

**MINISTERE DES ENSEIGNEMENTS  
SECONDAIRE SUPERIEUR ET  
DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE**

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

**UNIVERSITE DE BAMAKO**  
**Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odontostomatologie**

**Année Universitaire 2007-2008**

**N°:...../**

## **TITRE**

**IMPACT DE L'IMMIGRATION SUR LA  
TRANSMISSION DU VIH A KAYES**

## **THESE**

**Présentée et soutenue publiquement le /... /.../2008  
devant la Faculté de Médecine, de Pharmacie et  
d'Odontostomatologie**

**Par**  
**Mr MAIGA Amadou**  
**Pour obtenir le grade de DOCTEUR EN MEDECINE**  
**(Diplôme d'Etat)**

## **Jury**

**Président : Pr. Saharé FONGORO**  
**Membre : Dr. Dramane SOGOBA**  
**Co-directeur de thèse : Dr. Modibo KEITA**  
**Directeur de thèse : Pr. Soukalo DAO**

## **DEDICACES**

**A Dieu**, le tout puissant de m'avoir donné la vie, la santé et l'opportunité de réaliser ce travail. Veuillez m'accorder le privilège de vous connaître et de vous servir.

*Puisse votre lumière guider mes pas.*

**A mon pays le Mali,**

Chère patrie, que la paix et la prospérité puissent te recouvrir.

*Profond respect.*

**A mon grand père Dégaoul Makan SISSOKO,**

Je ne trouverai jamais assez de mots pour t'exprimer ma reconnaissance. Tu as toujours été un père pour moi et tu le demeureras. Ce travail est avant tout le tien ; puisse t-il représenter la récompense de toutes ces années de labeur.

**Amour infini.**

**A ma mère Niamé KANOUTE**

Tu as guidé mes premiers pas, tu t'es beaucoup sacrifiée afin de nous donner une bonne éducation.

Tes conseils et tes encouragements m'ont toujours accompagnés durant toutes mes études et ont fait de moi un homme fier d'être ton fils. Malgré tes modestes moyens, tu n'as ménagé aucun effort pour me venir en aide. J'aimerais t'offrir ce travail en guise de ma reconnaissance et de mon amour indéfectible.

*Amour infini.*

**Au regretté Sory SISSOKO (Interne en chirurgie)**

Seule la mort pouvait nous séparer ; cependant tu continues à faire partie de mon existence.

*Que ton âme repose en paix.*

**A mes frères, Siré Boubacar TALL, Oumar Racine DIALLO**

Je vous souhaite beaucoup de courage. Le chemin est encore long et parsemé d'embûches. Sachez que je serai toujours à vos côtés.

*Tendres affections.*

**A mes Oncles et Tantes**

Merci pour tout ce que vous avez fait pour moi. Trouvez ici l'expression de mon profond attachement.

*Tendres affections.*

**A mes grand-parents (in memorium)**

Vous avez été arrachés à notre affection, cependant vous continuez à faire partie de notre existence.

*Que vos âmes reposent en paix.*

**Aux familles, Dégaul M. SISSOKO, Baba G. SISSOKO, Makan DIALLO de Kayes, et Dialla SISSOKO de Bamako.**

Soyez assurées que vous n'êtes pas oubliées et que ce travail est une œuvre collective.

*Tendres pensées.*

## **REMERCIEMENTS**

**A mes amis : Brahima DIALLO, Oumar M'BAYE, Hamadoun Balobo BAH, Séga DIAKITE, Boubacar DIARRA, Adama DIALLO, Ibrahima MACALOU, Salif SIDIBE, Batogoma, Dr. A .SALL, Kébé, Dr M.DANTE, Dr M.KEITA, Kalifa Coulibaly, Dr B. MAIGA, BANE, SYLLA Dramane et autres.**

Durant toutes ces années vous avez été plus qu'un frère pour moi. Ensemble, nous avons vécu de moments de galère et de joie. Que Dieu nous aide à consolider nos amitiés.

*Tendres pensées.*

**A Cheickna G. SISSOKO, Cheickna SISSOKO, Kéba SISSOKO, Abourahamane SISSOKO.**

Vous avez toujours su me soutenir. Puisse le seigneur vous guider dans tous vos projets. Ce travail est le vôtre.

*Tendres pensées.*

**Aux familles SISSOKO, MACALOU, DOUMBIA de Bamako**

Vous m'avez accueilli à « bras ouvert » ; vous m'avez moralement assisté durant mon séjour à Bamako. Je vous en resterai toujours reconnaissant.

*Meilleures pensées.*

- **Au Dr. Bengaly N**, Directeur de l'hôpital F. Daou de Kayes,  
Je n'ai pas assez de mots pour témoigner ma gratitude et mon affection. Merci pour votre dévouement, vos conseils. Puisse le seigneur vous combler de grâces.

*Affectueuses pensées.*

- **Au Dr. KEITA Modibo**, médecin généraliste au service de médecine de l'hôpital F.DAOU de Kayes, votre grandeur d'âme et surtout votre dynamisme n'ont pas manqué de nous impressionner. Vous avez de maintes manières, facilité la réalisation de ce travail.

**Reconnaissance infinie.**

- **Au Dr. SISSOKO Boubacar**, chirurgien chef de service à l'hôpital F.DAOU de Kayes, vous avez toujours répondu à tous nos appels. Merci pour tout ce que vous avez fait personnellement pour moi. Recevez ici l'expression de notre profond respect.

**Reconnaissance infinie.**

- **Au Dr. TRAORE Drissa**, médecin chef au service de médecine de l'hôpital F.DAOU de Kayes, vous avez été d'un apport inestimable pour la réalisation de ce travail. Trouvez ici l'expression de mon profond attachement

**Reconnaissance infinie.**

- Au personnel de l'hôpital de Kayes, merci pour tout.
- Au personnel de la chirurgie « A », **Dr. SISSOKO B, DIALLO D, KONATE M, TRAORE A, KANTE M, BATHILY F,**

Merci pour tout ce que vous avez fait pour moi. Trouvez ici l'expression de mon profond attachement.

- A tout le personnel du service de médecine de l'HFDK : **Major DJORTE, Néné, Jean, Mamadou, Madou et les autres.**
- A tous les internes de l'HFDK
- A mes collègues de service de chirurgie « A » de l'hôpital de Kayes : **Dr KONE B, DIALLO B, MANGARA I, SY H, Dr DIARRA M, BAGAYOKO, Emile, Emilien, Dr DIAWARA et autres.**

Merci pour tous les moments passés ensemble.

*Meilleures pensées.*

- Aux étudiants (es) de l'INFSS
  - A tous les chefs de service de l'hôpital F. DAOU de Kayes
- Merci pour tous vos conseils.
- A toutes les victimes du VIH et du SIDA.
  - A tous ceux dont je tais les noms, sachez que vous n'êtes pas oubliés, ce travail est également le vôtre.

**A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DU JURY**

**Professeur Saharé FONGORO**

**Maître de conférence en néphrologie,**

**Chevalier de l'ordre de mérite de la santé.**

Cher Maître,

C'est un insigne honneur que vous nous faites en acceptant de présider ce jury. Votre abord facile, votre rigueur scientifique, votre simplicité, et votre disponibilité font de vous un maître admiré de tous.

Votre constante sollicitude a été pour nous une source inépuisable de motivation.

Cher Maître veuillez accepter ici notre profonde gratitude.

**A NOTRE MAITRE ET MEMBRE DU JURY**

**Docteur Dramane SOGOBA**

**Médecin généraliste,**

**Assistant de recherche au SEREFO.**

Cher Maître,

Vous nous avez honoré en acceptant de juger ce travail. Homme de sciences, vous êtes une lumière pour les générations montantes.

Merci pour l'honneur que vous nous faites en acceptant d'apporter votre contribution à l'amélioration de la qualité de cette Thèse.



**A NOTRE MAITRE ET CO-DIRECTEUR DE THESE**

**Docteur Modibo KEITA**

**Médecin généraliste à l'HFDK,**

**Diplôme Universitaire de lutte anti paludique,**

**Diplôme Inter Universitaire d'Afrique francophone de prise en charge globale du VIH et du SIDA.**

Cher Maître,

Les mots nous manquent pour exprimer avec exactitude notre profonde admiration et respect que nous avons pour vous.

Votre simplicité et votre dévouement envers vos patients traduisent éloquemment votre culture scientifique. Si ce travail est une réussite, on le doit à votre compétence et à votre savoir faire.

Soyez assuré cher Maître de toute notre reconnaissance.

**A NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR DE THESE**

**Professeur Soukalo DAO**

**Professeur des maladies infectieuses et tropicales,**

**Maître de conférence à la FMPOS,**

**Chercheur au programme de recherche NIAD/NIH/FMPOS sur le  
SIDA et la tuberculose.**

Cher Maître,

Votre connaissance scientifique, votre rigueur dans le travail, votre disponibilité et votre esprit de partage ont fait de vous un Homme de grande renommée. Ainsi qu'il me soit permis en ce jour solennel, de saluer votre engagement combien inestimable tant dans la formation reçue que dans le suivi constant du travail. Puisse le Bon Dieu vous prêter une longue vie afin que nous puissions bénéficier de vos expériences.

## **SIGLES ET ABREVIATIONS**

**CDC** : Center for Disease Control

**CFM** : Chemin de Fer du Mali

**COARF** : Centre Orthopédique, d'Appareillage et de Rééducation  
Fonctionnelle

**CSCLS** : Cellule Sectorielle de Coordination de Lutte contre le Sida

**DNSI** : Direction Nationale de la Statistique et de l'Informatique

**EDS** : Enquête Démographique et de Santé

**EMMU** : Enquête Malienne sur les Migrations et l'Urbanisation

**HRFD** : Hôpital Régional Fousseyni DAOU

**INFTSS** : Institut de Formation des Techniciens en Science de la  
Santé

**ISBS**: International Society for Biosemiotic Studies

**IST** : Infections Sexuellement Transmissibles

**ONU** : Organisation des Nation Unies

**ORL** : Oto-Rhino-Laryngologie

**PSI Mali** : Population Services International

**PTME** : Prévention de la Transmission Mère-Enfant

**PVVIH** : Personnes Vivant avec le VIH

**REMUAO** : Réseau d'Enquêtes sur les Migrations et l'Urbanisation  
en Afrique de l'Ouest

**UNESCO**: United Nations, Educational, Scientific and Cultural  
Organization

**USAC** : Unité de Soins d'Accompagnement et de Conseils

**VIP**: Very Important Personality

# **SOMMAIRE**

## **PAGES**

I. INTRODUCTION .....	4
OBJECTIFS.....	7
II. GENERALITES .....	8
II -1) Epidémiologie du VIH.....	8
II -2) Les facteurs de transmission.....	11
II -3) Prévention.....	12
II -4) Migration.....	14
III. METHODOLOGIE .....	19
III -1) Type et période d'étude.....	19
III -2) Cadre et lieu d'étude.....	19
III -3) Patients.....	23
III -4) Méthodes.....	24
IV. RESULTATS.....	24
IV -1) Caractéristiques socio-démographiques.....	26
IV -2) Paramètres de la migration et de la mobilité.....	34
IV -3) Connaissances, attitudes, pratiques comportementales vis à vis du VIH et migration.....	38
V. DISCUSSION.....	56
VI. CONCLUSION .....	67
VII. RECOMMANDATIONS.....	68
VIII. BIBLIOGRAPHIE.....	69
IX. ANNEXES.....	73

## **INTRODUCTION :**

La migration est définie comme étant le fait de changer de lieu de résidence temporairement ou de manière permanente.

Les raisons sont diverses : sociales, économiques, professionnelles ou même politiques. [28]

Elle est devenue un phénomène de plus en plus important aujourd'hui. Selon l'UNESCO et l'ONUSIDA, à travers le monde une personne sur 35 est un ou une migrante. Si tous les migrants habitaient au même endroit ils formeraient le cinquième pays du monde en terme de population. En 2002 on comptait environ 175 millions de migrants internationaux, soit 2,9 % de la population mondiale, 48 % des migrants étaient des femmes. [16]

La migration représente avec le VIH et le SIDA, deux des grands phénomènes de masses caractéristiques de ce nouveau millénaire, deux phénomènes par ailleurs liés. Outre les raisons qui motivent la migration et qui peuvent être d'ordre politique, économique, sociale, écologique, d'autres facteurs influencent la mobilité des personnes et favorisent la dispersion du VIH et du SIDA, pandémie qui touche environ 40 millions de personnes dans le monde dont 28,8 millions de personnes vivent en Afrique subsaharienne. [17]

Ainsi le temps, le facteur juridique du migrant, l'insécurité financière, physique et sociale sont des facteurs cruciaux qui déterminent les conditions de vie du migrant dans le lieu d'origine, de transit et de destination et peuvent augmenter sa vulnérabilité au VIH et au SIDA. [16]

Il faut souligner aussi que le VIH et le SIDA peuvent être une force motrice de migration. En effet les personnes qui vivent avec le VIH peuvent être amenées à quitter leur maison, leur quartier ou leur village à cause de la stigmatisation, de la discrimination dont elles sont victimes ou du fait du

## *IMPACT DE L'IMMIGRATION SUR LA TRANSMISSION DU VIH A KAYES*

manque de service sanitaire, de la non disponibilité ou du difficile accès au traitement.

Ainsi des études ont été faites à travers le monde faisant le pont entre la mobilité des personnes ou la migration et la propagation du VIH et du SIDA. Au Canada selon une étude du centre de prévention et du contrôle des maladies infectieuses, les personnes hétérosexuelles originaires de pays où le VIH est endémique représentaient entre 7 et 10 % de la population séropositive et entre 6 et 12 % de l'ensemble des nouveaux cas en 2002.[17]

Au Sénégal, une enquête de la principale structure d'hospitalisation des malades du SIDA a montré que 70 % de ceux-ci ont un antécédent de migration en Afrique centrale et en Afrique de l'Ouest (Sow et al. 1989 cités par Lalou et Piche 1994). [28]

Le Mali, porte de sortie vers des pays plus touchés ou à risque de la pandémie VIH (Nigeria, Ghana, Côte d'Ivoire, Bénin, Togo, Gambie), est un pays carrefour des migrants vers le nord du Sahara, un grand axe routier traversant la sous région. Avec un taux national de 10,4%, ces migrations favorisent l'expansion des bidonvilles et aggravent la promiscuité et la précarité de conditions d'existence conduisant souvent à des comportements de survie. Ce constat désormais classique dissimule en dépit de sa simplicité, une relation entre la migration et le SIDA à la fois complexe et méconnue. [5]

Le cas des immigrés ressortissants de la région de Kayes constitue ainsi une belle opportunité de prendre en compte toutes ses particularités et de tester ainsi un model théorique qui a le mérite d'intégrer plusieurs types de caractéristiques dans un schéma conceptuel. Le but de cette étude était de déterminer l'impact de l'immigration dans la dynamique de la transmission du VIH à kayes. Pour atteindre ce but nous avons fixé les objectifs suivants :

## **OBJECTIFS :**

### **1) OBJECTIF GENERAL :**

Etudier la place de l'immigration parmi les causes de la transmission du VIH /SIDA dans la région de Kayes.

