

**Ministère des Enseignements  
Secondaire Supérieure et de la  
Recherche Scientifique**

**République du Mali**

-----  
**Un Peuple – Un But – Une Foi**

**Université de Bamako**

\*\*\*\*\*



**Faculté de Médecine, de Pharmacie  
et d'Odonto-Stomatologie**



**Année Universitaire 2008/2009**

**N°...../**

**ETUDE DE LA PREVENTION ET DE LA  
PRISE EN CHARGE DES IST/VIH/SIDA  
CHEZ LES JEUNES DU SECTEUR  
INFORMEL DU DISTRICT DE BAMAKO**

**THESE**

Présentée et soutenue publiquement le 30/06/2009  
Devant la Faculté de Médecine, de Pharmacie et  
d'Odonto-Stomatologie

PAR

***Monsieur RICHARD DABOU***

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine  
(DIPLÔME D'ETAT)

**JURY:**

**Président: : Pr Amagana DOLO**

**Membre: Mme KANE Fatimata Kané**

**Co-directrice : Dr KAYA Assetou Soukho**

**Directeur de thèse: Pr Daouda Kassoum MINTA**

*Ce travail a reçu l'appuis technique de FCI*

**FACULTE DE MEDECINE, DE PHARMACIE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE**  
**ANNEE UNIVERSITAIRE 2008-2009**

**ADMINISTRATION**

**DOYEN**: ANATOLE TOUNKARA – PROFESSEUR

**1<sup>er</sup> ASSESSEUR**: DRISSA DIALLO – MAÎTRE DE CONFERENCE AGREGÉ

**2<sup>ème</sup> ASSESSEUR**: SEKOU SIDIBE – MAÎTRE DE CONFÉRENCES

**SECRETAIRE PRINCIPAL**: YENIMEGUE ALBERT DEMBELE – PROFESSEUR

**AGENT COMPTABLE**: MADAME COULIBALY FATOUMATA TALL – CONTRÔLEUR DES FINANCES

**PROFESSEURS HONORAIRES**

Mr Alou BA	Ophthalmologie
Mr Bocar SALL	Orthopédie Traumatologie – Secourisme
Mr Souleymane SANGARE	Pneumo-phtisiologie
Mr Yaya FOFANA	Hématologie
Mr Mamadou L. TRAORE	Chirurgie Générale
Mr Balla COULIBALY	Pédiatrie
Mr Mamadou DEMBELE	Chirurgie Générale
Mr Mamadou KOUMARE	Pharmacognosie
Mr Ali Nouhoum DIALLO	Médecine interne
Mr Aly GUINDO	Gastro-entérologie
Mr Mamadou M. KEITA	Pédiatrie
Mr Sinè BAYO	Anatomie-Pathologie-Histoembryologie
Mr Sidi Yaya SIMAGA	Santé Publique
Mr Abdoulaye Ag RHALY	Médecine interne
Mr Boulkassoum HAIDARA	Législation
Mr Boubacar Sidiki CISSE	Toxicologie
Mr Massa SANOGO	Chimie Analytique

**LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT PAR D.E.R. & PAR GRADE**  
**D.E.R. CHIRURGIE ET SPECIALITES CHIRURGICALES**

**1. PROFESSEURS**

Mr Abdel Karim KOUMARE	Chirurgie Générale
Mr Sambou SOUMARE	Chirurgie Générale
Mr Abdou Alassane TOURE	Orthopédie Traumatologie
Mr Kalilou OUATTARA	Urologie
Mr Amadou DOLO	Gynéco-Obstétrique
Mr Alhousseini Ag MOHAMED	ORL
Mme SY Assitan SOW	Gynéco-Obstétrique
Mr Salif DIAKITE	Gynéco-Obstétrique
Mr Abdoulaye DIALLO	Anesthésie-Réanimation
Mr Gangaly DIALLO	Chirurgie viscérale
Mr Djibril SANGARE	Chirurgie Générale <b>Chef de D.E.R.</b>
Mr Abdoul Kader TRAORE dit DIOP	Chirurgie Générale

**2. MAITRES DE CONFÉRENCES AGREGES**

Mr Abdoulaye DIALLO	Ophthalmologie
Mr Mamadou TRAORE	Gynéco-Obstétrique
Mr Sadio YENA	Chirurgie thoracique
Mr Youssouf COULIBALY	Anesthésie-Réanimation
Mr Zimogo Z SANOGO	Chirurgie Générale

