avez promptement accueilli avec toute la diligence requise. Votre simplicité, votre esprit communicatif, votre humanisme et votre sens élevé du devoir sont allés au-delà de notre attente. Ces qualités constituent pour nous une source constante d'inspiration et de motivation.

De surprise en surprise nous avons découvert un homme de grande valeur morale prodiguant inlassablement des conseils et d'orientations non seulement dans le sens du perfectionnement constant de ce travail mais également dans la culture déontologique de la carrière que nous embrassons.

Merci de nous guider le pas et de nous avoir fait confiance pour ce travail.

Sida: syndrome immunodéficientaire acquis

VIH: virus de l'immunodéficiency humaine

ARV: antirétroviral

CDC: centers for disease controls

EDS: enquête démographique de la santé

FMPOS: faculté de médecine, de pharmacie et d'odontostomatologie

GP: glycoprotéine

INTI: inhibiteur nucléosidique de la transcriptase inverse

INNTI: inhibiteur non nucléosidique de la transcriptase inverse

IP: inhibiteur de la protéase

IST: infection sexuellement transmissible

LAV: virus associé aux lymphadenopathies

UNESCO: united nations educational scientific and cultural organisation

ADN: acide désoxyribonucléique

ARN: acide ribonucléique

CH:

ELISA:

HTLV:

ONU/S

sida

SIV: virus

INTRODUCTION

OMS: c

I/ CADRE THEORIQUE

PCR:

II/ HYPOTHESES

III/ OBJECTIFS

IV/ METHODOLOGIE

V/ RESULTATS

VI/ COMMENTAIRES ET DISCUSSION

VII/ CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

VIII/ REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

ANNEXES

Tableau I: récapitulatif de l'épidémie du VIH/sida dans le monde, décembre 2007 selon l' ONU/SIDA/OMS.

Tableau II: répartition des aide-ménagères suivant leur ethnie.

Tableau III: répartition des aide-ménagères selon leur âge.

Tableau IV: répartition des aide-ménagères selon leur statut

matrimonial.

Tableau V: répartition des aide-ménagères selon leur niveau de scolarisation.

Tableau VI: répartition des aide-ménagères selon la durée du séjour à Bamako.

Tableau VII: répartition des aide-ménagères selon la source d'information.

Tableau VIII: répartition des aide-ménagères selon leurs connaissances sur les modes de transmission.

Tableau IX: répartition des aide-ménagères selon leurs connaissances sur les modes de prévention.

Tableau X: répartition des aide-ménagères selon leurs connaissances sur le dépistage volontaire.

L'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) est une rétro virose due au VIH1 et VIH2. Ce virus infecte l'Homme et est responsable du syndrome de l'immunodéficience acquise **(12)**. Depuis sa découverte en 1981 aux Etats Unis d'Amérique, le sida est devenu une pandémie qui n'épargne personne: hommes, femmes, enfants, adolescents ou adultes **(7)** et constitue aujourd'hui un problème de santé publique **(13)**.

En 2007, l'ONU/sida (Organisation des Nations Unis pour la lutte contre le sida) estimait que 33,4 millions de personnes sont infectées par le virus du sida avec 2,7 millions de nouvelles infections chaque année dont 72% en Afrique subsaharienne **(14)**. Depuis son apparition, on compte 60 millions de cas avec 25 millions de décès dans le monde. L'Afrique subsaharienne reste la région du monde la plus touchée par l'infection au VIH/sida avec 22,5 millions de cas soit environ 68 % des personnes infectées dans le monde **(6)**.

Le Mali en tant que pays du tiers monde n'est pas épargné avec un taux de prévalence de 1,3 % de la population générale selon le rapport de l'EDSM-IV (Enquête démographique et de santé du Mali) en 2006 **(15)**.

Des études récentes ont révélé que 57% des adultes séropositifs dans le monde sont des femmes et que le sida est la première cause de mortalité dans le monde chez les femmes en âge de procréer **(3)**.

La stratégie VIH/Sida de l'ONG, *Médecins du monde* estimait en 2006 que dans les pays victimes de crises humanitaires, les

femmes sont les plus exposées au VIH **(2)**.

Près 80% des femmes et jeunes filles ayant été violées lors du génocide au Rwanda ont été infectées par le VIH (Unicef-faits et chiffres 2004). On estime aussi qu'au cours de la guerre civile du Liberia, au moins la moitié des femmes et jeunes filles ont été agressées physiquement ou sexuellement. Il y'a 12 ans environ 90% des transmissions du VIH en Thaïlande avaient lieu entre les prostituées et leurs clients. En 2002, on estimait que 5% des nouvelles infections étaient transmises par des maris clients de prostituées à leurs épouses. Ces prostituées représentent une population vulnérable face au VIH et sont généralement exclues des projets et stratégies de prévention nationaux, en raison de leur statut marginal et parfois irrégulier **(5)**.

Au Mali, le taux de prévalence est plus élevé chez les femmes (1,4%) que chez les hommes (0,9%). La grande vulnérabilité biologique des femmes en général face au VIH est encore accentuée par beaucoup d'autres facteurs**(6)**.

La polygamie (sous réserves d'infidélité de la part d'un partenaire), la soumission à l'homme, la non-scolarisation et la pauvreté peuvent constituer des facteurs de risque de transmission du VIH chez les femmes et jeunes filles au Mali.

En ce qui concerne les aide-ménagères en particulier, elles sont encore plus exposées. Cela est dû entre autre à leur analphabétisme, à l'ignorance de leurs droits, à la peur d'être renvoyées, au manque d'accès aux médias, et à leur méconnaissance du VIH/Sida, son mode de transmission et de prévention. Ces facteurs parmi tant d'autres font d'elles des objets

sexuels soit de leur patron, soit d'un ou de plusieurs fils de la maison. Ailleurs, ces premiers facteurs sont le plus souvent associés à d'autres qui sont des pratiques assez courantes chez les aide-ménagères comme le tatouage des gencives, le piercing etc.

Vu sous cet angle, il est nécessaire de mener une enquête auprès de cette couche vulnérable de la population dans le but d'évaluer leurs connaissances sur le VIH et le sida afin de réduire la transmission à défaut d'avoir les moyens de l'éradiquer.

I/ Cadre théorique

1-Historique (6-7)

L'histoire du sida débute en juin 1981 lorsque le CDC (Center for Disease Control) d'Atlanta est informé de l'utilisation de la pentamine dans les hôpitaux de Los Angeles pour traiter cinq jeunes adultes atteints d'une forme particulière grave de pneumocystose pulmonaire. La survenue d'autres cas semblables chez les homosexuels et toxicomanes aboutit à individualiser une nouvelle entité clinique, se manifestant par une altération de l'immunité cellulaire et donc appelée Syndrome de l'Immuno Déficience Acquis (SIDA). L'épidémie a d'emblée suggéré une transmission par un agent pathogène présent dans le sang et les humeurs. L'hypothèse rétrovirale a très rapidement été avancée d'autant qu'il existait plusieurs modèles animaux de déficits immunitaires impliquant cette famille de virus et que le virus HTLV-1 (Human T-cell Leucemia /lymphoma virus) venait d'être isolé chez des malades atteints de leucémies et lymphomes T humains. L'agent causal du SIDA est le HIV-1 (pour virus de l'immunodéficience humaine auparavant appelé LAV/HTLV-III) isolé pour la première fois par F Barré-Sinoussi et collègues à l'institut Pasteur (France) en **1983** et par la suite aux Etats-Unis en **1984**. Il est responsable de la pandémie actuelle.