### **2) OBJECTIFS SPECIFIQUES :**

- Déterminer les aspects socio-démographiques du VIH à l'Hôpital Fousseyni Daou de Kayes.

- Identifier les facteurs de vulnérabilité liés à l'immigration.

- Identifier les attitudes pratiques des immigrants favorisant le risque d'infection à VIH.

## **II-GENERALITES :**

### **1) L'épidémiologie du VIH :**

#### **1-1) Dans le monde :**

Malgré les progrès à l'échelle mondiale, un accès accru à des programmes efficaces de traitement et de prévention, le nombre de personnes vivant avec le VIH continue d'augmenter, tout comme le nombre de décès dus au SIDA.

Selon l'ONUSIDA en décembre 2006 :

- l'épidémie progresse à raison de 4,3 millions en moyenne de nouvelles infections d'adultes et d'enfants en 2006, soit environ 400 000 de plus qu'en 2004,
- dans de nombreuses régions du monde, les nouvelles infections à VIH sont largement concentrées parmi les jeunes (15-24 ans),
- parmi les adultes de 15 ans et plus, les jeunes (15-24 ans) ont représenté 40% des nouvelles infections en 2006,
- le VIH a provoqué plus de 2,1 millions de décès,
- près de 39,5 millions de personnes sont infectées. L'Afrique est le continent le plus touché et en particulier l'Afrique Sub-saharienne soit 63 % (plus de 24,7 millions de cas).

#### **1-2) Au Mali :**

Selon les résultats de la dernière étude de séroprévalence de l'infection à VIH réalisée dans la population générale adulte au cours de l'Enquête Démographie et de Santé en 2006, le Mali pourrait être considéré au premier regard comme un pays à faible prévalence (1.3%).

Toutefois, l'examen attentif de cette étude révèle des caractéristiques variables selon: le sexe, les régions, les tranches d'âge et le milieu.



## ***IMPACT DE L'IMMIGRATION SUR LA TRANSMISSION DU VIH A KAYES***

- Le sexe : Globalement les femmes sont plus touchées que les hommes (respectivement 1,5% et 1%). L'épidémie frappe plus les jeunes filles en comparaison avec les garçons dans la tranche d'âge 20-24ans (respectivement 1,3% et 0,8%) et dans la tranche d'âge de 25-29 (respectivement 2% et 0,6%).
- Les régions: Bamako est la région la plus touchée (2%), suivie par Mopti (1,6%); notons que ces villes sont au cœur de multiples mouvements migratoires.
- Les tranches d'âge : Le pic de séroprévalence se situe, aussi bien chez les femmes que chez les hommes, dans la tranche d'âge 30-34 ans (2,2%), ce qui témoigne d'une épidémie déjà bien installée.
- Le milieu : la séroprévalence est plus élevée en milieu urbain qu'en milieu rural.

L'évolution de la séroprévalence chez ces groupes à risque selon l'enquête ISBS<sup>1</sup> 2000 - 2003 montre une situation toujours préoccupante.

- Chez les professionnelles du sexe : 31,9 %.
- Chez les routiers : 3,9%.
- Chez les « coxeurs » (revendeurs de billets qui accompagnent les routiers) : 2,9%.
- Chez les vendeuses ambulantes : 4,6%.
- Chez les aides familiales: 1,7%.

---

<sup>1</sup> Enquête intégrée sur la prévalence des IST/VIH et les comportements au sein des groupes à risque au Mali ISBS 2003 CSCLS/CDC

## ***IMPACT DE L'IMMIGRATION SUR LA TRANSMISSION DU VIH A KAYES***

Enfin, les enquêtes régulières menées au niveau des 16 sites de surveillance sentinelle,<sup>2</sup> répartis sur pratiquement l'ensemble du pays, ont révélé une prévalence de 3,8% chez les femmes enceintes.

L'étude comportementale associée à l'analyse sérologique a révélé des comportements à très haut risque :

- chez les populations des groupes les plus exposés : seulement 30,2% des vendeuses ambulantes ont utilisé un préservatif avec un partenaire occasionnel,
- chez les jeunes : près de 50% des jeunes n'ont pas utilisé de préservatifs lors de leurs derniers rapports occasionnels ; deux jeunes sur trois ne croient pas à l'existence du SIDA. A cela s'ajoute la précocité des rapports sexuels (65% des jeunes ont eu leurs premiers rapports avant 18 ans).

Le pays réunit donc tous les facteurs clés de la propagation et de potentialisation de l'impact de l'épidémie: grande pauvreté (près de 70% de la population vit en dessous du seuil de pauvreté), illettrisme (70%) notamment chez les femmes, flux migratoires internes et externes importants et croissants, pratiques socioculturelles à risque telles que le lévirat et le sororat.

### **1-4) A Kayes : [29]**

La région est concernée par l'épidémie, cependant la dernière enquête révèle que Kayes est en dessous de la prévalence nationale soit 0.7%.

Les cas notifiés à l'Hôpital Fousseyni Daou de Kayes ont évolué de 129 en 2000 à 302 en 2006.

De 2003 à 2006, 4841 tests de dépistage ont été effectués au laboratoire de l'Hôpital F.D., avec 915 cas positifs soit un taux de prévalence de 19%.

La file active est de 989 patients VIH+ dont 41 % d'homme, 56% de femmes et 2% d'enfants. [29]

---

<sup>2</sup> Surveillance sentinelle du VIH et de la syphilis chez les femmes enceintes PNLS/CDC/Infostat Décembre 2004

**2) Les facteurs de transmission [5] :**

**2-1) La transmission sexuelle :**

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

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

**2-2) Les autres voies de transmission :**

**2-2-1) La transmission par le sang et ses dérivés :**

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

**2-2-2) La transmission mère- enfant :**

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

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

### **3) La prévention :**

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

Sept mesures préventives sont proposées [5]:

#### **3-1) Le renforcement des comportements sexuels à faible risque :**

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

#### **3-2) La promotion et l'encouragement à utiliser les préservatifs :**

En dehors de la fidélité et de l'abstinence, le préservatif est le moyen recommandé dans la prévention des infections sexuellement transmissibles (IST) dont l'infection à VIH. Ils sont accessibles dans tous les pays. Mais il y a des réticences dans l'usage du préservatif qui est pourtant la solution économique et fiable de protection dans la lutte contre les IST. Les rapports sexuels entre les individus infectés et un partenaire sain sont les moteurs de l'épidémie du VIH. Lorsque le statut biologique des deux partenaires est inconnu, ce qui est le cas le plus fréquent, les seules options sont des rapports sexuels sans pénétration ou les rapports protégés par le préservatif. Cependant, le préservatif n'a pas que des avantages.

Il est difficile à l'un des partenaires dans le contexte d'une relation stable de suggérer soudainement d'utiliser le préservatif.

Il existe toujours un risque de rupture lors des rapports sexuels de pénétration (ce risque est inférieur à 1% lors des rapports vaginaux si l'utilisation du préservatif est régulière et associée à une bonne lubrification).

**3-3) La promotion de la sécurité transfusionnelle :**

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

**3-4) La promotion de l'hygiène dans le milieu de travail :**

Le risque d'exposition accidentelle dans le milieu de travail notamment dans le secteur de la santé, est réel. Ce risque professionnel de transmission du VIH doit être minimisé par des mesures appropriées : les PRECAUTIONS UNIVERSELLES pour tous les malades et en toutes circonstances.

**3- 5) La prévention du VIH de la mère à l'enfant (PTME) :**

La transmission périnatale est un des modes importants de transmission du VIH dans les pays en voie de développement. Là où l'allaitement maternel est une pratique quasi générale, les femmes qui ne donnent pas le sein risquent de se voir stigmatiser comme porteuses du VIH. De plus l'allaitement artificiel est difficile dans des conditions d'hygiène précaire. [31] Actuellement la trithérapie est une prévention efficace.

**3-6) Le renforcement du dépistage et du traitement précoce des IST :**

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

**3-7 La promotion du conseil/dépistage volontaire confidentiel et anonyme :**

Le diagnostic précoce de l'infection à VIH permet de mettre en œuvre un conseil et une thérapie appropriés. Par ailleurs, la promotion du conseil/dépistage aide aux renforcements des comportements à faible risque chez les personnes dépistées et participe ainsi à la réduction des nouvelles contaminations. [6]

**4) La migration:**

**4-1) Les dimensions historiques des mouvements migratoires : [27]**

Le phénomène de la migration, en particulier celle en provenance de l'Afrique, est aussi ancien que l'espèce humaine. Certains scientifiques nous disent en fait que c'est à partir de l'Afrique qu'*Homo sapiens* s'est répandu dans le monde entier et en premier lieu, en Europe.

C'est aussi la migration qui a répandu les connaissances technologiques et fait le succès de toutes les grandes nations et civilisations. Il n'y a pas de développement humain en vase clos. [27]

Une analyse rapide de l'histoire des mouvements migratoires au Mali apporte un éclairage au moins sur deux points :

- premièrement, l'ancrage historique des mouvements migratoires a contribué à construire des réseaux sociaux orientés essentiellement vers le départ,
- deuxièmement, on observe qu'il existe un véritable discours s'appuyant sur une histoire ancienne et dont le but est de légitimer historiquement ce phénomène.

Ces deux éléments contribuent à présenter les migrations comme un phénomène naturel.

**4-2) Le contexte actuel :**

Les migrations sont aujourd'hui la manifestation d'un processus de changement socio-économique très rapide des populations africaines.

## *IMPACT DE L'IMMIGRATION SUR LA TRANSMISSION DU VIH A KAYES*

En tant que composante de la dynamique démographique, la migration se caractérise par sa sélectivité, laquelle produit un impact sur le changement social à travers ses effets sur la structure, la composition et les régimes démographiques.

A l'heure actuelle, les flux migratoires sont essentiellement orientés vers les pays de la sous- région et non vers l'europe. Ainsi, sur une population malienne résidant à l'étranger de 4 millions comme l'avançaient les autorités maliennes, près de 2 millions résideraient en Côte d'Ivoire. Le nombre de maliens recensés en France, principal pays européen de destination, s'élevait à 56 000 en 2005.

A partir des opérations de régularisation de 1981 et 1998, les estimations des spécialistes situaient le nombre d'immigrés maliens en France entre 80 000 et 100 000, soit entre 25 000 et 45 000 en situation irrégulière. [27]

La région de Kayes constitue une grande spécificité du phénomène migratoire au Mali.

Selon l'EMMU, l'étranger constitue une destination privilégiée pour la région de Kayes : plus de 70 % de l'émigration de cette région est orientée vers l'extérieur du Mali, dont une moitié vers les pays hors REMUAO. [31]

Dans cette région, la migration internationale concerne presque deux ménages sur trois et touche 5 à 6 % de la population en âge de travailler.

En outre, si l'on considère les migrations internationales de la période 1988-1992 relativement aux régions d'origine, on constate que 49 % du volume des migrations en provenance de Kayes et 45 % des flux migratoires en provenance de Bamako se dirigeaient vers les pays hors REMUAO. Ces deux régions ne sont suivies que de très loin par Ségou (23 %), Koulikoro (20 %) et Gao (18 %). Une étude récente confirme la spécificité de la région de Kayes. Dans cette étude on observe que les émigrés originaires de Kayes se dirigent effectivement plus hors d'Afrique que les ressortissants des autres régions (23,7 % contre 5,8 % pour la région de Sikasso). [30]

#### **4-3) La relation migration et VIH :**

##### **4-3-1) Le contexte géographique et la vulnérabilité :**

Situé en Afrique de l'Ouest en plein sahel, le Mali est un vaste pays continental entouré par 7 pays avec lesquels il partage 7 200 km de frontière et dont deux sont à haute prévalence de VIH et de SIDA, la Côte d'Ivoire au sud et le Burkina Faso au Sud-Est.

Cette situation carrefour fait du Mali un espace de forte migration.

Dans le contexte de la pandémie du Sida, la migration constitue un facteur probable de propagation rapide. [24]

De plus cette grande mobilité de la population est identifiée comme facteur de propagation de l'épidémie au Mali. Ainsi, l'analyse de la situation, fait ressortir les déterminants majeurs essentiellement qui sont les déterminants comportementaux, des facteurs médico-sanitaires, des facteurs socio-culturels, et des facteurs économiques.

- Déterminants comportementaux : (multi partenariat sexuel, rapports sexuels occasionnels et rapports sexuels non protégés, etc.),
- Les facteurs médico-sanitaires (présence d'une IST, ignorance du statut sérologique en matière de VIH et de SIDA),
- Les facteurs socioculturels (mariage précoce, perte des normes sociales, faible statut de la femme dans la société, lévirat et sororat, excision...),
- Les facteurs socio économiques (précarité, chômage, pauvreté...). [8]

Une abondance de données montre que les populations migrantes ont un risque plus élevé de piètre santé en général et d'infection à VIH, en particulier. [11]

Si l'épidémie de SIDA est jusqu'à ce jour plus importante en Afrique Subsaharienne que partout ailleurs, elle ne présente pas moins de fortes variations géographiques à l'intérieur de ce territoire. [24] Cette très forte régionalisation de l'épidémie de SIDA en Afrique sub-saharienne n'a pas manqué de susciter de nombreuses hypothèses explicatives.



Parmi ces analyses, une des plus importantes est sans doute celle qui associe la propagation du SIDA aux flux migratoires et commerciaux. Pour plusieurs auteurs, les routes commerciales, qui relient les grandes villes, les zones industrielles et les mines aux ports maritimes, sont des voies privilégiées de pénétration et de diffusion du SIDA à travers l'Afrique. [6-7]

D'un point de vue méthodologique, cette liaison est généralement établie assez simplement à partir soit de la corrélation entre la distribution géographique de la séroprévalence et le système routier, soit de la fréquence des personnes séropositives ayant une histoire de voyage. [24]

Enfin la migration, soustrayant l'individu de son cercle familial habituel, le place dans l'anonymat du milieu d'accueil. Ce nouvel environnement peut inciter le migrant à s'impliquer dans des rapports sexuels qui multiplient les risques et la vulnérabilité aux IST/VIH/SIDA. Ces risques et vulnérabilités sont d'autant plus accrus que la migration est effectuée seul. [11]

#### **4-3-2) La migration et le complexe construction d'un rapport individuel au risque : [25]**

Un nombre important d'études sur la relation entre mobilité et SIDA en Afrique Subsaharienne, ont mis l'accent sur la tendance des migrants à avoir des comportements sexuels plus à risque que les non migrants tels que le multi partenariat, le recours à la prostitution et la non protection des rapports sexuels. Parmi les approches explicatives proposées, on retient celle qui s'inspire des théories sur la relation entre la mobilité et l'acquisition de nouveaux comportements et des théories sur la relation entre la mobilité et les problèmes de santé de manière générale. Ces auteurs identifient trois types de facteurs derrière l'association entre la migration et le SIDA qui expliquent les comportements à risque des migrants. Il s'agit d'abord des caractéristiques des migrants qu'ils possédaient indépendamment de la migration, et qui les prédisposaient à une plus grande propension à prendre des risques en matière de

sexualité même s'ils ne migraient pas. Ces caractéristiques sont entre autre la jeunesse, le célibat et le fait d'être de sexe masculin. Le second type de facteurs est constitué des caractéristiques que les migrants acquièrent du fait de la migration. Il s'agit principalement de la séparation d'avec le conjoint ou le partenaire régulier. Enfin des caractéristiques liées aux environnements de départ, de destination et à celui de la trajectoire comptent dans l'explication de la modification du comportement du fait de la migration. Exposé à un nouvel environnement, le migrant doit s'adapter à des normes différentes et à l'existence de nouvelles opportunités et contraintes sexuelles.