### **3. MAITRES DE CONFERENCES**

Mr Filifing SISSOKO	Chirurgie Générale
Mr Sekou SIDIBE	Orthopedie-Traumatologie
Mr Abdoulaye DIALLO	Anesthésie-Reanimation
Mr Tieman COULIBALY	Orthopedie-Traumatologie
Mme TRAORE J THOMAS	Ophtalmologie
Mr Mamadou L. DIOMBANA	Stomatologie
Mme DIALLO Fatimata S. DIABATE	Gynéco-Obstétrique
Mr Nouhoum ONGOÏBA	Anatomie & Chirurgie Générale

### **4. MAÎTRES ASSISTANTS**

Mr Issa DIARRA	Gynéco-Obstétrique
Mr Samba Karim TIMBO	ORL
Mme TOGOLA Fanta KONIPO	ORL
Mme Djeneba DOUMBIA	Anesthésie Réanimation
Mr Zanafon OUATTARA	Urologie
Mr Adama SANGARE	Orthopédie- Traumatologie
Mr Sanoussi BAMANI	Ophtalmologie
Mr Doulaye SACKO	Ophtalmologie
Mr Ibrahim ALWATA	Orthopédie - Traumatologie
Mr Lamine TRAORE	Ophtalmologie
Mr Mady MAKALOU	Orthopedie-Traumatologie
Mr Aly TEMBELY	Urologie
Mr Niani MOUNKORO	Gynécologie/ Obstétrique
Mr Tiémoko D. COULIBALY	Odontologie
Mr Souleymane TOGORA	Odontologie
Mr Mohamed KEITA	ORL
Mr Boureima MAIGA	Gynéco-Obstétrique
Mr Youssouf SOW	Chirurgie Générale
Mr Djibo Mahamane DIANGO	Anesthésie-réanimation
Mr Moustapha TOURE	Gynécologie

### **D.E.R. DE SCIENCES FONDAMENTALES**

#### **1. PROFESSEURS**

Mr Daouda DIALLO	Chimie Générale & Minérale
Mr Amadou DIALLO	Biologie
Mr Moussa HARAMA	Chimie Organique
Mr Ogobara DOUMBO	Parasitologie-Mycologie
Mr Yénimégué Albert DEMBELE	Chimie Organique
Mr Anatole TOUNKARA	Immunologie
Mr Bakary M. CISSE	Biochimie
Mr Abdourahamane S. MAÏGA	Parasitologie
Mr Adama DIARRA	Physiologie
Mr Mamadou KONE	Physiologie

#### **2. MAÎTRES DE CONFERENCES AGREGES**

Mr Amadou TOURE	Histoembryologie
Mr Flabou BOUGOUDOGO	Bactériologie – Virologie
Mr Amagana DOLO	Parasitologie – Mycologie <b>Chef de D.E.R.</b>
Mr Mahamadou A THERA	Parasitologie – Mycologie

### 3. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Mahamadou CISSE	Biologie
Mr Sékou F. M. TRAORE	Entomologie médicale
Mr Abdoulaye DABO	Malacologie – Biologie Animale
Mr Ibrahim I. MAÏGA	Bactériologie – Virologie

### 4. MAÎTRES ASSISTANTS

Mr Lassana DOUMBIA	Chimie Organique
Mr Mounirou BABY	Hématologie
Mr Moussa Issa DIARRA	Biophysique
Mr Kaourou DOUCOURE	Biologie
Mr Bouréma KOURIBA	Immunologie
Mr Souleymane DIALLO	Bactériologie/ Virologie
Mr Cheick Bougadari TRAORE	Anatomie pathologie
Mr Guimogo DOLO	Entomologie-Moléculaire Médicale
Mr Mouctar DIALLO	Biologie/ Parasitologie
Mr Abdoulaye TOURE	Entomologie-Moléculaire Médicale
Mr Boubacar TRAORE	Parasitologie - Mycologie

### 5. ASSISTANTS

Mr Mangara M. BAGAYOKO	Entomologie-Moléculaire Médicale
Mr Djbril SANGARE	Entomologie-Moléculaire Médicale
Mr Bokary Y. SACKO	Biochimie
Mr Mamadou BA	Biologie, Parasitologie Entomologie Médicale
Mr Moussa FANE	Parasitologie /Entomologie