Un deuxième virus, appelé HIV-2, a été identifié en 1985 puis isolé en 1986. Ce second virus est présent essentiellement en Afrique de l'Ouest et est également associé au SIDA.

En mars **1987**, la zidovudine (AZT) devient le premier antirétroviral anti-VIH à obtenir une autorisation de mise sur le marché français

en même temps qu'aux Etats-Unis.

En février **1994**, les résultats de l'essai franco-américain ACTG-ANRS 024 démontre l'intérêt d'un traitement par AZT pendant la grossesse, l'accouchement et les premières semaines de vie de l'enfant.

1996 : juillet ; X^e conférence internationale sur le SIDA à Vancouver (Canada). L'efficacité des trithérapies est confirmée.

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

2- EPIDEMIOLOGIE

Répartition géographique

Les estimations de l'ONU/SIDA ont révélé en 2002, qu'en Inde 4,6 millions de personnes étaient séropositives.

En décembre 2004, 700000 indiens adultes avaient besoin d'un traitement ARV.

En 2004, 25 millions d'Africains étaient séropositifs au VIH, soit 7,7%. Et on estimait les nouvelles infections par le VIH à 14.000 adultes et 2000 enfants infectés par jour (**7**).

En 2006 l'enquête démographique et de santé au Mali (EDMS IV) avait estimé la prévalence globale du VIH/sida à 1,3%, on constatait aussi des écarts régionaux sur l'ensemble du territoire : Bamako (2,0%), suivie des régions de Mopti (1,6%), Ségou (1,5%), Koulikoro (1,4 %) et Gao (1,4%), possédaient les taux de prévalence les plus élevés. Par contre, les régions de Kidal (0,6 %), Tombouctou (0,7%), Sikasso (0,7%) et Kayes (0,7%)

possédaient les niveaux de prévalence les plus faibles **(15)**.

En 2007 l'Afrique subsaharienne est restée la région du monde la plus touchée par l'épidémie du sida, plus de 2/3 soit 68% de toutes les personnes vivant avec le VIH/sida habitaient dans cette région où se sont produits plus de 3/4 soit 76% des décès dus au sida. On estimait à 1,7 millions le nombre de personnes nouvellement infectées par le VIH en 2007. Ce qui portait à 22,5 millions le nombre total de personnes vivant avec le virus. Contrairement à ce qui se passait dans d'autres régions, la majorité des personnes vivant avec le VIH en Afrique subsaharienne (61%) sont des femmes **(16)**.

Dans l'ensemble de l'Asie on estimait que 4,9 millions de personnes vivaient avec le VIH en 2007 ; y compris les 440.000 qui ont été nouvellement infectées au cours de l'année écoulée **(16)**.

Environ 300.000 personnes sont décédées de maladies liées au sida en 2007 **(16)**.

En 2007, on a estimé à 33,4 millions le nombre de personnes vivant avec le VIH dans le monde ; soit 16% de moins que l'estimation de 39,5 millions publiée en 2006 **(16)**.

Tableau I : Récapitulatif de l'épidémie du VIH/SIDA dans le monde, Décembre 2007 selon ONU/SIDA/OMS (8).

Nombre de personnes vivant avec le VIH/SIDA en 2007	
Total :	33,2 millions (30,6- 36,1millions)
Adultes :	30,8 millions (28,2- 33,6 millions)
Femmes :	15,4 millions (13,9 – 16,6 millions)
Enfants, moins de 15 ans :	2,5 millions (2,2 – 2,6millions)

Nouvelles infections à VIH en 2007	
Total :	2,5 millions (1,8 –4 ,1 millions)
Adultes :	2,1millions (1,4 - 3,6 millions)
Enfants, moins de 15 ans :	420 000millions (350 000-540 000)

Décès dus au SIDA en 2007	
Total :	2,1 millions (1,9 2,4 millions)
Adultes :	1,7 millions (1,6 - 2,1 millions)
Enfants, moins de 15 ans :	330 000 (310 000 – 380 000)

Dans ce tableau, les fourchettes autour des estimations définissent les limites dans lesquelles se situent les chiffres sur la base des meilleures informations disponibles.

3/ L'INFECTION PAR LE VIH /SIDA

3.1 Définition du SIDA en Afrique (6)

Le sida a été défini lors de la réunion atelier de BANGUI du 22 au

25 octobre 1985. Cette définition a été scindée en deux : chez l'adulte et chez l'enfant.

Chez l'adulte.

Le sida est défini par l'existence d'au moins deux signes majeurs associés à un signe mineur en l'absence de toutes autres causes d'immunodépressions tels que les cancers, la malnutrition sévère etc.

De même la présence d'un sarcome de Kaposi généralisé, ou d'une méningite à cryptocoque, est suffisante pour affirmer le diagnostic du SIDA.

Chez l'enfant.

Le sida pédiatrique est suspecté chez un enfant présentant au moins deux signes majeurs associés à au moins deux signes mineurs en l'absence d'autres causes connues d'immunodépression.

-Signes majeurs : perte de poids ou courbe de poids anormale, diarrhées supérieures à un mois, fièvre prolongée supérieure à un mois.

-Signes mineurs : toux persistantes supérieures à un mois, dermatoses prurigineuses généralisées, candidoses oropharyngées, adénopathies généralisées, infection maternelle à VIH confirmée.

3-2/ Modes de transmission (6)

Les principaux modes de transmissions sont aujourd'hui connus. Il s'agit de :

-La transmission par voie sexuelle : elle se fait par

l'intermédiaire des muqueuses buccales, génitales ou rectales, lorsqu'elles sont en contact avec les sécrétions sexuelles ou le sang contenant le virus en présence d'une porte d'entrée.

-La transmission par voie sanguine : elle concerne principalement les professionnels de santé en milieu de soins et en laboratoire victimes d'accidents d'exposition au sang, les toxicomanes par voie IV, les hémophiles et les transfusés et secondairement certaines professions exposées tel que coiffeurs, exciseuses etc....

-La transmission verticale : elle survient surtout au moment de l'accouchement, mais elle peut survenir in utero dans les semaines précédant l'accouchement. Elle peut survenir après l'accouchement, au cours de l'allaitement au sein.