#### **4-3-3) Le parcours migratoire et la séropositivité :**

La séropositivité et le parcours migratoire de l'individu constituent, deux réalités imbriquées l'une dans l'autre, qui ne peuvent être considérées séparément : l'un détermine l'autre et vice versa. Pour certains, c'est la séropositivité qui a motivé la migration. Les individus redoutent en effet d'être soignés en raison de la crainte d'une rupture de l'anonymat. Le VIH est donc nécessairement un produit d'importation et la migration, avec les autres formes de mobilité, sont responsables de sa circulation. [23]

### **III- METHODOLOGIE :**

#### **1) Le type et la période d'étude :**

Notre travail était une étude prospective, descriptive et analytique qui s'est déroulée du 01 janvier 2007 au 30 Décembre 2007.

#### **2) Le cadre et le lieu d'étude :**

##### **2-1) La présentation de la région de Kayes : [15]**

Première région administrative et politique du Mali, Kayes est situé entre le 12<sup>ème</sup> et le 17<sup>ème</sup> degré de la latitude Nord, il est limité par :

- la région de Koulikoro à l'Est,
- le Sénégal à l'Ouest,
- la Mauritanie au Nord,
- la Guinée Conakry au Sud.

Avec une superficie de 120 760 km<sup>2</sup>, la région comprend 7 cercles (Kayes, Bafoulabé, Kita, Kénieba, Yelimané, Nioro et Diéma).

Ces 7 cercles sont subdivisés en 129 communes à majorité rurales, 49 arrondissements et 1 531 villages.

La population globale était de 1 761 190 habitants en 2003 à majorité Soninkés, malinkés, Bambaras, Khassonkés, Peulhs, et Maures. [31]

Les principales activités de la population sont l'agriculture, l'élevage et le commerce, de plus en plus la pêche et la chasse.

La région connaît une immigration importante tendant à devenir culturelle. Elle voit son développement tributaire de ses relations avec la diaspora malienne.

La région de Kayes est traversée par un important axe ferroviaire reliant Bamako à Dakar. Actuellement la région a bénéficié d'une vaste campagne de désenclavement dont la plus importante est l'axe Bamako – Dakar en passant par Kayes.

## ***IMPACT DE L'IMMIGRATION SUR LA TRANSMISSION DU VIH A KAYES***

Les différents cercles sont aussi désenclavés sur le chef lieu de cercle en dehors du cercle de Kénieba.

L'exode rural et la transhumance sont aussi fréquents dans la région.

### **2-2) Les infrastructures sanitaires de la région :**

La région dispose d'un Hôpital régional et de 7 centres de santé de référence dont un dans chaque cercle de la région. Elle connaît aujourd'hui d'importantes activités socio sanitaires privées avec environ une dizaine de cliniques et cabinets.

Le taux de couverture sanitaire était estimé à 43% en 2000. Plusieurs villages disposent d'un dispensaire et de centres de santé qui sont en voie de réorganisation pour devenir des centres de santé communautaires conformément à la politique sanitaire en vigueur.

L'organisation du système de référence- évacuation est effective dans tous les cercles.

La région dispose de deux structures pilotes de prise en charge du VIH et du SIDA : L'Hôpital et l'USAC de Kita. Aussi tous les cercles disposent de compétences et de plateaux techniques pour la prise charge du VIH et du SIDA.

Les ratios infrastructures population se présentaient comme suit en 2000(DNSI) :

1 Hôpital pour 143 8261 habitants,

1 centre de santé pour 205 466 habitants.

Les ratios personnels population se présentaient comme suit :

1 médecin pour 24 377 habitants,

1 sage femme pour 16 874 femmes en âge de procréer,

1 infirmier pour 8 561 habitants.

### **2-3) L'hôpital Fousseyni DAOU de Kayes :**

Situé à l'entrée de la commune de Kayes en venant de Bamako à quelques mètres de la gare du chemin de fer entre le dépôt, la cité du CFM, le camp militaire et la gendarmerie ; il est l'une des plus anciennes formations sanitaires du Mali. Il a une superficie de 12 hectares avec une capacité d'hospitalisation de 121 lits.

Historiquement il a été créé en 1883 par les militaires français dans le but d'apporter aux missionnaires des conquêtes coloniales blessés, les premiers soins avant leur évacuation sur la France ou le Sénégal. Il devient hôpital secondaire en 1959 (selon la loi cadre) avec la réorganisation des formations hospitalières. Il fut érigé en hôpital régional en 1969 (9 ans après l'indépendance) ; c'est à dire une référence pour la région.

En 1991 il a été baptisé Hôpital Régional Fousseyni Daou (HRFD), du nom d'un de ses médecins directeur assassiné la même année.

Créé par la Loi N° 03 -020 du 14 juillet 2003, et conformément aux dispositions de la loi N° 02-050 du 22 juillet 2002 portant Loi Hospitalière, l'Hôpital Fousseyni DAOU est érigé en Établissement Public Hospitalier (EPH) placé sous la tutelle du Ministère chargé de la santé.

A ce jour l'Hôpital dispose :

✓ **Un service administratif et financier :**

- un médecin directeur et son adjoint,
- un secrétariat de direction avec 2 secrétaires de direction,
- une section de comptabilité avec un comptable et un gestionnaire hospitalier.

✓ **Des organes de gestion :**

- un Conseil d'administration,
- un comité de direction,
- une commission médicale d'établissement,

## ***IMPACT DE L'IMMIGRATION SUR LA TRANSMISSION DU VIH A KAYES***

- une commission des soins infirmiers et obstétricaux,
- un comité technique d'établissement,
- un comité technique d'hygiène et de sécurité.

### **✓ Des services techniques :**

- un service de pédiatrie,
- un service de dermatologie,
- un service des urgences et des soins intensifs,
- un bloc opératoire et d'hospitalisation générale,
- un service de gynéco obstétrique,
- un service de radiologie,
- un service d'ophtalmologie,
- un service d'odontostomatologie,
- un service d'ORL,
- un service de traumatologie,
- un laboratoire,
- une pharmacie,
- un centre d'orthopédie, d'appareillage et de rééducation Fonctionnelle (COARF),
- une buanderie,
- une cuisine,
- une morgue,
- un service de chirurgie divisé en chirurgie générale A et B.

### **✓ Le service de médecine générale :** est composé de

- deux bureaux de consultation pour deux médecins généralistes,
- un Bureau pour le major du service,

## ***IMPACT DE L'IMMIGRATION SUR LA TRANSMISSION DU VIH A KAYES***

- quatre salles d'hospitalisation de 3<sup>ème</sup> catégorie, disposant chacune de six (6) lits,
- deux salles d'hospitalisation de 2<sup>ème</sup> catégorie disposant chacune deux (2) lits,
- deux blocs d'hospitalisation VIP de 8 salles chacun avec un lit de 1<sup>ère</sup> catégorie dans chaque salle,
- une salle de soins.

### **✓ Les moyens logistiques :**

- deux ambulances,
- deux motos Yamaha 100,
- une Toyota Hilux double cabine.

L'hôpital dispose en son sein des structures pour l'hébergement des médecins et l'annexe Kayes « Soriba Dembélé » de l'Institut National de Formation des Techniciens en Science de la Santé (INFTSS).

Par ailleurs l'hôpital accueille de nombreux stagiaires des différentes écoles de santé et de la faculté de médecine ; aussi une mission cubaine (1 médecin interniste, 1 traumatologue, 1 médecin pédiatre, 1 médecin ORL, 1 médecin anesthésiste réanimateur, 1 infirmière anesthésiste, 1 infirmière laborantine) dans le cadre de la collaboration Mali- Cuba, atténuant du coup les besoins en personnels spécialisés.

### **3) Les patients :**

**3-1) L'échantillonnage :** L'échantillon n'a pas été calculé au préalable, il était composé de l'ensemble des patients ayant accepté de participer à l'étude durant la période d'étude.

#### **3-2) Le mode de recrutement :**

Il s'agissait des patients reçus en consultation externe ou ceux référés par d'autres structures et les patients hospitalisés.

### **3-3) La définition des cas :**

Nous avons défini comme cas tout patient :

- ressortissant de la région de Kayes,
- dont la sérologie VIH est positive au laboratoire de l'hôpital,
- dont l'âge est strictement supérieur à 14 ans,
- dont la prise en charge est faite au service de médecine générale soit en ambulatoire soit en hospitalisation.

#### **3-3-1) Les critères d'inclusion :**

Etaient inclus dans notre étude tous les patients répondant à la définition des cas et dont le consentement éclairé a été trouvé.

#### **3-3-2) Les critères de non inclusion :**

N'étaient pas inclus dans notre étude tous les patients ne répondant pas à la définition des cas et ou le consentement éclairé n'a pas été trouvé.

### **4) Les méthodes :**

#### **4-1) Le recueil des données :**

En plus de l'étude documentaire auprès des bibliothèques, des institutions spécialisées et sur les sites d'Internet (google, pubmed), les données ont été collectées au moyen d'un questionnaire standardisé et pré codé, pour assurer la confidentialité et favoriser les réponses fidèles aux questions ouvertes, fermées à connotation intime, et couvrent les thèmes suivants :

- caractéristiques sociodémographiques des répondants,
- connaissances, attitudes et comportements vis à vis du VIH et du SIDA,
- les facteurs de vulnérabilité au tour de la mobilité hors du pays et de l'immigration.



**4-2) Les variables mesurées:**

**-les variables sociodémographiques :** âge, sexe, statut matrimonial, niveau d'instruction, profession, etc.,

**-les paramètres mesurant les connaissances, attitudes et comportements face au VIH et au SIDA :** les modes de transmission, les moyens de prévention, la perception des risques de transmission, les connaissances sur le traitement, les antécédents d'IST, la tolérance face aux séropositifs, le port de préservatif, les changements de comportements, etc.,

**-les facteurs de vulnérabilité autour de la mobilité hors du pays et de l'immigration:** les zones géographiques fréquentées, la durée de séjour, le partenariat multiple, le type de partenaire, les relations sexuelles au cours des voyages, etc.,

Nous avons considéré comme « immigré ou migrant » les patients résidant à l'extérieur du Mali pour une durée d'au moins 6 mois au cours des quinze dernières années précédant l'enquête.

**4-3) L'éthique :**

La confidentialité a été de mise ; l'identité de chaque malade a été gardée dans l'anonymat. En effet la fiche d'enquête individuelle ne comportait pas le nom et prénom du patient. Un consentement verbal fut recueilli auprès de chaque patient avant son inclusion.

**4-3) La saisie et l'analyse des données :**

L'analyse des données a été effectuée sur le logiciel Epi-Info version 6.fr du CDC Atlanta. Nous avons utilisé essentiellement le Khi2 comme test statistique avec comme seuil de significativité  $p < 0,05$ .

La saisie a été réalisée sur le logiciel Word 2003.

## IV-RESULTATS :

### 1) CARACTERISTIQUES SOCIO DEMOGRAHIQUES :

**Tableau I : Répartition des cas selon le sexe.**

Sexe	Effectif	Pourcentage
Féminin	<b>78</b>	<b>71,6</b>
Masculin	31	28,4
Total	109	100,0

Le sex ratio a été de 2,51 en faveur du sexe féminin.

**Tableau II : Répartition des cas selon l'âge.**

Groupes d'âge (an)	Effectif	Pourcentage
15 – 19	5	4,6
20 – 24	14	12,8
25 – 29	19	17,4
30 – 34	17	15,6
<b>35 - 39</b>	<b>22</b>	<b>20,6</b>
45 - 49	14	12,8
50 - 54	5	4,6
55 - 69	2	1,8
60 - 64	1	0,6
Total	109	100,0

Moyenne d'âge : 34,34, Maximum : 60,00, Minimum : 15,00,

Soixante dix sept patients étaient âgés de moins de 40 ans soit 71,0%.

**Tableau III : Répartition des cas selon la profession et le sexe.**

Profession	Masculin (n=31)		Féminin (n=78)		Total
	Eff	%	Eff	%	
<b>Ménagère</b>	0	0,0	<b>62</b>	<b>79,5</b>	62
Fonctionnaire	3	9,6	1	1,3	4
<b>Chauffeur</b>	<b>6</b>	<b>19,4</b>	0	0,0	6
Ouvrier	3	9,6	1	1,3	4
Cultivateur	5	16,1	0	0,0	5
Artisan /Artiste	2	6,5	3	3,8	5
Professionnelle de sexe	0	0,0	2	2,5	2
Commerçant	2	6,5	8	10,3	10
Autres*	10	32,3	1	1,3	11

\*patients sans profession fixe.

Dans notre série 19,4% des hommes étaient des chauffeurs et 79,5% des femmes étaient des ménagères.

**Tableau IV : Répartition des cas selon l'ethnie.**

<b>Ethnie</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Sarakolé</b>	<b>41</b>	<b>37,6</b>
<b>Malinké</b>	<b>17</b>	<b>15,6</b>
Bambara	14	12,8
Peulh	14	12,8
Khassonké	13	11,9
Ouolof	3	2,8
Senoufo	3	2,8
Sonrhäi	2	1,8
Maure	1	0,9
Dogon	1	0,9
<b>Total</b>	<b>109</b>	<b>100,0</b>

Le sarakolé était l'ethnie la plus prédominante soit 37,6%.

**Tableau V : Répartition des cas selon la résidence.**

<b>Résidence</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Kayes</b>	<b>71</b>	<b>65,1</b>
<b>Yélimané</b>	<b>19</b>	<b>17,4</b>
Nioro	7	6,5
Kénieba	7	6,4
Bafoulabé	4	3,7
Kita	1	0,9
<b>Total</b>	<b>109</b>	<b>100,0</b>

Le cercle de Kayes avec 65,1% a été le plus représenté.

**Tableau VI : Répartition des cas selon le niveau d'instruction.**

<b>Niveau d'instruction</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Non scolarisés</b>	<b>73</b>	<b>67,0</b>
Primaire	31	28,4
Ecole coranique	3	2,8
Secondaire	2	1,8
<b>Total</b>	<b>109</b>	<b>100,0</b>

Environ deux tiers de nos malades étaient non scolarisés soit 67,0 %.