### D.E.R. DE MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES

#### 1. PROFESSEURS

Mr Mamadou K. TOURE	Cardiologie
Mr Mahamane MAÏGA	Néphrologie
Mr Baba KOUMARE	Psychiatrie- <b>Chef de D.E.R.</b>
Mr Moussa TRAORE	Neurologie
Mr Issa TRAORE	Radiologie
Mr Hamar A. TRAORE	Médecine Interne
Mr Dapa Aly DIALLO	Hématologie
Mr Moussa Y. MAIGA	Gastro-entérologie-Hépatologie
Mr Somita KEITA	Dermato-Léprologie
Mr Boubacar DIALLO	Cardiologie
Mr Toumani SIDIBE	Pédiatrie

#### 2. MAÎTRES DE CONFERENCES AGREGES

Mr Bah KEITA	Pneumo-Phtisiologie
Mr Abdel Kader TRAORE	Médecine Interne
Mr Siaka SIDIBE	Radiologie
Mr Mamadou DEMBELE	Médecine Interne
Mme SIDIBE Assa TRAORE	Endocrinologie
Mr Daouda K. MINTA	Maladies infectieuses
Mme Mariam SYLLA	Pédiatrie

### 3. MAITRES DE CONFERENCE

Mr Mamady KANE	Radiologie
Mr Sahare FONGORO	Néphrologie
Mr Bakoroba COULIBALY	Psychiatrie
Mr Bou DIAKITE	Psychiatrie
Mr Bougouzié SANOGO	Gastro-entérologie
Mr Adama D. KEITA	Radiologie
Mr Soungalo Dao	Maladies infectieuses

### 4- MAITRES ASSISTANTS

Mme Habibatou DIAWARA	Dermatologie
Mr Kassoum SANOGO	Cardiologie
Mr Seydou DIAKITE	Cardiologie
Mr Arouna TOGORA	Psychiatrie
Mme DIARRA Assétou SOUCKO	Médecine interne
Mr Boubacar TOGO	Pédiatrie
Mr Mahamadou TOURE	Radiologie
Mr Idrissa A. CISSE	Dermatologie
Mr Mamadou B. DIARRA	Cardiologie
Mr Anselme KONATE	Hépatogastro-entérologie
Mr Moussa T. DIARRA	Hépatogastro-entérologie
Mr Souleymane DIALLO	Pneumologie
Mr Souleymane COULIBALY	Psychologie
Mr Cheick Oumar GUINTO	Neurologie

## D.E.R. DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES

### 1. PROFESSEUR

Mr Gaoussou KANOUTE	Chimie Analytique <b>Chef de D.E.R</b>
Mr Ousmane DOUMBIA	Pharmacie Chimique
Mr Elimane MARIKO	Pharmacologie

### 2. MAITRES DE CONFERENCE AGREGES

Mr Drissa DIALLO	Pharmacognosie
Mme Rokia SANOGO	Pharmacognosie

### 3. MAITRES DE CONFERENCE

Mr Alou KEITA	Galénique
Mr Benoît Yaranga KOUMARE	Chimie analytique
Mr Ababacar I. MAÏGA	Toxicologie

### 4. MAÎTRES ASSISTANTS

Mr Yaya KANE	Galénique
Mr Saibou MAÏGA	Législation
Mr Ousmane KOITA	Parasitologie Moléculaire
Mr Yaya COULIBALY	Législation
Mr Loséni BENGALY	Pharmacie Hospitalière
Mr Sékou BAH	Pharmacologie



## D.E.R. SANTE PUBLIQUE

### **1. PROFESSEUR**

Mr Sanoussi KONATE Santé Publique

### **2. MAÎTRE DE CONFERENCES AGREGES**

Mr Moussa A. MAÏGA Santé Publique

### **3. MAITRE DE CONFERENCES**

Mr Mamadou Souncalo TRAORE Santé Publique  
Mr Massambou SACKO Santé Publique  
Mr Samba DIOP Anthropologie Médicale  
Mr Seydou DOUMBIA Epidémiologie  
Mr Alassane A. DICKO Santé Publique