3-3/ Les conditions de transmission du virus (8)

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

-une quantité importante de virus :

chez tous : dans le sang

chez l'homme : dans le sperme, le liquide séminal (qui s'écoule au début de l'érection).

chez la femme : dans les sécrétions vaginales, le lait. Le virus peut se transmettre par ces liquides .Cependant, il faut qu'il y ait une quantité et concentration de virus importantes pour qu'il y ait contamination .Il n'y a donc aucun risque de transmission dans les activités de la vie quotidienne : embrasser, serrer la main, partager des objets (verres, vaisselle ...) et dans les lieux publics (piscine,

toilettes...).

-une porte d'entrée :

Muqueuse (les muqueuses sont les membranes qui tapissent les parois internes des cavités naturelles de l'organisme : bouche, vagin, rectum ...)

Lors de rapports sexuels non protégés.

Voie sanguine.

Transmission en cas d'utilisation d'une seringue usagée pour une injection par voie intraveineuse.

Transmission de la mère à l'enfant pendant la grossesse et l'accouchement , l'allaitement au sein.

Voie cutanée.

En cas de blessure avec un objet souillé de sang contaminé.

3-4/ Histoire naturelle

Le terme histoire naturelle désigne l'ordre habituel prévisible dans lequel se déroulent les manifestations cliniques et biologiques de l'infection VIH. Grâce aux nombreuses études de cohortes mises en place dès le début de l'épidémie, cette histoire naturelle est aujourd'hui bien connue.

L'évolution de la maladie a connu de nombreuses modifications du fait de l'introduction de plus en plus précoce des traitements ARV efficaces capables d'influencer le cours de l'infection.

L'évolution spontanée de l'infection VIH peut être divisée en trois phases :

*la primo-infection ou phase aiguë (dure quelques semaines).

*la phase chronique (plusieurs années).

*la phase finale symptomatique (durée indéterminée).

4-5/ Diagnostic clinique

Le sida représente une forme tardive et compliquée de l'infection par le VIH. Il a été défini initialement comme une maladie évoquant une atteinte de l'immunité à médiation cellulaire sans cause de diminution des résistances à cette maladie.

Au fil du temps sa définition a évolué et s'est enrichie avec comme base clinique la proposition des CDC (centers for diseases control) faite en 1987. Aujourd'hui les critères de définition sont essentiellement basés sur la classification CDC révisée en 1993 et la classification en stades cliniques proposée par l'OMS.

Classification en stades cliniques proposée par l'OMS(11)

.Stade clinique 1 :

- Patient asymptomatique
- Adénopathie persistante généralisée

Degré d'activité : patient asymptomatique activité normale.

.Stade clinique 2 :

- Perte de poids inférieur à 10% du poids corporel.
- Manifestations cutané-muqueuses mineurs (dermatites Séborrhéiques , prurigo, atteinte fongique des ongles, ulcérations buccales, chéilite angulaire).
- Zona au cours des cinq dernières années.
- Infections récidivantes des voies aériennes supérieures.

Et /ou degré d'activité 2 : patient symptomatique, activité normale.

.Stade clinique 3 :

- Perte de poids supérieur à 10% du poids corporel
- Diarrhée chronique inexpliquée pendant plus d'un mois
- Fièvre prolongée inexpliquée (intermittente ou constante) pendant plus d'un mois
- Candidose buccale
- Leucoplasie chevelue buccale
- Tuberculose pulmonaire dans l'année précédente
- Infections bactériennes sévères (pneumopathie, pyomyosite), et /ou Degré d'activité 3 : patient alité moins de la moitié de la journée pendant le dernier mois.

.Stade clinique 4 :

- Syndrome cachectique du VIH selon la définition des CDC.
- Pneumopathie à *pneumocystis jirovecii*
- Toxoplasmose cérébrale
- Cryptosporidiose accompagnée de diarrhée pendant plus d'un mois.
- Cryptococcose extra pulmonaire.
- Cytomegalovirose (CMV) touchant un autre organe que le foie, la rate ou les ganglions lymphatiques.
- Herpes cutanéomuqueux pendant plus d'un mois ou viscéral quelqu'en soit la durée.
- Leucoencéphalopathie multifocale progressive.
- Toute mycose endémique généralisée (histoplasmosse,

coccidiomycose).

- Candidose de l'œsophage, de la trachée, des bronches, ou des poumons.
- Mycobactériose atypique, généralisée.
- Septicémies à salmonelles non typhiques
- Tuberculose extra pulmonaire.
- Lymphome
- Maladie de Kaposi
- Encéphalopathie à VIH selon la définition des CDC

Et /ou degré d'activité : patient alité plus de la moitié de la journée pendant le dernier mois.

Classification CDC d'Atlanta de 1993(17-18).

Catégorie A :

Un ou plusieurs des critères listés ci-dessous chez un adolescent infecté par le VIH s'il n'existe aucun critère des catégories B et C :

Infection VIH asymptomatique

LPG (lymphadénopathies généralisées persistantes)

primo–infection symptomatique

Catégorie B :

Manifestations cliniques chez un adulte ou un adolescent ne faisant pas partie de la catégorie C et qui répond au moins à l'une des conditions suivantes :

.elles sont liées au VIH ou indicatif d'un déficit immunitaire

.elles ont une évolution clinique ou une prise en charge

thérapeutique compliquée par l'infection à VIH.

Les pathologies suivantes font partie de la catégorie B, la liste n'est pas limitative :

- angiomatose bacillaire
- candidose oropharyngée
- candidose génitale, persistante ou qui répond mal au traitement
- dysplasie du col (modérée ou grave), carcinome in situ
- leucoplasie chevelue de langue
- zona récurrent ou envahissant plus une dermatose
- purpura thrombopénique idiopathique
- salpingite, en particulier lors des complications par abcès tubo-ovariens
- neuropathie périphérique
- syndrome constitutionnel : fièvre ou diarrhée supérieure à un mois.

***Catégorie C :**

Cette catégorie correspond à la définition du sida chez l'adulte. Lorsqu'un sujet a présenté une des pathologies de cette liste il est classé définitivement dans la catégorie C :

- candidose bronchique, trachéale ou pulmonaire
- candidose de l'œsophage
- cancer invasif du col
- coccidiomycose disséminée ou extra pulmonaire
- cryptococcose extra pulmonaire
- cryptosporidiose intestinale supérieure à un mois
- infection à CMV (autre que le foie, rate, ou ganglions)
- rétinite à CMV (avec altération de la vision)

- encéphalopathie due au VIH
- infection herpétique, ulcères chroniques supérieurs à un mois,
- ou bronchique pulmonaire, ou oesophagien
- histoplasmosse disséminée ou extra pulmonaire
- isosporidiose intestinale chronique (supérieur à un mois)
- maladie de Kaposi
- lymphome de Burkitt
- lymphome immunoblastique
- lymphome cérébral primitif
- infection à *Mycobacterium avium* ou *kansasii* disséminée ou extra pulmonaire
- pneumonie à *Pneumocystis firoveci*
- pneumopathie bactérienne récurrente
- leuco encéphalopathie multifocale progressive
- septicémie à salmonelles non typhi récurrente
- toxoplasmosse cérébrale
- syndrome cachectique du au VIH

4/ DIAGNOSTIC BIOLOGIQUE

Le diagnostic peut être direct ou indirect.