**Tableau VII : Répartition des cas selon le statut matrimonial et le sexe.**

Statut matrimonial	Masculin (n=31)		Féminin (n=78)		Total
	Eff	%	Eff	%	
<b>Polygame</b>	<b>7</b>	<b>22,6</b>	<b>39</b>	<b>50,0</b>	<b>46</b>
Monogame	13	41,9	13	16,7	26
Célibataire	3	9,7	4	5,1	7
Veuf (ve)	3	9,7	11	14,1	14
Divorcé(e)	5	16,1	11	14,1	16

P = 0.04667397

Dans notre étude 50% des femmes ont vécu dans un régime polygame contre 22,6 % des hommes avec une différence statistiquement significative (P=0,04).

**Tableau VIII : Répartition des hommes mariés selon le nombre d'épouses.**

Nombre d'épouses	Effectif (N=31)	Pourcentage
<b>1 épouse</b>	<b>16</b>	<b>59,3</b>
2 épouses	9	29,6
3 épouses	3	11,1
<b>Total</b>	<b>28*</b>	<b>100.0</b>

\* :3 hommes sont célibataires.

Dans notre cohorte 40,7% des hommes étaient polygames.

**Tableau IX : Répartition des femmes polygames selon le rang.**

Rang	Effectif	Pourcentage
1 <sup>ère</sup> femme	7	17.9
2 <sup>ème</sup> femme	21	<b>53.8</b>
3 <sup>ème</sup> femme	10	25.6
4 <sup>ème</sup> femme	1	2.7
<b>Total</b>	<b>39</b>	<b>100.0</b>

Plus de la moitié des femmes vivant dans un régime polygame était 2<sup>ème</sup> femme soit 53.8%.

**Tableau X : Répartition des cas selon le nombre de mariage et le sexe.**

Nombre de mariage	Masculin (n=28)		Féminin (n=74)		Total
	Eff.	%	Eff.	%	
1 <sup>er</sup> mariage	17	60,7	57	77,0	74
<b>2<sup>ème</sup> mariage</b>	8	28,6	<b>16</b>	<b>21,6</b>	24
<b>3<sup>ème</sup> mariage</b>	<b>3</b>	<b>10,7</b>	1	1,4	4

(p = 0,05775453)

Dans 10,7% des cas les hommes étaient à leur 3<sup>ème</sup> mariage ; dans 21,6% des cas les femmes étaient à leur 2<sup>ème</sup> mariage.

**Tableau XI : Répartition des cas selon le type de mariage vécu.**

<b>Type de mariage</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Mariage légal*	84	82,3
<b>Lévirat/sororat</b>	<b>16</b>	<b>15,7</b>
Autres**	2	2,0
<b>Total</b>	<b>102***</b>	<b>100,0</b>

\*mariage civile+religieux;\*\* les cas de séparations sans divorce ; \*\*\* 7 patients sont célibataires

Le lévirat et le sororat ont représenté 15,7%.

**Tableau XII : Répartition des cas selon les types de partenaires sexuel (les).**

<b>Types de partenaires</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Epoux (se)</b>	<b>100</b>	<b>91,7</b>
Partenaire régulier	6	5,6
Professionnelle du sexe	2	1,8
Partenaire occasionnel	1	0,9
Total	109	100,0

La presque totalité des patients avait comme partenaire leurs époux (ses) soit 91,7%.



2) PARAMETRES DE L'IMMIGRATION ET DE LA MOBILITE

**Tableau XIII : Répartition des patients selon l'immigration et le sexe.**

Immigration	Masculin		Féminin		Total
	Eff	%	Eff	%	
Oui	10	<b>32,3</b>	1	<b>1,3</b>	11
Non	21	67,7	77	98,7	98
<b>Total</b>	<b>31</b>	<b>100,0</b>	<b>78</b>	<b>100,0</b>	<b>109</b>

Dans notre série 32, 3% des hommes étaient des migrants contre 1, 3% des femmes.

**Tableau XIV : Répartition des patients selon la notion de voyage à l'extérieur et le sexe.**

Voyages à l'extérieur	Masculin		Féminin		Total
	Eff	%	Eff	%	
Oui	25	<b>80,6</b>	15	<b>19,2</b>	40
Non	6	19,4	63	80,8	69
<b>Total</b>	<b>31</b>	<b>100,0</b>	<b>78</b>	<b>100,0</b>	<b>109</b>

$P = 10^{-10}$

La notion de voyage a été retrouvée chez 80,8% des hommes contre 19,2% chez les femmes.

**Tableau XV : Répartition des patients selon les zones géographiques fréquentées.**

Zones géographiques	1 <sup>ère</sup> zone fréquentée		2 <sup>ème</sup> zone fréquentée	
	Eff.	%	Eff.	%
Afrique de l'Ouest	23	57,5	8	50,0
Afrique centrale	11	27,5	5	31,2
Europe	6	15,0	3	18,8
<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>100,0</b>	<b>16*</b>	<b>100,0</b>

\* : 16 patients parmi les 40 ont fréquenté la deuxième zone géographique.

L'Afrique de l'Ouest a été la zone la plus fréquentée soit 57,5%, suivie de l'Afrique centrale avec 27,5%.

**Tableau XVI : Répartition des hommes selon la profession de leur partenaire.**

Profession de la Partenaire	Effectif	Pourcentage
Ménagère	27	87,0
Elève/Étudiante	2	6,5
<b>Professionnelle du sexe</b>	<b>2</b>	<b>6,5</b>
<b>Total</b>	<b>31*</b>	<b>100,0</b>

\* : Nombre d'hommes dans notre échantillon.

Seulement 13% des hommes avaient comme partenaires sexuelles des professionnelles du sexe et des élèves/étudiantes

**Tableau XVII : Répartition des femmes selon la notion d'immigration du partenaire.**

<b>Partenaire immigré</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
OUI	29	37,2
NON	49	62,8
<b>Total</b>	<b>78</b>	<b>100,0</b>

Plus d'un tiers des femmes avait pour partenaire sexuel un immigré soit 37,2%.

**Tableau XVIII : Répartition des patients selon la connaissance du statut sérologique du partenaire.**

<b>Connaissance de la sérologie du partenaire</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Ne connaît pas	88	80,7%
Connaît	21	19,3
<b>Total</b>	<b>109</b>	<b>100,0</b>

Seulement 19,3% des patients savaient le statut sérologique de leurs partenaires.

**Tableau XIX : Répartition des femmes selon la connaissance du statut sérologique du partenaire immigré.**

<b>Statut sérologique</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Ne sait pas	21	72,4
Positif	8	27,6
<b>Total</b>	<b>29*</b>	<b>100,0</b>

\* : Il s'agit des femmes dont les partenaires sont des migrants.

Dans 72,4% des cas les patientes ignoraient le statut sérologique de leur partenaire immigré.

**Tableau XX : Répartition des femmes selon la connaissance d'autres partenaires sexuelles du partenaire immigré.**

<b>Autre partenaire sexuel</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Ne sait pas	13	44,8
<b>Oui</b>	<b>12</b>	<b>41,4</b>
Non	4	13,8
<b>Total</b>	<b>29</b>	<b>100,0</b>

Dans 41,4% des cas les femmes ont affirmé que leur partenaire immigré avait une autre partenaire sexuelle à l'extérieur.

3) CONNAISSANCES, ATTITUDES PRATIQUES ET IMMIGRATION

**Tableau XXIa : Répartition des cas selon les connaissances, attitudes et comportements en matière d'IST/SIDA et l'immigration.**

Connaissances, attitudes, et comportements en matière d'IST/SIDA		Immigré (N=11)		Non immigré (N=98)		Tests statistiques
		Eff.	%	Eff.	%	
Entendu parlé du VIH	Oui	11	100,0	97	99,0	P=0,89
	Non	0	0,0	1	1,0	
Source d'information*	Média	5	45,5	28	28,6	P=0,30
	Autres	6	54,5	69	70,4	
Risque de contamination*	Elevé	0	0,0	4	4,1	P=0,61
	Peu élevé	1	9,1	3	3,1	
	Nul	6	54,5	38	39,2	
	Ne sais pas	4	36,4	52	54,6	
Utilisation des méthodes de protection*	Oui	2	18,2	18	18,6	P=0,64
	Non	9	81,8	79	81,4	
Méthodes utilisées*	Abstinence	0	0,0	2	2,1	P=0,82
	Fidélité	1	9,1	11	11,3	
	Préservatif	1	9,1	5	5,1	
Raisons de la non protection*	Négligence	4	36,4	42	43,3	P=0,82
	Non croyance	1	9,1	6	6,2	
	Ignorance	4	36,4	31	31,9	
Antécédents IST*	Oui	9	81,8	80	82,5	P=0,71
	Non	2	18,2	17	17,5	
Transmission du VIH*	Connaissent	5	45,5	35	36,1	P=0,98
	Ne connaissent pas	6	54,5	62	63,9	
Connaissance d'existence de centre de dépistage volontaire*	Oui	2	18,2	20	20,6	P=0,49
	Non	9	81,8	77	79,4	
Port du préservatif au cours du dernier rapport sexuel*	Oui	0	0,0	11	11,3	P=0,59
	Non	11	100,0	86	88,7	

- Autres : media associés à d'autres sources (ami, conférence, écoles, etc.)

\* il y a un patient qui affirme ne pas entendre parler du VIH qui n'a pas été concerné par ces questions.

**Tableau XXIIb : Répartition des cas selon les connaissances, attitudes et comportements en matière d'IST/SIDA et l'immigration.**

Connaissances, attitudes, et comportements en matière d'IST/SIDA		Immigré (N=11)		Non immigré (N=97*)		Tests statistiques
		Eff.	%	Eff.	%	
Sous traitement les PVVIH ne transmettent pas le virus	Oui	2	18,2	10	10,3	P=0,28
	Non	5	45,5	28	28,9	
	Ne sais pas	4	36,4	59	60,8	
Sous traitement le virus disparaît du sang de la personne infectée	Oui	0	0,0	5	5,2	P=0,5
	Non	5	45,5	36	37,1	
	Ne sais pas	6	54,5	56	57,7	
Sous traitement le virus est présent mais le malade est soulagé	Oui	4	36,4	43	44,3	
	Non	1	9,1	15	15,5	
	Ne sais pas	6	54,5	39	40,2	
Sous traitement le malade vit longtemps	Oui	4	36,4	24	24,8	P=0,38
	Non	3	24,3	17	17,5	
	Ne sais pas	4	36,4	56	57,7	
Sous traitement le malade guéri du Sida	Oui	0	0,0	3	3,1	P=0,46
	Non	6	54,5	36	37,1	
	Ne sais pas	5	45,5	58	59,8	
Accepteriez vous de fréquenter un séropositif	Oui	4	36,4	33	34,0	P=0,11
	Non	4	36,4	56	57,7	
	Ne sais pas	3	27,3	8	8,3	
Accepteriez vous de manger avec un séropositif	Oui	4	36,4	37	38,2	P=0,12
	Non	4	36,4	53	54,6	
	Ne sais pas	3	27,3	7	7,2	
Accepteriez vous de travailler avec un séropositif	Oui	4	36,4	40	41,2	P=0,13
	Non	4	36,4	49	50,5	
	Ne sais pas	3	27,3	8	8,3	
Accepteriez vous de faire des relations sexuelles non protégées avec un séropositif	Oui	2	18,2	28	28,9	P=0,13
	Non	6	54,5	62	63,9	
	Ne sais pas	3	27,3	7	7,2	

\* il y a un patient qui affirme ne pas entendre parler du VIH qui n'a pas été concerné par ces questions.

Les tableaux XXIa et XXIIb nous montrent qu'il n'y avait pas de différence statistiquement significative entre les connaissances, attitudes et comportements selon qu'on soit immigré ou non immigré.

**Tableau XXIIa : Répartition des cas selon les connaissances, attitudes et comportements en matière d'IST/SIDA et selon la notion de voyage à l'extérieur.**

Connaissances, attitudes, et comportements en matière d'IST/SIDA		Voyage+ (N =40)		Voyage- (N=69)		Tests statistiques
		Eff.	%	Eff.	%	
Entendu parlé du VIH	Oui	40	100,0	68	98,0	P=0,63
	Non	0	0,0	1	2,0	
Source d'information*	Média	11	27,5	22	32,4	P=0,6486
	Autres	29	72,5	46	67,6	
Risque contamination*	Elevé	2	5,0	2	2,9	P=0,6974
	Peu élevé	2	5,0	2	2,9	
	Nul	18	45,0	26	38,2	
	Ne sais pas	18	45,0	38	56,0	
Utilisation méthodes de protection*	Oui	10	25,0	11	16,2	
	Non	30	75,0	57	83,8	
Méthodes utilisées*	Abstinence	1	2,5	1	1,5	P=0,96
	Fidélité	5	12,5	5	7,3	
	Préservatif	4	10,0	5	7,3	
Raisons de la non protection*	Négligence	3	7,5	4	5,9	P=0,69
	Non croyance	17	42,5	29	42,6	
	Ignorance	10	2,5	24	35,3	
Antécédents IST*	Oui	29	72,0	65	95,6	P=0,0004
	Non	11	27,5	3	4,4	
Transmission du VIH*	Connaissent	21	52,5	20	29,4	P=0,2751
	Ne connaissent pas	19	47,5	48	70,6	
Connaissance d'existence de centre de dépistage volontaire*	Oui	8	20,0	14	20,6	P=0,6534
	Non	32	80,0	54	79,4	
Port du préservatif au cours du dernier rapport sexuel*	Oui	4	10,0	7	10,3	P=0,61
	Non	36	90,0	61	89,7	

Autres : media associés à d'autres sources (ami, conférence, écoles, etc.)

\* il y a un patient qui affirme ne pas entendre parler du VIH qui n'a pas été concerné par ces questions.

Les patients qui n'ont aucune notion de voyage avaient plus d'antécédents d'IST (95,6%) que ceux ayant voyagé (72,0%), avec une différence statistiquement significative (P=0,0004).

**Tableau XXIIb : Répartition des cas selon les connaissances, attitudes et comportements en matière d'IST/SIDA et selon la notion de voyage à l'extérieur.**

Connaissances, attitudes, et comportements en matière d'IST/SIDA		Voyagé (oui) N=40		Voyagé (non) N=68*		Tests statistiques
		Eff.	%	Eff.	%	
Sous traitement les PVVIH ne transmettent pas le virus	Oui	7	17,5	5	7,4	P=0,01132
	Non	17	42,5	16	23,5	
	Ne sais pas	16	40,0	47	69,1	
Sous traitement le virus disparaît du sang de la personne infectée	Oui	3	7,5	2	2,9	P=0,35
	Non	17	42,5	24	35,3	
	Ne sais pas	20	50,0	42	61,8	
Sous traitement le virus est présent mais le malade est soulagé	Oui	20	50,0	27	39,7	P=0,52
	Non	6	15,0	10	14,7	
	Ne sais pas	14	35,0	31	45,6	
Sous traitement le malade vit longtemps	Oui	12	30,0	16	23,5	P=0,75
	Non	7	17,5	13	19,1	
	Ne sais pas	21	52,5	39	57,4	
Sous traitement le malade guéri du Sida	Oui	1	2,5	2	2,9	P=0,82
	Non	17	42,5	25	36,8	
	Ne sais pas	22	55,0	41	65,1	
Accepteriez vous de fréquenter un séropositif	Oui	17	42,5	20	29,4	P=0,02517
	Non	16	40,0	44	64,7	
	Ne sais pas	7	17,5	4	5,9	
Accepteriez vous de manger avec un séropositif	Oui	20	50,0	21	30,9	P=0,00565
	Non	13	32,5	43	63,2	
	Ne sais pas	7	17,5	4	5,9	
Accepteriez vous de travailler avec un séropositif	Oui	20	50,0	24	35,3	P=0,01132
	Non	13	32,5	40	58,8	
	Ne sais pas	7	17,5	4	5,9	
Accepteriez vous de faire des relations sexuelles non protégées avec un séropositif	Oui	13	32,5	16	23,5	P=0,19153
	Non	21	52,5	47	69,1	
	Ne sais pas	6	15,0	5	7,4	

\* il y a un patient qui affirme ne pas entendre parler du VIH qui n'a pas été concerné par ces questions.