### **4. MAÎTRES ASSISTANTS**

Mr Adama DIAWARA Santé Publique  
Mr Hamadoun SANGHO Santé Publique  
Mr Akory AG IKNANE Santé Publique  
Mr Hammadoun Aly SANGO Santé Publique

### **5. ASSISTANTS**

Mr Oumar THIERO Biostatistique  
Mr Seydou DIARRA Anthropologie Médicale

## CHARGES DE COURS & ENSEIGNANTS VACATAIRES

Mr N'Golo DIARRA Botanique  
Mr Bouba DIARRA Bactériologie  
Mr Salikou SANOGO Physique  
Mr Boubacar KANTE Galénique  
Mr Souleymane GUINDO Gestion  
Mme DEMBELE Sira DIARRA Mathématiques  
Mr Modibo DIARRA Nutrition  
Mme MAÏGA Fatoumata SOKONA Hygiène du Milieu  
Mr Mahamadou TRAORE Génétique  
Mr Lassine SIDIBE Chimie Organique

## ENSEIGNANTS EN MISSION

Pr. Doudou BA Bromatologie  
Pr. Babacar FAYE Pharmacodynamie  
Pr. Mounirou CISS Hydrologie  
Pr Amadou Papa DIOP Biochimie.  
Pr. Lamine GAYE Physiologie

**DEDICACES**

**ET**

**REMERCIEMENTS**



Nous dédions ce travail à notre chère grand-mère **feue Senouwé KONE**.

Femme vaillante et courageuse

Femme aimable,

Emme digne d'une grande confiance,

C'est sans doute l'amie la plus sincère sur qui nous avons compté depuis les premiers pas jusqu'à la genèse de ce travail.

Femme des champs,

Femme des foires hebdomadaires,

Femme aux secourable et généreuses,

Ni le froid ni le soleil,

Ni la pluie et le vent

Ne lui faisaient craindre.

Son seul combat était de rendre heureux.

Femme des jours et des nuits,

Femme de toutes les circonstances,

Femme de toutes les saisons,

Femmes de tous les temps

Nous te félicitons chère grand-mère.

Bien des femmes se montrent vaillantes et redoutables,

Notre chère grand-mère les surpasse.

Le charme est trompeur, la beauté passagère, seule toi grand-mère est digne d'éloge.

Son cœur a été une maison secrète,

Accueillant tout le monde,

A porte grandement ouverte,

Et pleine d'un sentiment d'hospitalité,  
De paix et de tranquillité, où régnait la chaleur humaine de chaque jour de  
l'année

Son cœur a vraiment été pour nous :

Un lieu de refuge,

Le plus bel endroit où l'on pouvait s'adresser, pour trouver bonheur et joie.

C'est avec une émotion toute particulière que nous avons que nous avons appris  
le décès de notre grand-mère ; décès survenu le jour où ont eu lieu les dernières  
épreuves de notre cycle universitaire.

Au nom des dizaines de petits-fils et à mon nom propre, nous lui rendons un  
vibrant hommage,

Nous lui prions de nous aider à vivre ses conseils.

Chère grand-mère, nous te hissons au plus haut rang des femmes aimable.

A travers elle, nous rendons hommage également à notre grand-père feu Oroba  
DABOU qui nous a quitté bien avant notre grand-mère.

Homme de sa vie,

Homme en qui elle avait placé toute sa confiance.

Chers grands-parents reposez-vous en paix.

### **Rendons grâce au seigneur.**

Au nom du père, du fils et du saint esprit amen !

Grâce au seigneur nous avons eu la bonne santé,

Grâce au seigneur nous avons eu la force nécessaire pour mener à bien ce  
travail,

Grâce au seigneur nous avons les moyens nécessaires pour effectuer les travaux  
de cette thèse,

Que son nom soit loué!

Le seigneur est amour,

Le seigneur est lumière,

Le seigneur est notre berger, il éclaire nos chemins ; sans lui nous sommes aveugles,

*« Les hommes élaborent des projets mais c'est le seigneur qui a le dernier mot ».*

Que la gloire de Dieu le père tout puissant, l'amour du seigneur Jésus et la communion de l'esprit saint soient toujours avec nous tous.

### **Nos parents**

Nous remercions infiniment nos parents en occurrence, notre papa monsieur **Cyrille DABOU** et notre maman Mme **DABOU Pauline KONE** à qui le Dieu tout puissant nous a confié.