4-1/ Diagnostic direct(6).

4-1-1/ La détection des antigènes du virus

Principe :

La détection des antigènes du VIH est réalisée par une méthode ELISA dans le sérum, le plasma, le liquide céphalo-rachidien ou tout autre liquide biologique.

Le principe général de cette technique est le suivant : les anticorps

d'un sérum poly clonal anti-VIH, fixés sur le fond des puits d'une microplaque ou sur des billes de polystyrène sont mis en présence du sérum humain à tester et se lient à l'antigène viral éventuellement présent.

Après des lavages répétés, la présence de l'antigène est révélée par des anticorps anti-VIH du lapin ou de la chèvre (l'antigène est donc associé en sandwich avec deux types d'anticorps anti-chèvre ou anti-lapin conjugués à une enzyme). La présence de l'antigène se traduit par l'apparition de la coloration spécifique du produit de la réaction enzymatique, et l'intensité de la coloration permet une quantification de cet antigène.

4-1-2/ L'isolement viral

Principe :

Des cellules mononuclées du sang périphérique prélevé sur anticoagulant sont mises en culture pour les séparer des autres cellules sanguines par centrifugation.

Après lavage, elles sont mises en suspension dans un milieu de culture riche contenant en particulier de l'interleukine 2 , un facteur de croissance indispensable pour les lymphocytes, et des substances favorisant l'infection virale tels que le polybiène et le sérum anti-interféron.

La stimulation des cellules se fait avec la phytohémagglutinine (PHA). Les cultures cellulaires sont maintenues pendant quatre à six semaines. La mise en évidence du virus repose sur l'étude du surnageant de la culture dans lequel on détecte l'antigène viral et l'activité de la transcription inverse.

Ailleurs ,on a en plus **détection des acides nucléiques viraux** dont deux techniques les plus couramment utilisées pour cette détection sont :

L'hybridation qui utilise l'ARN du VIH radio-marqué ou marqué par une enzyme pour sonder les cellules mononuclées à la recherche de l'ADN viral ; et la technique d'amplification des séquences appelées **PCR** (Polymerase Chain Reaction) : elle se fait à partir de l'ADN. On recherche directement la présence de l'ADN pro viral intégré dans l'ADN cellulaire ou la présence des ARN génomique ou messagers, en faisant précéder l'amplification d'une étape de transcription inverse qui transforme l'ARN en ADN (RT-PCR).

4-2/ Diagnostic indirect

4-2-1/ Technique ELISA

La technique actuelle la plus utilisée pour la recherche des anticorps anti-VIH est une technique immunoenzymatique : L'ELISA (Enzyme Linked Immuno Sorbent Assay). C'est une méthode simple, destinée au dépistage de grandes séries de sérums. Dans cette réaction, l'antigène viral est fixé par absorption physique à un support solide (microplaque ou bille de polystyrène). On distingue trois grands groupes de technique : les techniques de type sandwich, les techniques indirectes et les techniques par compétition.

4-2-2/ Tests rapides

Les progrès de la technologie ont permis de mettre au point des

séries de tests rapides dont le temps d'exécution varie selon les formes (5 à 30 minutes). Ces tests utilisent entre autres :

***La technique d'agglutination.**

***La technique d'Immuno filtration ou Dot Blot.**

4-2-3/ Tests de confirmation

Etant donné l'existence de résultats parfois faussement positifs, il est en principe obligatoire de pratiquer un test de confirmation avant de délivrer un résultat positif.

***Le Western blot (ou Immunotransfert).**

Principe:

Dans un premier temps, les protéines virales sont séparées selon leur masse moléculaire par une électrophorèse sur gel de polyacrylamide et en milieu dissociant, puis transférées sur membrane de nitrocellulose ,cette dernière est ensuite découpée en bandes longues et étroites.

Dans un second temps, les sérums à traiter sont mis à incuber en présence des bandelettes de nitrocellulose; les anticorps présents se fixent en fonction de leur spécificité sur les protéines virales préalablement séparées : on révèle leur présence par addition d'une antiglobuline humaine marquée par une enzyme, puis d'un substrat chromogène.

***Technique radio-Immuno-précipitation : RIPA.**

Principe:

Elle utilise un virus marqué par un isotope radioactif (en général la cystéine 35) ; le lysat viral contenant les antigènes est incubé avec les sérums à tester. Les complexes immuns formés sont alors captés sur un support d'affinité telles que des billes de protéines A-sepharose.

Les antigènes viraux retenus par les anticorps spécifiques sont ensuite dilués et séparés en fonction de leurs poids moléculaires sur gel de polyacrylamide. La révélation est effectuée par autoradiographie.

Cette technique met en évidence préférentiellement des anticorps dirigés contre les protéines d'enveloppe.

***Test d'Immunofluorescence (IFA).**

C'est une technique d'exécution facile, qui demande moins de temps que le Western blot.

Principe :

Des cellules lymphocytaires infectées par le virus sont déposées sur des lames de microscope, de cellules identiques non infectées servent de témoins et permettent d'éliminer les fixations non spécifiques.

***L'Immunoanalyse en ligne.**

Principe:

Cette technique utilise des bandes de nylon fixées sur un support plastique ainsi que des protéines recombinantes et des peptides

de synthèse déposés selon cinq lignes discontinues. Pour le VIH1, on utilise quatre antigènes : P17 et P24 du gène GAG, gp41 du gène ENV et P32 du gène POL. Pour le VIH2, on se sert de gp36 du gène ENV. Le conjugué utilisé est une IgG de chèvre anti IgG humaine purifiée par affinité et marquée à la phosphatase alcaline. Le test en ligne Pepti-Lav : ce test utilise une membrane fixée sur un support plastique et comporte une ligne avec un sérum témoin et deux bandes sensibilisées avec des peptides de synthèses spécifiques qui représentent des épitopes immunogènes gp41 du VIH1 et gp36 du VIH2. Le conjugué utilisé est une immunoglobuline de chèvre anti-IgG humaine purifiée, marquée à la peroxydase de raifort.

5/ LE TRAITEMENT(6).

L'arsenal thérapeutique contre le VIH est constitué d'une vingtaine de médicaments antirétroviraux agissant d'une part sur les deux enzymes nécessaires à la réplication du virus, et d'autre part, sur les mécanismes d'entrée du virus dans la cellule. Ces médicaments sont très actifs et permettent de contrôler la réplication du virus.

Cependant, ils ne permettent pas l'élimination du virus et donc la guérison des sujets infectés. De plus, ils sont responsables de nombreux effets indésirables parfois mal tolérés.