- Les patients ayant voyagé étaient plus tolérants envers les séropositifs que ceux n'ayant pas voyagé (P : 0,01132).

- Par contre ceux qui n'ont pas voyagé avaient une meilleure connaissance sur la transmission du VIH sous traitement ARV.



**Tableau XXIII: Répartition des patients selon la notion de relation sexuelle au cours du voyage.**

<b>Notion de relation sexuelle au cours du voyage</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Oui</b>	<b>27</b>	<b>67,5</b>
Non	13	32,5
<b>Total</b>	<b>40*</b>	<b>100,0</b>

\* : il s'agit des patients ayant au moins effectué un voyage à l'extérieur.

La notion de relation sexuelle au cours du voyage a été retrouvée chez 67,5% des patients.

**Tableau XXIVa : Répartition des femmes selon les connaissances, attitudes et comportements en matière d'IST/SIDA et l'immigration du partenaire.**

Connaissances, attitudes, et comportements en matière d'IST/SIDA		Partenaire immigré (N=29)		Partenaire non immigré (N=49*)		Tests statistiques
		Eff.	%	Eff.	%	
<b>Entendu parlé du VIH</b>	<b>Oui</b>	<b>29</b>	<b>100,0</b>	<b>48</b>	<b>98,0</b>	P=0,62
	<b>Non</b>	<b>0</b>	<b>0,0</b>	<b>1</b>	<b>2,0</b>	
<b>Source d'information*</b>	<b>Média</b>	<b>19</b>	<b>70,4</b>	<b>8</b>	<b>29,6</b>	<b>P=0,0000</b> <b>13</b>
	<b>Autres</b>	<b>10</b>	<b>20,0</b>	<b>40</b>	<b>80,0</b>	
<b>Risque de contamination*</b>	<b>Elevé</b>	<b>0</b>	<b>0,0</b>	<b>2</b>	<b>4,2</b>	P =0,45
	<b>Peu élevé</b>	<b>0</b>	<b>0,0</b>	<b>1</b>	<b>2,1</b>	
	<b>Nul</b>	<b>10</b>	<b>34,5</b>	<b>20</b>	<b>41,7</b>	
	<b>Ne sais pas</b>	<b>19</b>	<b>65,5</b>	<b>25</b>	<b>52,1</b>	
<b>Utilisation des méthodes de protection</b>	<b>Oui</b>	<b>2</b>	<b>6,9</b>	<b>10</b>	<b>20,8</b>	P=0,09
	<b>Non</b>	<b>27</b>	<b>93,1</b>	<b>38</b>	<b>79,2</b>	
<b>Méthodes utilisées</b>	<b>Abstinence</b>	<b>0</b>	<b>0,0</b>	<b>1</b>	<b>2,1</b>	P=0,42
	<b>Fidélité</b>	<b>2</b>	<b>6,9</b>	<b>5</b>	<b>10,4</b>	
	<b>Préservatif</b>	<b>0</b>	<b>0,0</b>	<b>4</b>	<b>8,3</b>	
<b>Raisons de la non protection</b>	<b>Négligence</b>	<b>13</b>	<b>44,8</b>	<b>19</b>	<b>39,6</b>	P=0,74
	<b>Non croyance</b>	<b>1</b>	<b>3,4</b>	<b>3</b>	<b>6,2</b>	
	<b>Ignorance</b>	<b>13</b>	<b>44,8</b>	<b>16</b>	<b>33,3</b>	
<b>Antécédents IST</b>	<b>Oui</b>	<b>28</b>	<b>96,6</b>	<b>42</b>	<b>87,5</b>	P=0,06
	<b>Non</b>	<b>1</b>	<b>3,4</b>	<b>6</b>	<b>12,5</b>	
<b>Transmission du VIH</b>	<b>Connaissent</b>	<b>11</b>	<b>37,9</b>	<b>13</b>	<b>27,1</b>	
	<b>Ne connaissent pas</b>	<b>18</b>	<b>62,1</b>	<b>35</b>	<b>72,9</b>	

Autres : media associés à d'autres sources (ami, conférence, écoles, etc.)

\* : répondu par **108** patients, seulement **1** patient affirme ne jamais entendre parler du VIH et du SIDA.

**Tableau XXIVb : Répartition des femmes selon les connaissances, attitudes et comportements en matière d'IST/SIDA et l'immigration du partenaire.**

Connaissances, attitudes, et comportements en matière d'IST/SIDA des femmes		Partenaire immigré (N=29)		Partenaire non immigré (N=48*)		Tests statistiques
		Eff.	%	Eff	%	
Sous traitement les PVVIH ne transmet pas le virus	Oui	3	10,3	3	6,3	P=0.40
	Non	5	17,2	14	29,2	
	Ne sais pas	21	72,4	31	64,6	
Sous traitement le virus disparaît du sang de la personne infectée	Oui	0	0,0	1	2,1	P=0.25
	Non	7	24,1	19	39,6	
	Ne sais pas	22	75,9	28	58,3	
Sous traitement le malade vit longtemps	Oui	4	13,8	11	22,9	P=0.57
	Non	5	17,2	9	18,8	
	Ne sais pas	20	69,0	28	58,3	
Sous traitement le malade guéri du Sida	Oui	0	0,0	2	4,2	P=0.27
	Non	7	24,1	17	35,4	
	Ne sais pas	22	75,9	29	60,4	
Accepteriez vous de fréquenter un séropositif	Oui	5	17,2	13	27,1	P=0.37
	Non	19	65,6	31	64,6	
	Ne sais pas	5	17,2	4	8,3	
Accepteriez vous de manger avec un séropositif	Oui	6	20,7	16	33,4	P=0.31
	Non	18	62,1	28	58,3	
	Ne sais pas	5	17,2	4	8,3	
Accepteriez vous de travailler avec un séropositif	Oui	6	20,7	18	37,5	P=0.22
	Non	18	62,1	25	52,1	
	Ne sais pas	5	17,2	5	10,4	
Accepteriez vous de faire des relations sexuelles non protégées avec un séropositif	Oui	5	17,2	11	23,0	P=0.62
	Non	19	65,5	33	68,7	
	Ne sais pas	5	17,2	4	8,3	

\* il y a un patient qui affirme qu'il n'a jamais entendu parler du VIH, n'a donc pas été concerné par ces questions.

- On a noté une différence significative par rapport aux sources d'information entre les deux groupes (70,4% des femmes des migrants sont informées à partir des médias contre 29,6% des autres femmes P=0,000013).

**Tableau XXV : Répartition des femmes des migrants selon le type de partenaires fréquentés dans le temps.**

Périodes	Type de partenaires	Effectif (N=29)	Pourcentage	Total
1 mois avant l'enquête	Epoux	6	20,7	8
	Frère du mari	2	6,9	
3 mois avant l'enquête	Epoux	9	31,0	11
	Frère du mari	2	6,9	
12 mois avant l'enquête	Partenaire occasionnel	1	3,4	18*
	Epoux	10	34,5	
	<b>Frère du mari</b>	<b>7</b>	<b>24,1</b>	

\* Il s'agit des femmes ayant eu des relations sexuelles.

Dans notre étude 24,1% des femmes des migrants ont eu des relations sexuelles avec un frère de leur mari au cours des 12 derniers mois avant notre entretien.

**Tableau XXVI: Répartition des cas selon le sexe et le type de partenaires sexuels (les) 30 jours avant l'enquête.**

Types de partenaires	Sexe		Total
	Masculin (N=31)	Féminin (N=78)	
Epoux (se)	14 (45,2%)	14 (14,1%)	28
Partenaire régulier	0 (0,0%)	3 (3,8%)	3
<b>Partenaire occasionnel (le)</b>	<b>1 (3,2%)</b>	<b>3 (3,8%)</b>	<b>4</b>
<b>Professionnelle du sexe</b>	<b>2 (6,4%)</b>	0 (0,0%)	2
Frère du mari	0 (0,0%)	1 (1,2%)	1
Total	17 (54,8%)	21 (26,9%)	38*

\* les cas ayant eu des rapports sexuels 30 jours avant l'enquête.

Trente jours avant notre enquête, 3,8% des femmes ont fréquenté des partenaires occasionnels contre 3,2% des hommes.

**Tableau XXVII: Répartition des cas selon le sexe et le type de partenaires sexuels (les) 3 mois avant l'enquête.**

Types de partenaires	Sexe		Total
	Masculin (N=31)	Féminin (N=78)	
Epoux (se)	10 (32,2%)	19 (24,3%)	29
Partenaire régulier	1 (3,2%)	6 (7,7%)	7
Partenaire occasionnel (le)	1 (3,2%)	1 (1,3%)	2
<b>Professionnelle du sexe</b>	5 (16,1%)	0 (0,0%)	5
<b>Frère du mari</b>	0 (0,0%)	2 (2,6%)	2
Total	17 (54,8%)	28 (35,9%)	45*

\* les cas ayant eu des rapports sexuels 3 mois avant l'enquête.

Trois mois avant notre enquête, seulement 2,6% des femmes ont fréquenté le frère de leur mari et 16,1% des hommes ont fréquenté une professionnelle du sexe (p : 0,022).

**Tableau XXVIII: Répartition des cas selon le sexe et le type de partenaires sexuels (les) 12 mois avant l'enquête.**

Types de partenaires	Sexe		Total
	Masculin (N= 31)	Féminin (N=78)	
Epoux (se)	2 (6,4%)	24 (30,8%)	26
Partenaire régulier	1 (3,2%)	10 (12,8%)	11
Partenaire occasionnel (le)	7 (22,6%)	0 (0,0%)	7
<b>Professionnelle du sexe</b>	16 ( <b>51,6%</b> )	0 (0,0%)	16
<b>Frère du mari</b>	0 (0,0%)	7 ( <b>9,0%</b> )	7
Total	26 (83,9%)	41 (52,6%)	67

\* les cas ayant eu des rapports sexuels 12 mois avant l'enquête.

Douze mois avant notre enquête, 51,6% des hommes ont fréquenté une professionnelle du sexe ( $P=10^{-10}$ ).

**Tableau XXIX: Répartition des cas selon l'immigration et le type de partenaires sexuels (les) 30 jours avant l'enquête.**

Types de partenaires	Immigration		Total
	Non (N=98)	Oui (N=11)	
Epoux (se)	22 (22,4%)	6 (54,5%)	28
Partenaire régulier	3 (3,1%)	0 (0,0%)	3
<b>Partenaire occasionnel (le)</b>	<b>3 (3,1%)</b>	<b>1 (9,1%)</b>	4
Professionnelle du sexe	2 (2,0%)	0 (0,0%)	2
Frère du mari	1 (1,0%)	0 (0,0%)	1
Total	31 (31,6%)	7 (63,6%)	38*

\* il s'agit des patients ayant eu des relations sexuelles au cours de cette période.

Au cours des 30 derniers jours avant l'enquête 9,1% des immigrés ont fréquenté au moins un partenaire occasionnel contre 3,1% des non immigrés. (P=0,80)



**Tableau XXX: Répartition des cas selon l'immigration et le type de partenaires sexuels (les) 3 mois avant l'enquête.**

Types de partenaires	Immigration		Total
	Non (N=98)	Oui (N=11)	
Epoux (se)	26 (26,5%)	3 (27,3%)	29
Partenaire régulier	7 (7,1%)	0 (0,0%)	7
<b>Partenaire occasionnel (le)</b>	<b>1 (1,0%)</b>	<b>1 (9,1%)</b>	<b>2</b>
<b>Professionnelle du sexe</b>	<b>1 (1,0%)</b>	<b>4 (36,4%)</b>	<b>5</b>
Frère du mari	2 (2,0%)	0 (0,0%)	2
Total	37 (37,7%)	8 (72,7%)	45*

\* il s'agit des patients ayant eu des relations sexuelles au cours de cette période.

Pendant cette période 36,4% des migrants ont fréquenté au moins une professionnelle du sexe contre seulement 1,0% des non migrants (P=0,001).

**Tableau XXXI: Répartition des cas selon l'immigration et le type de partenaires sexuels (les) 12 mois avant l'enquête.**

Types de partenaires	Immigration		Total
	Non (N=98)	Oui (N=11)	
Epoux (se)	26 (26,5%)	0(0,0%)	26
Partenaire régulier	11 (11 ,2%)	0 (0,0%)	11
<b>Partenaire occasionnel (le)</b>	<b>4 (4,1%)</b>	<b>3 (27,3%)</b>	<b>7</b>
<b>Professionnelle du sexe</b>	<b>9 (9,2%)</b>	<b>7 (63,6%)</b>	<b>16</b>
Frère du mari	6 (6,1%)	1 (9,1%)	7
Total	56 (57,1%)	11 (100,0%)	67*

\* il s'agit des patients ayant eu des relations sexuelles au cours de cette période

Pendant cette période 63,6% des migrants ont fréquenté au moins une professionnelle du sexe contre seulement 9,2% des non migrants (P=0,0006).

**Tableau XXXII: Répartition des cas selon la mobilité et le type de partenaires sexuels (les) 30 jours avant l'enquête.**

Types de partenaires	Mobilité (voyage à l'extérieur)		Total
	Non (N=69)	Oui (N=40)	
Epoux (se)	12 (17,4%)	16 (40,0%)	28
Partenaire régulier	3 (4,3%)	0 (0,0%)	3
Partenaire occasionnel (le)	2 (2,9%)	2 (5,0%)	4
Professionnelle du sexe	2 (2,9%)	0 (0,0%)	2
Frère du mari	<b>1 (1,4%)</b>	0 (0,0%)	1
Total	20 (28,9%)	18 (45,0%)	38*

\* il s'agit des patients ayant eu des relations sexuelles au cours de cette période.

Seulement 1,4% des patients qui n'ont pas voyagé ont fréquenté le frère de leur mari 30 jours avant notre enquête (P=0,16).

**Tableau XXXIII: Répartition des cas selon la mobilité et le type de partenaires sexuels (les) 3 mois avant l'enquête.**

Types de partenaires	Voyage à l'extérieur		Total
	Non (N=69)	Oui (N=40)	
Epoux (se)	14 (20,3%)	15 (37,5%)	29
Partenaire régulier	7 (10, 3%)	0 (0,0%)	7
Partenaire occasionnel (le)	0 (0,0%)	2 (5,0%)	2
<b>Professionnelle du sexe</b>	<b>1 (1,4%)</b>	<b>4 (10,0%)</b>	5
<b>Frère du mari</b>	<b>2 (2,9%)</b>	0 (0,0%)	2
Total	21 (30,4%)	24 (60,0%)	45*

\* il s'agit des patients ayant eu des relations sexuelles 3 mois avant l'enquête.