Ils ont su nous accepter,

Ils ont su nous éduquer sur le chemin du seigneur,

Ils ont su accepter nos caprices et nos défauts,

Ils se sont sacrifiés pour notre avenir.

Merci papa et maman

Pour votre amour,

Pour votre sentiment,

Pour votre affection

Pour votre éducation,

Pour vos conseils, vos efforts et souffrances pour nous.

Que Dieu raffermisse votre foi et vous donne longue vie, surtout que vous en avez besoin. A travers nos parents, nous remercions également nos frères et sœurs entre autre Edith DABOU, Mathias DABOU, Rachelle DABOU, Marthe DABOU, Hanyo Georgette, DABOU, Bowen Patrice DABOU, Hubert DABOU. Chers parents, que Dieu le père et Jésus Christ le seigneur vous accordent tous la grâce, le pardon, l'amour et la paix.

*« Qui plante un arbre n'aura pas vécu inutilement ».*

### **La famille feu Emile DAKOUO**

Dans le sens élevé de partage de M. **Emile DAKOUO**,

Homme d'état,

Homme de foi,

Homme de culture,

Homme de justice et de paix,

Homme d'amour et partage,

Nous vous saurons gré d'avoir une pensée pieuse à l'endroit de tous ses compagnons de route, ceux qui nous ont quitté ces années-ci. Nous pensons plus particulièrement à ses frères Justin DAKOUO, Jean André DAKOUO, Jérôme DAKOUO et son fils Roland DAKOUO. Décès que la famille DAKOUO a accepté dans la foi et l'espérance, car c'est au seigneur qu'appartiennent le jour et la nuit.

Nous rendons un vibrant hommage à son épouse Mme **DAKOUO Hawa COULIBALY** et nous lui remercions pour ses efforts à notre égard.

« Je suis la maman de tous ceux qui me considèrent comme leur mère » disait-elle le premier jour qu'elle nous a accueilli dans leur foyer. A travers elle nous remercions tous les membres de la famille DAKOUO en occurrence Dr Bintou COULIBALY, Eric DAKOUO, Daniel DAKOUO et sa femme Mariam

TRAORE, Bertin DAKOUO et son 2pouse Assan BOUNDY, Salia WAGUE et son épouse Fagnini TRAORE, Mamadou COULIBALY, Ali COULIBALY, Ernès DAKOUO, Jean Firmin DAKOUO, Patrice DAKOUO, Armand DAKOUO, Sorry I. COULIBALY, Amadou COULIBALY, Doudou TRAORE, Daouda SY. Que le seigneur leur accorde la bonne santé !

Chère maman Hawa COULIBALY, ton mari, nous le savions animer de foi et de zèle dans la construction de la famille DAKOUO, et de perspicacité dans la gestion des affaires de sa communauté et de son pays. C'est Dieu qui lui récompensera de ses œuvres.

Pour toi et tes enfants qui faites l'expérience de l'absence d'un père de famille, nous savons que cela est dur pour vous, pour toute la famille DAKOUO, et pour notre pays.

A toi Hawa et tes enfants nous présentons nos condoléances les plus émues, mais pleines d'espérance, et nous nous inclinons devant la mémoire de l'illustre disparu.

Puissent Emile DAKOUO et ses frères disparus partager la joie que le seigneur réserve à ses serviteurs et qu'ils intercèdent pour nous tous.

Reposes en paix Emile DAKOUO.

*« Le juste mène une vie intègre ; heureux les enfants qu'il laisse après lui ».*

### **Famille Magloire DAKOUO**

Nous remercions infiniment M. **Magloire DAKOUO** et sa famille pour sa contribution à l'élaboration de travail. Ses efforts ont été d'un apport inestimable à l'aboutissement de ce travail.

Cher Magloire DAKOUO merci

Pour ton soutien moral,

Pour ton soutien matériel et financier,

Pour tes conseils et ton humanisme incommensurable,

Pour tout ce que tu as fait pour nous.

A travers lui nous remercions son épouse Noellie TIENOU et sans oublier ses frères et sœurs : Jean Parfait DAKOUO, Edmond DAKOUO, Didier DAKOUO, Georgette DAKOUO, Toussainte DAKOUO, Edith DAKOUO, Marcel DAKOUO, Guillaume DAKOUOU.

Que le seigneur vous accorde tous sa grâce et vous donne longue vie !