Les antirétroviraux actuellement utilisés sont :

5-1/ Les Inhibiteurs de la Transcriptase Inverse (ITI)

Ils empêchent la synthèse d'ADN pro viral à partir de l'ARN viral.

On trouve dans cette classe :

***Les Inhibiteurs Nucléosidiques de la Transcriptase Inverse (INTI).**

Ils comprennent la zidovudine (AZT), la didanosine (ddI), la zalcitabine (ddC), la stavudine (d4T), la lamivudine (3TC), l'abacavir (ABC), et l'emtricitabine (FTC).

***Les Inhibiteurs Non Nucléosidiques de la Transcriptase Inverse (INNTI).**

Ce sont des inhibiteurs puissants et très sélectifs de la transcriptase inverse du VIH. On trouve dans cette classe : la névirapine et l'éfavirenz. Ils ne sont actifs que sur le VIH-1.

***Les analogues nucléotidiques.**

Il s'agit du tenofovir.

5-2/ Les Inhibiteurs des Protéases (IP)

Ils agissent en inhibant l'action de la protéase virale qui permet le clivage et l'assemblage des protéines virales. On obtient alors des virions incapables d'infecter de nouvelles cellules. Les IP sont actifs sur le VIH-1 et le VIH-2.

5-3/ Les inhibiteurs de fusion et d'entrée

Ils agissent au premier stade de la réplication du virus en empêchant la fusion entre le virus et la cellule par inhibition compétitive. Exemple : Enfuvirtide.

Le traitement anti rétroviral varie en fonction du stade clinique, du taux de lymphocytes T CD4+ et de la charge virale VIH. Il comprend actuellement trois médicaments, en général, deux inhibiteurs nucléosidiques de la transcriptase reverse associés à un inhibiteur des protéases ou à un inhibiteur non nucléosidique de la transcriptase reverse ou parfois à un troisième inhibiteur nucléosidique de la transcriptase reverse ("trithérapie "). Un inhibiteur de fusion y est éventuellement associé.

Le traitement anti rétroviral est débuté lorsque les sujets ont des signes cliniques d'immunodépression ou lorsque le taux de lymphocytes T CD4+ est inférieur à 200 par microlitre. Pour les sujets ayant un taux de lymphocytes T CD4+ entre 350 et 200 par microlitre, la charge virale VIH-1 et la vitesse de la chute des lymphocytes seront prises en compte.

II/ Hypothèses de l'étude

H1: Les aide-ménagères constituent une population à risque en matière de transmission du VIH/Sida.

H2: La sensibilisation des aide-ménagères qui sont sexuellement actives, améliore leur comportement face au risque lié à la transmission du VIH/Sida.

III/ Objectifs

1/ Objectif général :

Evaluer les connaissances des aide-ménagères de la commune I du District de Bamako (cas de Boukassoumbougou et Sotuba) sur les modes de transmission et de prévention du VIH/Sida.

2/ Objectifs spécifiques

- Evaluer les connaissances des aide-ménagères de la commune I de Bamako (cas de Boukassoumbougou et Sotuba) sur les modes de transmission du VIH/Sida.
- Evaluer les connaissances des aide-ménagères de la commune I de Bamako (cas de Boukassoumbougou et Sotuba) sur la prévention du VIH/Sida.
- Evaluer les connaissances des aide-ménagères de la commune I de Bamako (cas de Boukassoumbougou et Sotuba) sur le dépistage volontaire.

IV/ Démarche méthodologique

1/Justification de la recherche

Au Mali, les femmes sont plus exposées à certains facteurs de risque auxquels les hommes ne sont pas. Les aide-ménagères qui proviennent du milieu rural le sont plus et cela pour la plupart des facteurs liés aux relations sociales et aux réalités économiques du pays. Les normes sociales les maintiennent dans une ignorance dangereuse pour ce qui touche au sexe et à la sexualité.

Les relations sexuelles avec plusieurs partenaires représentent un moyen de survie essentiel pour de nombreuses femmes à cause de la pauvreté. Dans de nombreuses relations, ce sont les hommes qui détiennent le pouvoir, les femmes ne sont pas en mesure de refuser un rapport sexuel ou d'exiger l'utilisation du préservatif.

Au Mali, la polygamie étant autorisée, les femmes sont encore plus exposées au VIH que les hommes en cas d'infidélité d'un partenaire (deux à quatre femmes pour un seul homme).

Des droits inégaux en matière de propriété et d'héritage rendent possible la paupérisation des femmes suite au décès de leur mari ou parents. La pauvreté et la dépendance financières les rendent encore plus exposées à l'exploitation, à la violence sexuelle et l'exode rural.

En dépit des informations sur le VIH/Sida, grande a été notre surprise de constater qu'au niveau de certaines couches notamment les aide-ménagères le VIH est mal connu. Suite à notre demande peu de moyens de prévention ont été dégagés, pourquoi il nous a été donné d'élargir notre couverture d'enquête

auprès d'une large population pour évaluer les risques et les dangers liés à la méconnaissance du VIH. Pour cette raison, nous avons choisi cette population cible.

2/ Type, durée et description de zone d'étude

Il s'agit d'une étude analytique et descriptive qui s'est déroulée en deux mois soit du 10 Avril au 10 Juin 2010.

La commune I du District de Bamako qui a été notre lieu d'étude a une superficie de 3.626 km² avec une population de 256.216 habitants. Elle est limitée au Nord par la commune rurale de Djalakorodji, à l'Ouest par la commune II, au Nord-Est par la commune rurale de Sangarébourgou, à l'Est par la commune rurale de Gabakourou et au Sud par le fleuve Niger. Elle compte 9 quartiers: Boukassoumbougou, Djélibougou, Doumanzana, Korofina Nord, Korofina Sud, Bankoni, Fadjiguila, Sikoroni, Sotuba(1).

3/ Population d'étude: échantillonnage

Nous avons mené notre enquête auprès d'un échantillon de 309 aide-ménagères habitant la commune I du District de Bamako (plus précisément à Boukassoumbougou et Sotuba).

Nous avons procédé selon les règles de l'éthique par aborder les individus dans leur domicile pour leur poser des questions et cela en respectant la confidentialité et le consentement **libre et éclairé** avec l'accord des employeurs.

4/ Critères d'inclusion

- Etre une aide-ménagère.
- Résider en commune I.
- Avoir une durée de séjour d'au moins 6 mois.
- Accepter de participer à l'étude en répondant aux questions.

5/ Critères de non-inclusion

Sont exclues de notre étude toutes celles qui ne correspondent pas aux critères d'inclusion.

6/ Aspects éthiques

La participation a été volontaire et anonyme. Les aide-ménagères ont donné leur consentement éclairé et étaient libres de se retirer à tout instant de l'étude sans aucune contrainte ou préjudice.

.Valeur sociale:

Notre étude a permis d'éclairer nombre d'aide-ménagères sur la transmission et les modes de prévention du VIH/sida et par extension les autres membres de la famille.