Au cours des 3 derniers mois avant l'enquête 10,0% des patients qui ont voyagé ont fréquenté au moins une professionnelle du sexe contre seulement 1,4% de ceux qui n'ont pas fait de déplacement (p=0,01288).

**Tableau XXXIV: Répartition des cas selon la mobilité et le type de partenaires sexuels (les) 12 mois avant l'enquête.**

Types de partenaires	Voyage à l'extérieur		Total
	Non (N=98)	Oui (N=40)	
Epoux (se)	18 (26,1%)	8 (20,0%)	26
Partenaire régulier	9 (13,0%)	2 (5,0%)	11
Partenaire occasionnel (le)	0 (0,0%)	7 (17,5%)	7
<b>Professionnelle du sexe</b>	<b>1 (1,4%)</b>	<b>15 (37,5%)</b>	16
<b>Frère du mari</b>	<b>6 (8,7%)</b>	1 (2,5%)	7
Total	33 (47,8%)	34 (85,0%)	67*

\* il s'agit des patients ayant eu des relations sexuelles 12 mois avant l'enquête.

Dans notre série 37,5% des patients qui ont voyagé ont fréquenté au moins une professionnelle du sexe contre 1,4% de ceux qui n'ont pas fait de déplacement (p=0,00000290).

**Tableau XXXV: Répartition des cas selon la mobilité et le nombre de partenaires sexuels (les).**

Nombres de partenaires	Mobilité (voyage à l'extérieur)		Total
	Non (N=69)	Oui (N=40)	
1	55 (79,7%)	22 (55,0%)	77
2	10 (14,6%)	11 (27,5%)	21
<b>3</b>	<b>2 (2,9%)</b>	<b>7 (17,5%)</b>	9
4	1 (1,4%)	0 (0,0%)	1
6	1 (1,4%)	0 (0,0%)	1
Total	69 (100,0%)	40 (100,0%)	109

Dans notre série 17.5% des patients qui ont effectué un voyage ont eu 3 partenaires sexuels contre 2.9% de ceux qui n'ont pas voyagé (p=0.01655276).

**Tableau XXXVI: Répartition des cas selon l'immigration et le nombre de partenaires sexuels (les).**

Nombres de partenaires	Immigration		Total
	Non	Oui	
1	73 (74,5%)	4 (36,4%)	77
2	19 (19,4%)	2 (18,2%)	21
<b>3</b>	<b>4 (4,1%)</b>	<b>5 (45,4%)</b>	9
4	1 (1,0%)	0 (0,0%)	1
6	1 (1,0%)	0 (0,0%)	1
Total	98 (100,0%)	11 (100,0%)	109

La presque moitié des migrants (45,4%) avait plus de 2 partenaires sexuels (les) contre 4,1% des non migrants (p=0,00014078).

## **V-DISCUSSION :**

### **1) Sur le plan de la méthodologie :**

Nous avons réalisé une étude prospective menée au service de médecine de l'hôpital Fousseyni DAOU de Kayes. Durant laquelle nous avons recensé 109 patients séropositifs et nous étions confrontés aux difficultés suivantes :

- haut niveau d'analphabétisme des patients,
- insuffisance du plateau sanitaire dans la prise en charge des patients,
- croyances religieuses, coutumières et autres préjugés sur la maladie,
- difficultés de communication sur le plan linguistique.

### **2) Les caractéristiques socio-démographiques :**

#### **2-1) le sexe et l'âge :**

Dans notre étude le sex ratio a été de 2,51 en faveur du sexe féminin. Cela reflète la prévalence globale de la pandémie dans le monde où les femmes sont plus touchées que les hommes. Il concorde avec l'étude de cohorte de PSI Mali en 2005 qui a trouvé un sex ratio de 2,72 en faveur du sexe féminin (303 femmes positives contre 111 hommes).

La moyenne d'âge est de 34,34 ans avec des extrêmes de 15 et 60 ans. Soixante dix sept patients étaient âgés de moins de 40 ans soit 71%.

Ce résultat reflète la dernière enquête démographique et de santé effectuée au Mali en 2006 (EDS IV) où sur une prévalence globale de 1,3%, les femmes de 20-39 ans ont une prévalence de 1,6% contre 1,0% chez les hommes.

#### **2-2) Le niveau d'instruction :**

La grande majorité des patients était non scolarisée soit 67,0% et 28,4% d'entre eux ont fait des études primaires.

Ces proportions se rapprochent à la plupart des études où une part très importante des personnes non scolarisées est infectée par le VIH. Ainsi l'étude de PSI Mali en 2005 a révélé que plus de 2/3 des personnes infectées par le VIH étaient non scolarisées. Dans cette même étude, les femmes peu ou pas instruites représentaient 54,0% des clients séropositifs. Nous osons dire par là qu'il y'a un lien assez significatif entre le taux du VIH et le niveau d'instruction.

**2-3) L'ethnie et la résidence :**

La population de la région de Kayes est majoritairement composée de sarakolés, de peulhs et de malinkés. Dans notre étude, les sarakolés et les malinkés étaient les ethnies prédominantes avec respectivement 37,6% et 15,6%.

Le cercle de Kayes a été le plus représenté soit 65,1% suivi du cercle de Yélimané (zone de migration par excellence) soit 17,4%.

**2-4) La profession :**

La grande proportion des femmes dans notre étude était des ménagères (62,5%). Il est à souligner que 19,4 % des hommes étaient des chauffeurs. Cependant on a noté une proportion non négligeable des vendeuses/commerçantes soit 10,3% et des professionnelles du sexe soit 2,5%.

Ce résultat est inférieur à celui de l'étude de PSI Mali en 2005 où parmi les femmes infectées par le VIH, les commerçantes et les professionnelles du sexe ont représenté respectivement 22,1% et 24,3%.

**2-5) Le mariage :**

Dans cette étude, il ressort que 50,0% des femmes ont vécu dans un régime polygamique. Plus de la moitié (53,8%) d'entre elles occupaient le rang de deuxième femme. Nous avons voulu faire sortir ici un constat : le VIH touche plus les deuxièmes, les troisièmes femmes relativement plus jeunes.



Nous pensons que ce constat pourrait être expliqué par les activités sexuelles antérieures de ces femmes (rapport sexuel avant le mariage, nombre de mariage, ...).

Ce résultat est conforme à l'analyse de **Amat-Rose, J.M (1994)** qui a trouvé une prévalence élevée de VIH et du SIDA chez les jeunes femmes 15 à 34 ans. [3]

Selon l'EDS IV (enquête démographique et de santé quatrième édition), le taux de prévalence du VIH/SIDA est plus élevé chez les femmes âgées de 25 à 29 ans soit 1,9%.

Il est à souligner aussi que 21,6% des femmes étaient à leur deuxième mariage contre 28,6% des hommes. Le décès du premier mari et le divorce seraient les principales causes, exposant ainsi un certain nombre d'entre elles à la pratique culturelle de mariage par héritage (sororat/lévirat) qui a représenté 15,7% dans notre série.

Certaines femmes veuves ne se sont plus remariées. Cependant elles menaient des activités sexuelles, celles-ci ont représenté 14, 1% contre seulement 9,7% de veufs.

En 1990, au **Rwanda, J-F.Gotanègre** trouve que 79% des divorcés, séparés ou concubins malades étaient des femmes et que les veuves étaient 4 fois plus atteintes que les veufs. [3]

### **3) Les paramètres sur l'immigration et la mobilité :**

#### **3-1) L'immigration :**

Seule une femme de notre cohorte était immigrée soit 1,3% contre 32,3% des hommes, fait historique et conformément à la division sociale du travail qui en faisait les premiers acteurs économiques du groupe, les hommes dominent la migration africaine.

Une grande proportion des femmes soit 37,2% avait pour partenaire sexuel un migrant. Dans 72,4% des cas elles ignoraient le statut sérologique de leurs

partenaires sexuels. Seulement 27,6% de ces femmes savaient la séropositivité de leurs partenaires immigrés.

### **3-2) La notion de Voyage à l'extérieure :**

Notre étude montre que 80,8% des hommes de notre série ont au moins effectué un voyage à l'extérieur, contre 19,2% des femmes.

Cette grande mobilité est surtout orientée vers les pays frontaliers (57,5% en Afrique de l'Ouest et 27,5% vers l'Afrique centrale).

Elle se poursuit et se termine en Europe et surtout en France pour la presque totalité des immigrés. L'immigration est d'abord sous régionale, ensuite régionale et puis elle s'internationalise.

En 2004 au Sénégal, **Lalou. R** a trouvé des résultats proches de notre étude (65% vers la Côte d'Ivoire et l'Afrique centrale), c'est-à-dire vers des pays à séroprévalence élevée. [22]

### **4) Les Connaissances liées aux IST/SIDA :**

D'une manière générale, notre étude montre qu'il n'y avait pas de différence statistiquement significative sur les connaissances selon que l'on soit immigré ou non immigré.

#### **4-1) L'information à VIH/SIDA :**

Dans notre étude, 100% des migrants et 99% des non migrants ont été déjà informés du VIH ( $p=0,89$ ).

**BERTHE** en 2006 à Bamako a trouvé dans sa série 98% des patients qui avaient entendu parler du VIH.

Notre résultat se rapproche à celui de l'EDS IV où la quasi-totalité des enquêtés (86% des femmes de 15-49 ans et 91% des hommes de 15-49 ans) ont déclaré connaître ou avoir entendu parler du VIH et du SIDA. Il est cependant supérieur

à celui de l'étude menée de 2002 à 2005 par le PSI Mali sur une cohorte de 5037 volontaires dépistés où 62% ont été informé par les médias. [29]

Les medias ont été les principales sources d'information pour les immigrés soit 54,5% et pour les non immigrés 70,4% ( $p=0.30$ ).

Par ailleurs 70,4% des épouses des migrants ont été informées par les médias contre seulement 29,6% de celles des non migrants. La différence est statistiquement très significative ( $p=0,000013$ ).

Cette différence s'expliquerait du fait que ces femmes sont plus rattachées aux medias par l'absence de leur conjoint et aussi à la quête d'informations (condition de vie, événements climatiques, politiques ...) sur les pays de destination de leur mari.

De façon générale les patients ignoraient l'existence des centres de dépistages volontaires (81,8% des immigrés contre 79,6% des non immigrés). La médiatisation excessive de l'information sur le VIH et le SIDA pourrait donc entraîner une certaine banalisation voir une annulation de l'information.

Cependant le niveau de connaissances spécifiques doit être renforcé.

#### **4-2) Les risques de contamination du VIH :**

Malgré la surmédiatisation de l'information sur le VIH et le SIDA, les populations cibles exhibaient une faible connaissance sur les risques de contamination du VIH. Ainsi 54,5% des migrants de notre étude pensaient que le risque d'être contaminé par le VIH était nul et 53,1% des non migrants ne savaient pas ce risque de contamination.

Dans notre étude 9,1% des immigrés trouvaient ce risque peu élevé contre 3,1% des non immigrés. ( $p=0,61$ )

Ce résultat est inférieur à celui de **BERTHE** où 21,9% des enquêtés ont répondu que le risque de contamination était élevé.

**4-3) Les modes de transmission du VIH :**

Dans notre échantillon la connaissance relative aux modes de transmission du VIH était faible.

Cette faible connaissance était relativement plus élevée chez les non migrants (63,3%) que chez les migrants (54,5%). **BERTHE** a eu des résultats qui se rapprochent des nôtres soit 46,8% qui ont déclaré avoir une mauvaise connaissance des modes de transmission du VIH.

Nous avons constaté que les cas avec une notion de voyage à l'extérieur, avaient une meilleure connaissance sur la transmission du VIH (52,5%) que ceux qui n'ont pas voyagé (29,4%) ( $p=0,27$ ).

**4-4) Les méthodes de protection du VIH :**

On remarque que notre population cible avait une faible connaissance des méthodes de protection du VIH et de leur utilisation.

Plus de 80,8% des migrants et 80,6% des non migrants n'ont pas utilisé de méthodes de protection ( $p=0,64$ ). L'ignorance c'est-à-dire la méconnaissance des méthodes de protection et la non croyance à l'existence de la maladie en sont les principales raisons évoquées. Ainsi 44,4% des migrants ne se protégeaient pas car ils ignoraient les méthodes de protection contre 39,2% des non migrants et 11,2% des migrants ne croyaient pas au VIH contre 7,6% des non migrants. ( $p=0,82$ )

Le phénomène de migration ne semble pas avoir d'effets positifs sur les connaissances relatives aux méthodes de protection du VIH.

Par contre nous avons trouvé que les patients ayant au moins une notion de voyage à l'extérieur se protégeaient plus que ceux qui n'ont jamais voyagé soit 25,0% contre 16,2%.

**4-5) Les infections sexuellement transmissibles (IST) :**

La prévalence des IST était fortement élevée dans notre cohorte ; 81,8% des immigrés contre 82,7% des non immigrés.

Des études ont en effet montré que l'importance de l'épidémie du SIDA dans les pays en voie de développement et plus particulièrement en Afrique est due en grande partie aux IST. Leur prévalence y est élevée et la probabilité moyenne de transmission est importante. [13]

Les patients qui n'ont aucune notion de voyage avaient plus d'antécédents d'IST soit 95,6% que ceux ayant voyagé soit 72,0% avec une différence statistiquement significative ( $P=0,0004$ ).

Cela pourrait s'expliquer par le fait que les voyageurs et/ou les migrants de retour au berceau réduisent plus efficacement les pratiques sexuelles potentiellement à risque que ceux qui n'ont pas voyagé. [22]

Notre résultat est nettement supérieur à celui d'étude de cohorte de PSI de 2002-2005 où 29% des femmes et 7% des hommes avaient un antécédent d'IST lors des 12 derniers mois. Cette différence s'expliquerait par la taille de l'échantillon qui est relativement plus petite dans notre étude.

**5) Les attitudes et comportements liés aux IST/SIDA :**

Les tableaux XXIa et XXIb nous montrent qu'il n'y avait pas de différence statistiquement significative par rapport aux attitudes et comportements selon qu'on soit immigré ou non immigré.

L'analyse des tableaux XXIVa et XXIVb renseigne aussi qu'il n'y avait pas de différence statistiquement significative par rapport aux attitudes et comportements entre les femmes des immigrés et les autres femmes.

Par contre les patients ayant voyagé à l'extérieur étaient plus tolérants envers les PVVIH que ceux n'ayant pas voyagé dans les comportements comme la fréquentation (42,5% contre 29,4%), le partage du repas (50,0% contre 30,9%)

et du travail (50,0% contre 35,3%) avec des différences statistiquement significatives soient respectivement ( $p=0,02517$  ;  $p=0,00565$  ;  $p=0,01132$ ).