M. Magloire « *a sii be sura o* »

### **Les oncles, tantes et autres parents**

Nos remerciements vont l'endroit de :

Athanase DABOU et famille à Sialo,

Frédéric DABOU et famille à Sialo,

Emile DABOU et famille à Sialo,

Hinsi DABOU et famille à Dabéra

Thiabwa DABOU et famille à Oro,

André DIARRA et famille à Mandiakuy,

Delphine DABOU et famille à Mandiakuy,

Hypolite KONE et famille à Manina,

Anicet KONE et famille à Manina,

Cyrille DAKOUO et famille à Bamako,

Gervais Mounkoro et famille à Bamako,

Pascales DIARRA et famille à Bamako,

Celas DMBELE et famille à Conakry,

Alphonse KONE et famille à Bamako,

Moise TIENOU et famille à Bamako,

Que Dieu le père apporte la paix et le bonheur dans ces familles respectives !

## **Family Care International et ses partenaires**

Organisation non gouvernementale, soucieuse de l'avenir sanitaire de toute l'humanité en générale surtout à cette époque où l'humanité vit l'ère du fléau du VIH/SIDA soutenu par les autres IST. FCI et ses partenaires s'occupent en particulier de la santé sexuelle et reproductive des femmes et des jeunes du secteur informel. Leur contribution et leur collaboration ont été inconditionnelles à l'aboutissement de cette thèse.

Ils nous ont accepté au sein de leur équipe,

Ils nous ont supporté,

Ils nous ont conseillé,

Ils ont sacrifié leur temps et leur énergie pour nous,

Nous ne pouvons pas avoir les mots pour les remercier ; mais permettez-nous ici chers auditeurs d'exprimer toute notre profonde gratitude et reconnaissance à l'égard de FCI et ses partenaires pour tout ce qu'ils ont fait pour nous. Nos remerciements s'adressent tout particulièrement à la au personnel de la section de Bamako, en occurrence Mme KANE, M. Aboubacar BOCOUM, Adama SANOGO, Malik KARAMBE, Amadou DIALLO, Kadiatou BAH, Issouf TRAORE et Drissa KANTE : merci pour tout ce que vous avez fait pour le pays dans le domaine de la santé et en particulier en faveur des démunis. Tous les efforts que vous avez faits pour nous témoignent votre sens élevé de la collaboration. Puisse le seigneur vous accorde longue vie et réussite dans vos projets.

**Dr Elie BANKINEZA**

Parrain de ce travail, tout le plaisir est pour nous de lui adresser nos vifs et sincères remerciements pour tout ce qu'il a fait pour nous, de la genèse de travail jusqu'à son aboutissement.

Cher BANKINEZA merci pour :

Vos efforts de tout genre,

Vos conseils inoubliables,

Vos encouragements et vos leçons.

Puisse le seigneur vous accorde une longue vie, une bonne santé et succès de toute nature à vous, votre famille et à tous ceux qui vous sont chers.

### **Nos collègues et collaborateurs**

Nos remerciements vont également à l'endroit de nos collègues et collaborateurs qui ont su bien nous accompagner dans notre parcours de combattant. Ils nous ont guidé par leurs conseils ; ils ont partagé leur expérience avec nous ; ils nous ont aidé et nous encouragé de diverses manières. Qu'ils reçoivent ici l'expression d'une sincère reconnaissance de notre part. Nous citerons en particulier Dr Tany KONE, Dr Check SISSOKO, Dr Marie Ange DEMBELE, Dr Charles KONE, David KONE, Florent DIARRA, Florent DAKOUO, Yves DEMBELE, tous les membres de l'association PARISI, toute la chorale de la communauté catholique de Daoudabougou. Chers collègues et collaborateurs, Que le tout puissant vous assiste dans vos projets.

### **Le personnel du cabinet médical NANDY**

Mme DOUMBIA Mariam NIANKATE ; Dr DIAKITE, Mme KEITA Mah KONATE, Mme COULIBALY Fatoumata COULIBALY, Mlle Batoma KAMAT, Dr Ousmane SAMAKE, Dr Yacouba SAMAKE, Issac POUDIOUGOU, Salif SANOGO, Abdoulaye BAGAYOGO, Oumar BAGAYOGO, Moussa POUDIOUGOU. Merci pour votre soutien moral, matériel et spirituel. Votre sens élevé de l'humanisme et du partage nous réserve



le souvenir d'une vie familiale harmonieuse qu'on pourrait appeler la famille  
NANDY.