.Valeur scientifique de l'étude:

Cette enquête devrait permettre aux décideurs d'améliorer leur stratégie de lutte contre le VIH/Sida auprès de cette couche vulnérable.

.Autorisation administrative:

Du doyen de la FMPOS et du maire de la commune I.

7/Collecte des données

Les aide-ménagères retenues ont été soumises à des questions et les éléments de réponse ont été enregistrés au moyen d'un dictaphone. Il s'agissait de les questionner une par une et souvent d'organiser des focus de groupe de 4 à 6 personnes.

8/ Saisie et analyse des données

La saisie et l'analyse des données ont été réalisées à partir du logiciel Microsoft Works 99-2003.

VI Résultats

Tableau II: Répartition des aide-ménagères suivant les ethnies

ETHNIE	FREQUENCE	POURCENTAGE
Bambara	160	51,77
Dafing	28	9,06
Bobo	27	8,73
Peulh	22	7,11
Dogon	20	6,47
Mienga	17	5,5
Sinafo	16	5,17
Malinké	7	2,26
Sarakolé	5	1,61
Bozo	4	1,29
Ganan	3	0,97
TOTAL	309	100

La majorité des aide-ménagères interrogées sont des **bambaras** avec **51,77%**.

Tableau III: Répartition des aide-ménagères selon leur âge

AGE	FREQUENCE	POURCENTAGE
18-20	128	41,42

21-25	115	37,21
Ne connaissent pas	55	17,79
25-35	11	3,55
TOTAL	309	100

On a trouvé **41,42%** d'aide-ménagères ayant un âge compris entre **18 et 20 ans**. Dans **17,79 %** des cas, elles ignoraient leur âge.

Tableau IV: Répartition des aide-ménagères suivant leur statut matrimonial

STATUT	FREQUENCE	POURCEN
MATRIMONIAL	TAGE	
Célibataire	166	53,72
Mariée	71	22,97
Fiancée	70	22,65
Veuve	2	0,64
TOTAL	309	100

La plupart des aide-ménagères interrogées sont des **célibataires** dans **53,72%** des cas (166 sur 309).

Tableau V: Répartition des aide-ménagères selon leur niveau de scolarisation

NIVEAU	FREQUENCE	POURCENTAGE
DE SCOLARISATION		
Non scolarisée	235	76,05
Premier cycle	56	18,12

Second cycle	9	2,94
Ecole coranique	6	1,91
Langue nationale	3	0,97
TOTAL	309	100

La majorité des aide-ménagères interrogées sont **non-scolarisées** dans **76,05%** des cas (235 sur 309).

Tableau VI: Répartition selon la durée du séjour à Bamako

DUREE DU SEJOUR	FREQUENCE	POURCENTAGE
6-12 mois	227	73,46
12-24 mois	43	13,91
Supérieure à 24 mois	30	9,70
Bamakoise	9	2,91
TOTAL	309	100

La majorité des aide-ménagères interrogées ont une durée de séjour à Bamako comprise entre **6 et 12 mois** dans **73,46%** des cas. Par contre dans **2,91%** des cas, elles sont des Bamakoises.

Tableau VII: Répartition selon la source d'information

SOURCE D'INFORMATION	FREQUENCE	POURCENTAGE
Television et/ou radio	161	52,1
Ne connaissent pas	47	15,21
Causeries(bouche à Oreille)	63	20,38
Campagnes de sensibilisation	32	10,35
Ecole	6	1,94
TOTAL	309	100

On a trouvé **52,1%** d'aide-ménagères ayant entendu parler du VIH/sida via la télévision et/ou la radio ; par-contre **15,21%** ont déclaré n'en avoir jamais entendu parler.

Tableau VIII: Répartition des aide-ménagères selon leurs connaissances sur les modes de contamination

MODE DE CONTAMINATION	FREQUENCE	POURCENTAGE
Ne Connaissent pas	168	54,36
Objets pointus et/ou tranchants (OPT)	49	15,85
Rapports sexuels	42	13,6
Sang contaminé	16	5,17
Cohabiter avec un séropositif	10	3,23
Rapports sexuels+OPT+transmission mère/enfant	6	1,94

Préservatif	5	1,61
Prostitution	5	1,61
Mouche et moustique	4	1,3
Tatouage des gencives	3	0,97
Insalubrité	1	0,32
TOTAL	309	100

On a trouvé **54,36%** d'aide-ménagères n'ayant **aucune connaissance** sur les modes de transmission du VIH/sida. Par contre **15,85%** ont cité les objets pointus et tranchants comme principaux modes de contamination, suivis des rapports sexuels non protégés dans **13,6%** des cas.

Tableau IX: Répartition des aide-ménagères selon leurs connaissances sur les modes de prévention du VIH/Sida

MODE DE PREVENTION	FREQUENCE	POURCENTAGE
Ne connaissent pas	204	66,01
Préservatif	45	14,56
Abstinence et fidélité	20	6,47
Utilisation de nouvelles lames	18	5,82
Dépistage	9	2,91
Eviter tout contact avec un séropositif	5	1,61
Ne pas se prostituer	4	1,29
Eviter le sang d'autrui	3	0,97
Se désinfecter les mains	1	0,31
TOTAL	309	100

La plupart des aide-ménagères interrogées n'ont **aucune connaissance** en ce qui concerne la prévention du VIH/sida avec **66,01%** des cas. Le mode de prévention le plus connu est le préservatif avec **14,56%** des cas, suivie de l'abstinence+fidélité avec **6,47 % des cas**.

Tableau X: Répartition des aide-ménagères selon leurs connaissances sur le dépistage volontaire

Connaissance sur le dépistage volontaire	Fréquence	Pourcentage
Jamais entendu parler	163	52,75
Pour connaître son statut sérologique	49	15,85
Pour se protéger du VIH/SIDA	45	14,56
En ont entendu parler mais ignorent le but	30	9,7
Pour savoir si on a une maladie quelconque	12	3,88
Pour rester en bonne santé	8	2,58
Pour avoir un enfant	2	0,64
TOTAL	309	100

Dans **52,75%** des cas, elles n'ont jamais entendu parler du dépistage volontaire. Par contre **15,85%** des aide-ménagères

savent que le dépistage se fait pour connaître son statut sérologique.

VI/ COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS

Difficultés rencontrées

La lenteur des procédures administratives au niveau de la mairie pour l'obtention d'une autorisation.

Des difficultés de communication ainsi que des déficits d'information ont été notés chez beaucoup d'aide-ménagères, réduisant ainsi la portée de l'étude, à cela s'est ajoutée la crainte de certaines à parler à une inconnue occasionnant un dialogue de sourd avant leur accord.

Ailleurs, beaucoup d'employeurs nous ont demandés de repasser car leurs aide-ménagères étaient occupées à effectuer des travaux domestiques ou nous demandaient de payer leurs bonnes pour qu'elles participent à l'enquête car selon elles tout projet concernant le VIH/Sida est source d'enrichissement.