#### **6) Le comportement sexuel et l'utilisation du condom :**

Le comportement sexuel est l'un des comportements sociaux les plus complexes.

L'Afrique est un continent où la transmission se fait essentiellement par voie hétérosexuelle, le VIH et le SIDA entraînent désormais des débats sur les comportements sexuels et leurs relations avec la maladie, la mort et la vie. Les principaux facteurs de risque sont liés directement aux modes de comportements sexuels : les rapports sexuels non protégés, les partenaires sexuels multiples, les types de partenaires, etc. [4]

Une meilleure connaissance de ces facteurs permettra l'adoption de meilleurs schémas de prévention à appliquer aux populations cibles. Dans notre étude, il ressort une prévalence élevée de ces comportements sexuels dangereux.

#### **6-1) Les types de partenaires sexuels fréquentés :**

Les tableaux XXVI, XXVII, XXVIII montrent que chez les hommes la fréquence des rapports sexuels avec les professionnelles du sexe a augmenté proportionnellement avec le recul du temps soit respectivement 6,4% à 30 jours avant l'enquête ( $p=0,38$ ), 16,1% à 3 mois avant l'enquête ( $p=0,02$ ) et 51,6% à 12 mois avant l'enquête ( $p=10^{-10}$ )

Cette tendance est la même chez les immigrés où 36,4% d'entre eux ont fréquenté au moins une professionnelle du sexe contre seulement 1,0% des non immigrés 3 mois avant l'enquête ( $p=0,001$ ) et 63,6% des immigrés contre 9,2% des non immigrés 12 mois avant l'enquête ( $p=0,0006$ ).

Les rapports sexuels avec des partenaires occasionnelles n'étaient pas négligeables soient 9,1% chez les immigrés contre 1,0% des non immigrés 3

mois avant l'enquête et 27,3% chez les immigrés contre 4,1% des non immigrés 12 mois avant l'enquête.

Les différences statistiques sont fortement significatives soient respectivement ( $p=0,001$ ,  $p=0,0006$ ).

Rappelons que les migrants internationaux de retour sont les plus nombreux à déclarer des relations sexuelles avec des partenaires occasionnelles et des professionnelles du sexe et une utilisation fréquente du préservatif lors de leur dernier séjour à l'étranger. [22]

Dans notre étude quel que soit le type de partenaire, 67,5% des cas ayant au moins une notion de séjour à l'extérieur ont déclaré avoir entretenu des relations sexuelles au cours de leur voyage et 37,5% de ces patients ont fréquenté au moins une professionnelle du sexe contre 1,4% de ceux qui n'ont pas fait de déplacement 12 mois avant notre enquête. La différence est statistiquement significative  $p=0,00000290$

Au cours de notre étude nous avons identifié un nouveau facteur qui contribue sans nul doute à hausser les risques d'infection aux IST/VIH des migrants sur les lieux de retour, il s'agit de la fréquentation d'un nouveau type de partenaire sexuel de leurs épouses, à savoir le beau frère.

En effet de notre travail, il ressort que 6,9% et 24,1% des femmes des migrants ont eu des relations sexuelles avec un frère de leur mari respectivement dans les 3 mois et 12 mois avant notre entretien.

Ce nouveau comportement sexuel s'expliquerait par le séjour prolongé des migrants, ce qui expose potentiellement leurs épouses, devenant ainsi des victimes sexuelles des hommes de la même communauté et surtout des parents des migrants.

Ces résultats mettent nettement en évidence que les phénomènes de migration et de déplacement à l'extérieur conduisent les hommes et les femmes à des pratiques à haut risque d'infection à VIH.

**6-2) Le Nombre de partenaires sexuels fréquentés :**

L'analyse des tableaux XXXVII et XXXVIII montre que 17,5% des patients ayant effectué un voyage à l'extérieur ont fréquenté 3 partenaires sexuels contre 2,9% de ceux qui n'ont pas voyagé les 12 derniers mois avant l'enquête.

La différence est statistiquement significative ( $p=0,01655276$ ).

Ce résultat est semblable à celui de l'étude de cohorte de PSI Mali effectuée de 2002-2005 où 18% des hommes et seulement 8% des femmes ont déclaré avoir eu au moins trois partenaires les 12 derniers mois avant l'enquête.

Environ la moitié soit 45,4% des immigrés avait 3 partenaires sexuelles contre seulement 4,1% des non immigrés. La différence est statistiquement significative ( $p=0,00014078$ ).

Avec l'étude de **Lalou.R**, au Sénégal la prévalence de ces comportements sexuels est passée chez les immigrés de 31,4% à 11% en 2004 sur les lieux d'enquête. La fidélité des migrants au retour en est la principale explication évoquée, qui permet assurément de réduire les risques d'infection IST/VIH.

Ces résultats démontrent que la vulnérabilité face au VIH liée à la multiplicité des partenaires est statistiquement corrélée à l'effet de mobilité des patients et au phénomène de l'immigration.

**6-3) L'utilisation des condoms :**

Malgré le multi partenariat et la fréquentation des groupes à haut risque d'infection à VIH, l'utilisation du condom était très faible dans notre étude.

Ainsi 100% des immigrés et 90% des cas ayant voyagé contre 88,7% des non immigrés et 89,7% des cas sans notion de voyage à l'extérieur n'ont pas utilisé de préservatif lors de leur dernier rapport sexuel.

**BERTHE** a rapporté 66,2% au cours de son étude. Il n'y a pas de différence statistiquement significative entre les deux groupes par rapport au port du préservatif au cours du dernier rapport sexuel ( $P=0,61$ ). Les comportements liés



au port du préservatif sur les lieux d'enquête sont les mêmes que l'on soit migrant ou non migrant.

Cela concorde avec l'étude de **Lalou.R** en 2004 où 44,0% des personnes sur les lieux d'enquête ont déclaré avoir utilisé le préservatif de façon systématique contre 51% sur les lieux de migration. On peut donc remarquer ici que l'utilisation du préservatif augmenterait considérablement avec le risque encouru surtout lorsque le lien avec le partenaire est lâche.

L'étude de cohorte de PSI Mali a eu les mêmes tendances où seulement un tiers des clients ont utilisé le préservatif lors de leur dernier rapport sexuel avec un partenaire régulier et seuls 46% des hommes et 36% des femmes ont utilisé le préservatif lors de leur dernier rapport sexuel avec leurs partenaires occasionnels.

Les types de raisons avancées pour la non utilisation des condoms restent flous et non justifiées pour la majorité de notre population d'étude. Parmi ces principales raisons évoquées deux sont intrinsèquement liées aux caractéristiques individuelles des populations concernées. Il s'agit du fait de ne pas aimer le préservatif pour des raisons socioculturelles et surtout religieuses et du « refus du partenaire » quand à son usage.

D'autres éléments d'explication plus élaborés de cette attitude réfractaire à l'égard du préservatif sont donnés par **Claude Fay** « le préservatif peut être considéré comme une pratique sexuelle et plus largement comme une pratique sociale. A ce titre il semble qu'il fait écran entre plusieurs relations : entre l'homme et la femme, entre occidentalité et africanité, entre religions et pratiques quotidiennes ». [10]

Pour cette population majoritairement de confession religieuse musulmane, une autre raison évoquée pourrait être un obstacle de taille à l'utilisation du préservatif ; il s'agit de la croyance en l'origine divine du sida.

## **VI-CONCLUSION:**

Dans cette étude, nous avons choisi de porter notre attention sur le risque de diffusion du VIH associée à la migration. C'est pourquoi nous nous sommes intéressé au cas de la région de Kayes, marqué par une forte émigration vers des pays à forte séropositivité (côte d'Ivoire, Afrique centrale).

Les résultats obtenus ici nous conduisent à revisiter l'influence de la migration sur la prévalence des comportements sexuels à risque et sur la dynamique de l'épidémie du SIDA. De façon générale les analyses montrent que l'effet net de l'expérience migratoire n'est pas significatif. Les IST, les rapports sexuels non protégés, les croyances religieuses, et autres préjugés sur le VIH et le SIDA demeurent toujours un problème endémique selon que l'on soit migrant ou non migrant. Cependant il n'y a de différences statistiquement significatives entre les migrants et les non migrants en terme de certains comportements sexuels à risque (nombres et types de partenaires sexuels). En effet les migrants ont eu plus de partenaires sexuelles et ce sont eux qui ont fréquenté plus les professionnelles du sexe et les partenaires occasionnelles.

Face à la menace du VIH et du SIDA, la réponse des migrants contient en évidence une forte dimension communautaire. La fidélité au conjoint est alors la réponse la plus adéquate, par rapport au contexte social, pour minimiser les risques d'infection. Reste pourtant que cette stratégie n'écarte pas tous les risques de transmission (par voie sexuelle et de la mère à l'enfant), notamment au sein de la famille et de la parenté (par la pratique du lévirat et du sororat). Dans une telle configuration, ce sont les familles des migrants qui apparaissent les plus vulnérables, dans la mesure où les femmes des migrants ne parviennent pas à obtenir de leur conjoint l'utilisation du préservatif ou du dépistage. En somme, on peut dire que le migrant au retour gère les risques (sanitaires et surtout sociaux), mais la famille du migrant les subit.

## **VII-RECOMMANDATIONS :**

### **AUX AUTORITES:**

- développer les actions d'information, d'éducation et de communication sur les IST/ VIH pour favoriser l'émergence de comportements responsables chez les individus et de réponses communautaires tournées vers une protection solidaire,
- réduire le risque individuel par l'information et la promotion d'une politique de santé publique appropriée sur le plan linguistique et culturel,
- faciliter et relayer l'information à VIH suivant les trajets migratoires et au sein des couples pour une meilleure communication et une gestion négociée des risques,
- éliminer les conditions économiques et sociales à l'origine de l'exposition à la migration et au VIH,
- appuyer la création d'une structure d'information, d'orientation et de réinsertion à l'attention des migrants de retour, et des candidats au départ,
- faciliter l'accès des migrants aux services socio- sanitaires dans les milieux d'accueil et de retour,
- améliorer les plateaux techniques existants pour une prise en charge multidisciplinaire des personnes vivant avec le VIH,
- financer et impliquer d'avantage les associations des personnes vivant avec le VIH dans la prise en charge globale des malades du SIDA.

## **VIII-REFERENCES :**

**1. AKOLATSE, Agavit Yao ; Ouedrago.**

Migration et VIH/SIDA : analyse de la situation sur l'axe routier de la côte ouest africaine reliant Abidjan à Lagos :

*Bénin, Côte d'Ivoire, Ghana, Nigeria, Togo : ONUSIDA ,2000 ; 50p.*

**2. ALS-SIDA WEB 2002.**

[En ligne] <http://www.sidaweb.com/vih.htm>

(Page consultée le 24/01/2007).

**3. Amat-Rose J.M, Dumont G.F.**

Le SIDA et l'avenir de l'Afrique.

Ethique, Population et Avenir.1994, numero12 :278 p.

**4. Benjamin ZANOU et al.**

Mobilité et SIDA. Résultats d'une enquête de base auprès des routiers, travailleurs migrants et prostituées en Côte d'Ivoire. (PSAMAO). Mars 1998.

[En ligne]

<http://66.147.176.110/oldsite/AWARERH/documentsdownload/rapport%20final%20pré-test%20PSAMAO%20Côte%20d'Ivoire.pdf>.

**5. BERTHE Mamadou.**

Connaissances, attitudes et pratiques comportementales vis-à-vis des MST /VIH des routiers du district de Bamako sur l'axe Bamako-Abidjan-Bamako.*Thèse de médecine Bamako 2006 ; 69p.*

**6. Bulletin du CORDESRIA.**

VIH/SIDA- Les sciences humaines et les politiques sur le VIH/SIDA en Afrique. *N° spéciale 2,3 et 4, 2003 :48-94p.*

**7. Cheikh Ibrahima NIANG et al.**

Targeting Vulnerable Groups in the Multicountry HIV/AIDS Program (MAP) for the Africa Region: The cas of men Who Have Sex with Men – SENEGAL, BURKINA, GAMBIE. *Rapport final Janvier 2004; 150p.*

**8. Chérabi k, Fanget D.**

Le VIH/SIDA en milieu migrant arabo-musulman en France.  
*Paris : Arcat sida, 1997 :140 p.*

**9. Christophe, Karthala.**

Les associations de Maliens en France :  
Migration, développement et citoyenneté.-Paris : 1998 ; 252p.

**10. CILSS – INSTITUT DU SAHEL – PROGRAMME MAJEUR  
POPULATION/DEVELOPPEMENT (CERPOD).**

Mobilité et VIH/SIDA en Afrique de l'ouest : au delà de la relation théorique communication présentée à l'atelier CICRED/UNDP sur Mobilité et VIH/SIDA, *Paris 2004 ; 64 pages.*

**11. CISD.**

Migration internationale et VIH/SIDA –novembre 2004.

[En ligne] [www.icad-cisd.com](http://www.icad-cisd.com)

*(Page consultée le 12/03/07).*

**12. Corpus Médical faculté de Grenoble.**

Infection à VIH et SIDA (85) Association des Professeurs de Pathologie Infectieuse et tropicale Juin 2003 [En ligne].

<http://www-santé.ujf-grenoble.fr/SANTE/> (page consultée le 30/04/07).

**13. BSS1.**

Enquête de surveillance de comportements relatifs aux IST/SIDA au Burkina Faso, Novembre 2002 ; 44p.

**14. ETCHEPARE, Christine ; ETCHEPARE, Michel.**

SIDA en Afrique : analyse par pays :

*ENDA-Edition ,1998 :-505p.*

**15. [http://fr.wikipedia.org/wiki/kayes\\_\(region\)](http://fr.wikipedia.org/wiki/kayes_(region))**

*(Page consultée le 12/03/07).*

**16. <http://portal.unesco.org/fr/ev.php>**

*(Page consultée le 25/04/07).*

**17. <http://www.sida-info-service.org/informer/vih/chiffres.php4>.**

*(Page consultée le 25/04/2007)*

**18. JANIE, HAMPTON.**

Le SIDA : approche humaine :

*Action Aid ,1991 :33p.*

**19. JANIE, HAMPTON.**

Vivre avec le SIDA. Londres :

*Action Aid ,1991 :35p.*

**20. Jean PIERRE, Laurent, Dozon.**

Les sciences sociales face au SIDA : cas africains autour de l'exemple Ivoirien .Révélation du SIDA à Bamako : le « traitement » de l'information.-Paris : Côte d'Ivoire : ORSTOM ; GIDIS ,1995 :-109-121p.

**21. KEITA Oumou Arouna.**

Etude intégrée sur la prévalence des IST /VIH et des comportements sexuels de cinq populations cibles au Mali.

*Thèse de pharmacie Bamako2005 ; 70p.*

**22. Lalou R., F.Waitzenegger et al.**

Situations migratoires, Connaissance du VIH/SIDA et usage du préservatif dans la vallée du fleuve Sénégal ; où sont les logiques ? VIH ; infections réémergentes et changements démographiques en Afrique II<sup>e</sup> semaine de la commission de l'UIEST : *Nouvelles menaces sanitaires, Ouagadougou 2004 ; 23p.*

**23. Lalou R., Piché V.**

Migration et SIDA en Afrique de l'ouest : un bilan des connaissances.