Les limites méthodologiques

Notre échantillon ne représente qu'un petit taux de représentativité des aide-ménagères de Bamako.

Beaucoup d'aide-ménagères donnaient des réponses nuancées.

D'une façon générale, tous les aspects évoqués ont montré à quel

point le travail de collecte de données est délicat.

1/ Données Générales

Cette étude a porté sur l'ethnie, l'âge, la nationalité, la situation matrimoniale, le niveau de scolarisation, et la durée du séjour à Bamako à l'exception du sexe étant donné que cet emploi est exercé uniquement par les femmes .

L'enquête s'est déroulée exclusivement dans deux quartiers de la commune I du district de Bamako: **Sotuba et Boukassoumbougou.**

L'âge et l'ethnie:

*Les aide-ménagères avaient un âge compris entre 18 et 35 ans. Mais la majorité avait entre 18 et 20 ans avec **41,42%**. Par-contre **17,79%** ne connaissaient pas leur âge.

*Il y avait onze ethnies confondues dans notre étude. La majorité des aide-ménagères étaient des bambaras avec **51,77%**, suivis des dafing avec **9,06%** puis des bobos avec **8,73%**.

Nationalité et situation matrimoniale :

*Elles étaient toutes des maliennes.

*La situation matrimoniale était en faveur des célibataires avec **53,72%** , suivies des fiancées avec **22,97%**. Cela s'explique par le fait que ces jeunes filles viennent travailler à Bamako pour pouvoir s'offrir de beaux habits et ustensiles de cuisine en vue leur mariage.

La durée de séjour à Bamako et le niveau de scolarisation:

*Notre objectif était d'interroger des aide-ménagères ayant un séjour d'au moins six mois. La majorité avait effectué un séjour de 6 à 12 mois avec **73,46%** par ailleurs **2,91%** étaient des bamakoises.

*Elles étaient non scolarisées avec **76,05 %**; la petite minorité ayant eu une formation avait abandonné soit au niveau du premier cycle avec **18,12%**, soit au niveau du second cycle avec **2,91%**.

Les sources d'information sur le VIH/sida

Selon notre enquête **84,78%** des aide-ménagères ont entendu parler du VIH/sida, avec comme principale source d'information la télévision et/ou la radio avec **52,10%** suivie par la méthode de bouche à oreille (causeries) avec **20,38%**. En 2007 dans l'enquête de **A Haïdara (19)** ,**100%** des aide-ménagères avaient entendu parler du Sida et **58,6%** via la télévision.

Même si un nombre important d'aide-ménagères ont entendu parler du sida, on a trouvé **15,21%** **n'ayant aucune connaissance sur le VIH/sida.**

Les connaissances sur le mode de transmission du VIH/sida.

Dans notre étude les voies de transmission les plus connues étaient les objets pointus et tranchants **selon 15,85%** des aide-ménagères; suivie de la voie sexuelle (**13,6%**) ; puis le sang contaminé (**5,17%**). Malheureusement **54,36%** des aide-ménagères soit la majorité n'avait aucune connaissance sur les

modes de transmission du VIH/Sida .

Les moyens de prévention

Selon notre enquête auprès des aide-ménagères **66,01%** ne **connaissaient** aucun moyen de prévention contre le VIH/sida; **14,56%** pensaient que le meilleur moyen de prévention contre le SIDA était le préservatif, contre **26%** chez **A. Haïdara (19)**; suivies de l'abstinence et la fidélité (**6,47%**), et l'utilisation de nouvelles lames (**5,82%**).

La connaissance sur le dépistage volontaire:

*Nombreuses étaient celles qui n'avaient jamais entendu parler du dépistage volontaire dont **52,75%** des aide-ménagères.

*Seules **15,85%** savaient que l'on se faisait dépister pour connaître son statut sérologique.

*Pour **14,56%**, il s'agirait de se protéger du Sida.

VII/ CONCLUSION & RECOMMANDATIONS

CONCLUSION

Au terme de notre étude on a dénoté que les aide-ménagères ont une connaissance minimale sur les modes de transmission du VIH/sida, les moyens de prévention et le dépistage volontaire.

On a aussi retrouvé des proportions non négligeables d'individus n'ayant aucune information sur les voies de transmission et de prévention du VIH/sida.

Personne n'a parlé de l'idée de faire le dépistage avant le mariage comme moyen de lutte.

Par ailleurs comme perspective de recherche en vue de combler les insuffisances, il faudra un échantillonnage plus représentatif axé sur les tous les quartiers des six communes de la ville de Bamako.

RECOMMANDATIONS

A l'issue des résultats et des conclusions de cette étude, les recommandations suivantes sont formulées et s'adressent respectivement :

★ **Aux autorités politiques et sanitaires, à travers le Centre National d'Information, d'Education et de Communication pour la Santé (CNIECS):**

- De créer des centres d'alphabétisation, d'écoute et d'animation pédagogique en matière de prévention contre VIH/sida dans les communes du district de Bamako et les centres urbains du Mali.
- De former les agents socio-sanitaires surtout ceux travaillant dans les milieux ruraux sur l'utilisation des outils d'information et de communication en matière de prévention contre le VIH/sida.
- De renforcer la lutte préventive contre le VIH/sida à travers des émissions de télévision et de radio.
- D'organiser des campagnes de sensibilisation à travers des théâtres et des sketches dans les villages en s'intéressant particulièrement aux femmes et aux jeunes filles.
- De créer des centres de formation d'aide-ménagères afin de les sensibiliser, les informer sur les risques du métier, les modes de prévention et de transmission du VIH/sida; leur donner des informations sur le dépistage volontaire et enfin les inciter à le pratiquer.

★ **A toutes les personnes qui embauchent des aide-ménagères:** de sensibiliser et d'informer continuellement leurs aide-ménagères sur les modes de transmission et de prévention du VIH/sida.

★ **Aux aide-ménagères:**

- De participer avec grand intérêt aux campagnes d'éducation, d'information et de communication en matière de protection contre le VIH/sida.
- De fréquenter des centres d'écoute et de communication en matière de protection contre les VIH/sida.
- D'être attentives aux conseils lors des campagnes de sensibilisation.
- De s'informer régulièrement sur les modes de transmission et de prévention du VIH/sida afin d'élargir leurs connaissances sur cette maladie.
- D'abandonner les comportements à risque tels que le tatouage, le piercing, les relations sexuelles non protégées, l'infidélité.
- De se faire dépister.

VIII/ REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- 1) fr-wikipedia.org/wiki/Bamako(le 02 février 2010)
- 2) Rapport de la stratégie VIH/Sida, Médecins du Monde-2006
- 3) ww.France-info.com/sciences-sante-2009-10-01-le-sida-dans-le-monde-375451-29-30.html(le 02 février 2010)
- 4) **Keita Severin**: étude des connaissances des coiffeurs masculins de Bamako sur les modes de contamination et la prévention du VIH/Sida, thèse de médecine 2008 , Bamako 2008.
-
- 5) _www.sida-info-service-org/spip.php(le 02 février 2010)
- 6) **Traoré Fatoumata**:
Etude de la séroprévalence et des connaissances, attitudes et pratiques sur le VIH/Sida dans le secteur de l'éducation: thèse de Pharmacie, Juin 2008, Bamako.

7) Haïdara Moulaye I:

Connaissances et attitudes des clients masculins des coiffeurs de la ville de Bamako.

8) data-unaid.org/pub/EP/stides/2007/2007_epiupdate-fr.pdf (10 juin 2010) .

9) Larousse médicale

10) Dictionnaire illustrée des termes de médecine 29^e édition.

11) fr.wikipedia.org/.../syndrome_d'immunodeficiency_acquise.

12) APPIT.

Infection à VIH et SIDA. Médecine tropicale, Paris : Flammarion, 1994

13) ELKHOULY AE., YOUSEF RT.

Antibacterial efficiency of mercurials. J Pharm sci 1974; **63**:681-685.

14) ONUSIDA

Le point sur l'épidémie de SIDA : février 2007 3p.

15) L'enquête préliminaire de EDSM IV au Mali.2006

16) ONUSIDA Rapport sur l'épidémie mondiale du sida 2007; 30p.

17) JULLE .D.

Prise en charge thérapeutique des personnes infectées par le VIH.

Paris : Flammarion Médecine –sciences, 2002, **PP.263-275**.

18) OMS.

Améliorer l'accès aux traitements antirétroviraux dans les pays à ressources limitées.

Recommandations pour une approche de santé publique.

Révision 2003. Genève, 2004.

19) Haïdara Mohamed Adama

Connaissances, attitudes et pratiques comportementales liées au VIH-sida chez les aidants sociaux dans le District de Bamako : le capital expérentiel de l'exode rural dans la prévention des IST et VIH-sida.

Fiche Signalétique

Nom :Diallo

Prénom : Maïmouna Drissa

Tél : (00223) 66-65-60-85

Email : nanadifr@yahoo.fr

Titre : Connaissances des aide-ménagères sur les modes de transmission et de prévention du VIH/sida en commune I de Bamako.

Année universitaire : 2010-2011

Pays d'origine : Mali

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la faculté de médecine, de pharmacie et d'odontostomatologie

Secteur d'intérêt : Santé publique.

Résumé :

Le sida demeure un problème majeur de santé publique.

Malheureusement beaucoup des personnes ignorent les modes de transmission et les moyens de prévention de cette maladie. Malgré les campagnes de sensibilisation, certains ne croient toujours pas à l'existence du Sida et continuent d'adopter des pratiques et attitudes à risque.

C'est dans le souci d'un changement de comportement en matière de protection contre le VIH/Sida que nous avons conduit cette étude. Elle avait pour objectif général d'étudier les connaissances des aide-ménagères sur les modes de transmission et de prévention du VIH/Sida en commune I du District de Bamako plus précisément à Sotuba et Boukassoumbougou. Il s'agissait d'une étude analytique et descriptive.

Au total 309 aide-ménagères ont été interrogées; elles étaient toutes des maliennes et avaient un âge compris entre 18 et 35 ans, toutes ethnies confondues, célibataires en général (53,72%), avaient une durée de séjour d'au moins six mois à Bamako et la plupart d'entre elles étaient non scolarisées (76,05%).

Au terme de notre étude, nous avons constaté que les aide-ménagères avaient peu ou pas de connaissances aussi bien que sur les modes de transmission que de prévention du VIH/sida :

15,21 % n'avaient jamais entendu parler du sida, 54,36% ne connaissaient aucun mode de transmission, 66,01% ne connaissaient aucun moyen de prévention, et enfin 52,75% n'avaient jamais entendu parler du dépistage volontaire.

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

-Guide d'entretien individuel approfondi

Introduction

Je m'appelle Maïmouna Diallo, je suis étudiante à Faculté de Médecine , de Pharmacie et d'Odontostomatologie de Bamako,

actuellement je travaille sur ma thèse de doctorat en médecine et cela explique ma présence parmi vous aujourd'hui. Je compte m'entretenir avec vous sur vos connaissances et vos différents moyens préventifs contre le VIH/sida. Il n'y a ni bonnes ni de mauvaises réponses, je veux apprendre à partir de vos idées et expériences. Tout ce que vous direz restera confidentiel, vos noms ne seront cités nulle part. Si vous avez des questions avant de commencer. Sachez aussi que je ne vous questionnerai que si vous êtes d'accord.

N Fiche d'enquête /__/ Date /__/__/__/ Quartier.....

Question 1. Age /__/ ; ethnique :.....

Question 2. Statut matrimonial: /__/

1=Célibataire, 2=Mariée, 3=Divorcée, 4=veuve, 18=Autre à préciser:
.....

Question 3. Niveau d'instruction /__/

1=Fondamental, 2=Secondaire, 3=Supérieur, 18=Autre à préciser

- Avez-vous déjà entendu parler du VIH/Sida?
- Si oui par quel (s) moyen(s)?
- Selon vous comment se transmet le Sida?
- Selon vous quels sont les moyens de prévention contre le VIH/Sida?
- Avez-vous entendu parler du dépistage volontaire?
- Si oui, à quoi cela sert?

- L'avez-vous déjà pratiqué?
- Avez-vous autres choses à ajouter

Je vous remercie.

- Guide d'entretien de groupe focalisé

Introduction

Je m'appelle Maïmouna Diallo, je suis étudiante à Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odontostomatologie de Bamako, actuellement je travaille sur ma thèse de doctorat et cela explique ma présence parmi vous aujourd'hui. Je compte m'entretenir avec vous sur vos connaissances et vos différents moyens préventifs contre le VIH/SIDA. Il n'y a pas de bonnes ni de mauvaises réponses, je veux apprendre à partir de vos idées et expériences. Tout ce que vous direz restera confidentiel, vos noms ne seront cités nulle part. Si vous avez des questions avant de commencer. Sachez aussi que je ne vous questionnerai que si vous êtes d'accord.

- Avez-vous déjà entendu parler du VIH/Sida?
- Si oui par quel (s) moyen(s)?
- Selon vous comment se transmet le Sida.
- Selon vous quels sont les moyens de prévention contre le VIH/Sida.
- Avez-vous entendu parler du dépistage volontaire?
- Si oui, à quoi cela sert?
- L'avez-vous déjà pratiqué?
- Avez-vous autres choses à ajouter ?

Je vous remercie de votre participation à la discussion.

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon travail, je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

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

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

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

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

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses, que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes condisciples si j'y manque.

Je le jure

Connaissances des aide-ménagères sur les modes de transmission et de prévention du VIH/sida en
commune I de Bamako