*Les dossiers du CEPED n°28, CEPED, Paris1994 ; 53p.*

**24. Leslie RANERI et al.**

Aspects psychologiques du VIH/SIDA.

Programme d'études pour soins infirmiers VIH/SIDA, 2001 : 149-156p.

**25. Macoumba THIAM.**

Condition de vie en migration et comportements sexuels à risque d'infection à VIH des migrants interne de la vallée du fleuve Sénégal [en ligne] [http://www.codesria.org/links/conferences/hiv\\_aids/thiam.pdf](http://www.codesria.org/links/conferences/hiv_aids/thiam.pdf) (Page consultée le 24-03-2007).

**26. MAIGA Youssoufa Mamadou.**

La problématique des MST et du SIDA dans la région de Sikasso.  
*Thèse de médecine Bamako 1999 ; 79p.*

**27. Omar MERABET, Francis GENDREAU.**

Les questions migratoires au Mali ; *janvier 2007 ; 11p.*

**28. ONUSIDA.**

Résultats de recherche action projet « Migration et SIDA »  
*Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Mali, Niger, Sénégal, Abidjan 2000 :50p.*

**29. PSI MALI.**

Résultats de l'analyse des données des centres de conseil et de dépistage volontaire (CDV) «*l'Eveil* » 2005.  
*Journée scientifique de VIH Bamako 2007 :94p.*

**30. Rapport "Mali - Analyse de la sécurité alimentaire et de la vulnérabilité (CFSVA)".**

Strengthening Emergency Needs Assessment Capacity (SENAC),  
*décembre 2005; 27-28p.*



**31. Réseau Migrations et Urbanisation en Afrique de l'Ouest ; Mali.**

Direction Nationale de la Statistique et de l'Informatique - Mali. Enquête malienne sur les migrations et l'urbanisation (EMMU-1993),

*Bamako : REMUAO ; DNSI, 1996 :4 p.*

**32. ROSENHEIM, M., ITOUA –NGAPORO.A. SIDA.**

Infection à VIH aspects en zone tropicale. Paris :

*Edition Marketing /ELLIPSES, 198 ; 336p.*

**33. SABE Oumou.**

Etude de la prévalence des IST/VIH et les facteurs de risque à VIH chez les prostituées à Danayaso, Bamako, Sikasso.

*Thèse de pharmacie Bamako 2000 ; 78p.*

**34. SAMAKE El H Abdrahamane.**

Facteurs de risque des MST /SIDA liés a la mobilité de la population : une étude en commune VI du district de Bamako.

*Thèse de médecine Bamako 1999 ; 82p.*

**35. UNICEF.**

Les enfants et le SIDA, un désastre imminent : les répercussions croissantes de l'infection par le VIH sur les femmes, les enfants et la vie familiale.

*Paris : 1990 ; 24p.*

**36. WILLIAMS, GLENS, TAMALE, NASSALE.**

La communauté d'entraide : faire face au SIDA en milieu urbain Ougandais.

*Londres : Action Aid ,1992 ; 37p.*

**37. ZOUNGRANA, Cécile M.**

Rapport de synthèse d'une analyse situationnelle dans les neuf pays du sahel : la situation de l'infection à VIH/SIDA au sahel .Bamako :

*CERPOD, 1999 ; 117p.*

**FICHE D'ENQUETE**

Le présent questionnaire est un travail qui entre dans le cadre des recherches concernant l'élaboration d'une thèse doctorale en médecine à la faculté de médecine, de pharmacie et d'odontostomatologie (FMPOS). Il ne pourra en aucun cas vous porter. Pour cela, nous comptons sur votre esprit de compréhension et la sincérité des informations que vous fournirez.

Nous vous remercions d'avance !

Date ..... Sexe..... N° .....

Langue d'entretien :

1-Français Site de l'enquête.....  
2-Anglais  
3 -Bambara consentement : 1-informé (é) : Accepté (é) Refus  
4-Autre 2-Non informé (é)

Ne pas porter de nom sur le questionnaire  
Juste mettre 500 dans la case quand on ne se souvient pas

Encercler le nombre correspondant à la question  
Pour le sexe, M : homme et F : femme

SECTION I : LES CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES

QUESTIONS	CODAGE	PASSER A
QI.01 Lieu de résidence	.....	
QI.02 Quel âge avez vous ?		
QI.03 Quel est votre niveau d'instruction	non scolarisé .....=1 Primaire .....=2 Secondaire 1.....=3 Secondaire 2.....=4 En. Sup.....=5	
QI.04 Quel est votre religion	musulman .....=1 Chrétien.....=2 Animiste .....=3 Autre.....=4	
QI.05 Quel est votre ethnie	Sarakolé .....= 1 Khassonké.....=2 Maure .....=3 Bambara.....=4 Peuhl .....=5 Autres.....= 6	

**IMPACT DE L'IMMIGRATION SUR LA TRANSMISSION DU VIH A KAYES**

QI.06 Statut matrimonial et type d'union	Célibataire.....=1 Monogame.....=2 Polygame.....=3 Divorcé (é).....=4 Veuf (ve) =5 Concubinage.....=6
QI.07 Vivez vous actuellement avec un (e) Partenaire sous le même toit ?	Non .....=1 Oui.....=2 si non allez à 08
QI.08 Type de partenaire	Ami (e).....=1 Concubine.....=2 Prostituée.....=3 Epoux (se).....=4
QI.09 Quelle est votre activité Professionnelle ?	Médecin =1 Paramédicale =2 Thérapeute =3 Ingénieur =4 Homme en tenue =5 Enseignant =6 Marabout =7 Commerçant =8 Vendeur (se) =9 Artisan= 10 Cultivateur = 11 Eleveur =12 Etudiant(e) = 13 Talibé =14 Chauffeur =15 Apprenti =16 Retraité= 17 Chômeur =18 Autre (s) à préciser
QI.10 Voyagez vous ?	Seul.....=1 Avec ami(e) .....=2 Avec un partenaire sexuel.....=3 Epoux (se).....=4 Autre(s).....=5
QI.11 Pays de transit	Europe.....=1 Asie.....=2 Afrique centrale.....=3 Etats unis .....=4 Autre(s)..... =5
QI.12 Pays de destination	Europe .....=1 Asie.....=2 Afrique centrale.....=3 Etats unis.....=4 Autres.....5

**SECTION II : CONNAISSANCES (connaissances sur la maladie et son mode de traitement, représentations sociales)**

QII.13	Avant cette enquête aviez vous Entendu parler de :	Oui	Non	
	-SIDA ou VIH ?	1	2	
	- IST	1	2	
QII.14	Connaissiez vous quelqu'un de votre Entourage :	Oui	Non	
	-qui a le SIDA ? Ou	1	2	
	- qui serais mort de SIDA	1	2	
QII.15	Selon vous, une personne Infectée par le SIDA :	Oui	Non	Ne sais pas
	-présente toujours des symptômes	1	2	3
	-peut paraître en bonne santé	1	2	3
QII.16	Aviez-vous déjà eu d'IST ou de Simulant une infection sexuellement Transmissible (IST)	Oui.....=1	Non .....=2	Ne sais pas .....=3
QII.17	D'après vous existe-t-il un moyen Pour éviter	Oui	Non	Ne sais pas
	-les IST ?	1	2	3
	-le SIDA ?	1	2	3
QII.18	Répondre par « oui » ou « non » Le virus du SIDA peut-il être transmis dans Chacune des circonstances suivantes ?	Oui	Non	
	-Lors des rapports sexuels non protégés	1	2	
	-En recevant du sang	1	2	
	-En se coupant avec un objet tranchant déjà utilisé	1	2	
	-En partageant le plat d'une personne contaminée	1	2	
	-En buvant dans le verre d'une personne contaminée	1	2	
	-Par piqûre de moustiques	1	2	
	-De la mère contaminée à l'enfant	1	2	
	-En donnant du sang	1	2	
	-En étant hospitalisé dans le même service qu'une personne contaminée [1]	1	2	
QII.19	Saviez –vous qu'il existe des centres De dépistage pour le VIH /SIDA	Oui .....=1	Non.....=2	Ne sais pas.....=3

**IMPACT DE L'IMMIGRATION SUR LA TRANSMISSION DU VIH A KAYES**

QII.20 Pour chaque phrase, encerclez un chiffre  
 Pour dire si avec les propositions vous êtes  
 « d'accord », pas « d'accord », « ni d'accord ni  
 pas d'accord »

	D'accord	Pas d'accord	NPNA
Grâce à ces nouveaux traitements :			
-Les PVVIH sous traitement ne peuvent pas transmettre le virus.	1	2	3
-Le virus du SIDA disparaît du sang	1	2	3
le virus est toujours présent dans le sang mais le malade est toujours soulagé	1	2	3
-Les malades du SIDA vivent plus longtemps	1	2	3
-On guérit définitivement du SIDA [1]	1	2	3

SECTION III : (attitudes thérapeutiques, attitudes envers les PVVIH)

QIII.21 la dernière fois que vous avez eu Une IST avez vous pris un traitement ?	Oui 1	Non 2
----------------------------------------------------------------------------------	----------	----------

QIII.22 Si oui , qui vous avez donné De traitement	médecin.....=1 pharmacien.....=2 Tradithérapeute..... =3 L'hôpital..... =4 Moi-même ..... =5 Ami(e) /parent..... =6 Autre..... =7
----------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

QIII.23 Si non pourquoi  
 .....  
 .....

QIII.24 si vous saviez qu'une personne Est séropositive, accepteriez vous de ?	Oui	Non
-continuer à la fréquenter	1	2
-aller manger avec elle	1	2
-travailler avec elle	1	2
-dormir dans la même pièce	1	2
-laisser vos enfants et petits enfants avec elle	1	2
-avoir des relations sexuelles avec elle en utilisant des préservatifs	1	2

SECTION IV : "PRATIQUES COMPORTEMENTALES

QIV.25 Avez-vous eu déjà des rapports sexuels	Oui.....=1 Non..... =2
-----------------------------------------------	---------------------------

QIV.26 A quel âge avez vous eu votre  
 .....

**IMPACT DE L'IMMIGRATION SUR LA TRANSMISSION DU VIH A KAYES**

Premier rapport sexuel ? Ne se souvient pas .....=500

QIV.27 Combien de partenaires sexuels vous aviez ? .....

QIV.28 vous arrive t-il d'entretenir des relations sexuelles  
 Au cours de votre voyage Oui.....=1  
 Non .....=2

QIV.29 Avec combien de partenaires différents  
 Avez-vous eu des rapports sexuels au cours des périodes  
 Suivantes ?  
 -30 derniers jours .....  
 - 2 à 3 derniers mois .....  
 - 12 derniers mois .....

QIV.30 Parmi les partenaires combien  
 Etaient :  
 -Prostituées .....  
 -Des partenaires réguliers à préciser .....  
 -Des partenaires occasionnelles (à préciser) .....

QIV.31 Pour Votre dernier rapport avec le/la  
 Partenaire régulier avez-vous utilisé le condom ? Oui.....=1  
 Non .....=2

QIV.32 Si non pourquoi	Oui	Non
Le condom diminue le plaisir	1	2
J'ai confiance à mon/ma partenaire	1	2
Je n'en vais pas	1	2
Le condom coûte cher	1	2
Mon/ma partenaire refuse	1	2
Autre(s)	.....	.....

QIV.33 Si oui, dites pourquoi  
 pour éviter les MST.....=1  
 Pour éviter les grossesses.....=2  
 Pour éviter le SIDA.....=3  
 Par ce que le/la partenaire l'a exigé....=4  
 Autres.....=5

QIV.34 pensez vous que le/la partenaire  
 Entretien des rapports sexuels avec  
 D'autres personnes ? Oui.....=1  
 Non .....=2  
 Ne sais pas.....=3

QIV.35 Sérologie HIV et typage positif.....=1

**IMPACT DE L'IMMIGRATION SUR LA TRANSMISSION DU VIH A KAYES**

Negatif	=2
Type I .....	=3
Type II.....	=4
Type I et II.....	=5

**SECTION V : IEC /CCC (information Education Communication / Changement Comportement)**

QV.36 Si vous avez entendu parler de IST/SIDA , où en avez vous entendu parler ?

-Radio	1
-Télévision	2
-Journaux	3
-Affiches	4
-Dépliants	5
-Eglise	6
-Tradipraticien	7
-Ecole	8
-Parents	9
-Ami (e) s	10
-Conférences/séminaires	11
-Posters	12
-Autre (s) à préciser.....	13

QV.37 Le risque que vous attrapiez le SIDA était :

Elevé .....	=1
Peu élevé.....	=2
Nul.....	=3
Ne sais pas.....	=4

QV.38 Avez vous déjà choisi une méthode De protection contre le sida ?

Oui	Non	si non
1	2	allez à 42

QV.39 si oui , laquelle

.....  
.....

QV.40 vous donne t-elle satisfaction

Oui	Non
1	2

QV.41 Pourquoi ?

.....  
.....

QV.42, si non pourquoi n'avez Vous pas encore choisi de méthode Pour la protection contre les IST/SIDA ?

.....  
.....  
.....

QV.43 Avez-vous modifié votre comportement



***IMPACT DE L'IMMIGRATION SUR LA TRANSMISSION DU VIH A KAYES***

Pour lutter contre la transmission du VIH/SIDA ?

Oui  
1

Non  
2

QV.44 Comment avez-vous modifié votre  
Comportement pour combattre le SIDA ?

.....  
.....

## **Fiche signalétique**

**Prénom :** Amadou

**Nom :** MAIGA

**Année :** 2007-2008

**Ville :** Bamako

**Pays :** Mali

**Titre :** **IMPACT DE L'IMMIGRATION SUR LA TRANSMISSION DU  
VIH/SIDA A KAYES**

**Lieu de dépôt :** bibliothèque F.M.P.O.S

**Secteur d'intérêt :** Maladies infectieuses

### **Résumé :**

De janvier 2007 à décembre 2007, nous avons recensé au service de médecine de l' H.F.D de Kayes 109 cas de patients vivant avec le VIH / SIDA.

L'âge moyen de nos patients a été de 34,34 ans.

Le taux d'immigration est plus élevé chez les hommes soit 32,3%.

La notion de voyage à l'extérieur a été retrouvée chez 80,6% des hommes.

L'Afrique de l'ouest (57,5%) et l'Afrique centrale (27,5%) ont été les plus touchées par cette mobilité.

Dans notre étude 37,2% des femmes avaient pour partenaire sexuel un immigré.

Plus la durée de séjour à l'étranger se prolonge, plus était élevée la susceptibilité des migrants à avoir des relations sexuelles avec les partenaires occasionnelles et les professionnelles du sexe.

Le sororat et le lévirat confondus ont représenté 15,7%

**Mots clés :** VIH, SIDA, Immigration, Kayes, Bamako, Mali.

**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, de parti ou de classes sociales 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 connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de 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 confrères si j'y manque.

***JE LE JURE***