Merci pour votre confiance, vos soutiens et bénédictions.

Que le tout puissant consolide ce qui existe entre nous pour que grandisse la  
famille NANDY.

### **Ami(es) et Cousin(es)**

Casimir DABOU, Ambroise DABOU, Lambert DABOU, Jean Baptiste  
DABOU, Moïse DIARRA Martin DIARRA, Pascales DAKOUO, David KONE,  
Alou SISSOKO, Emoi Grégoire DIARRA, Boniface THIENOU, Barnabé  
THIENOU, Maxime DENA, Camille KEITA, Nadège DAKOUO, Clémence  
KAMATE Christine Saran KAMATE, Fatoumata MAIGA, Aweye MAIGA,  
Fatoumata SIBY, sorry OUOLOGUEM.

Cher(es) ami(es) et cousin(es) mille et une émotions sans trouver les mots pour  
les décrie.

Voilà ce que sont notre amour et amitié,

Vous nous avez accepté malgré nos défauts,

Vous supporté tous nos comportements,

Vous nous avez aimé dans la pauvreté,

Vous avez marché avec nous dans la joie et dans la tristesse,

Vous avez partagé avec nous :

Votre amour,

Vos joies et peines,

Vos leçons et conseils,

Cher(es) ami(es), en pensant à vous remercier dans ce travail, nous vous voulons  
une amitié que nous tenons à conserve et nous ne pouvons pas vous avouer qu'il  
reste de l'amour caché au fond de notre cœur.

Nous voulons tout garder vous :

Les rires,

La simplicité,

Les regards,

Et les complicités.

Nous voulons tout conserver ; nous ne pourrons jamais supporter que vous cessiez de nous parler, parce que nous continuons à vous aimer.

Merci pour tous les sentiments et l'affection que vous avez offerts.

Puisse le seigneur consolider et fructifier nos relations, que règne sur nous tous l'amour et la paix du tout puissant.

Le service des maladies infectieuses et tropicales du Point G

Nos remerciements vont à l'endroit de tout le personnel du service des maladies infectieuses et tropicales du CHU Point G pour l'accueil chaleureux dont nous avons bénéficié et surtout pour les connaissances et l'expérience que nous avons reçues lors de notre séjour dans ce service. Que le miséricordieux assiste tout le personnel de ce service et donne la bonne santé à ses patients ?

Nos remerciements vont également à l'endroit de tous ceux ou celles qui de près ou de loin ayant œuvré pour préserver l'essentiel de ce travail.

Merci pour tous les efforts quel que soit la nature. Que Dieu vous récompense  
Amen !

**HOMMAGES  
AUX MEMBRES  
DU JURY**



*A notre maître et président du jury*

*Le professeur Amagana DOLO :*

*Maître de conférence agrégé en parasitologie mycologie,*

*Chef de l'unité d'immunologie au MRIC,*

*Chef de DER des sciences fondamentales à la*

*FMPOS*

*Cher maître :*

*Merci pour l'honneur que vous nous faites en acceptant de présider le jury de notre travail malgré vos multiples occupations.*

*Votre abord facile et la et vos bonnes qualités intellectuelles au service du monde de la science font de vous un exemple de courage, d'intégrité et d'espoir pour les jeunes générations.*

*Permettez nous de saluer ici le grand maître et pédagogue que vous êtes.*



*A notre maître et membre du jury,  
Mme KANE Fatimata KANE*

*Coordinatrice nationale de FCI Mali.*

*Cher maître :*

*Nous sommes très heureux  
nous avons été très touché par la facilité par la quelle vos nous  
aviez accepté au sein de votre équipe lors de nos travaux de  
recherche.*

*Votre disponibilité et votre souci constant de donner un espoir  
aux jeunes du secteur informel font de vous un model de mère  
pour des milliers de jeunes du secteur informel.*

*Soyez rassurée ici de notre profonde reconnaissance pour tout  
ce que vous avez fait pour nous.*



*A notre maître et co-directrice de thèse*

*Dr KAYA Assetou Soukfo*

*Maître assistant à la FMPOS, praticienne hospitalière*

*au CHU du point G,*

*Spécialiste en médecine interne,*

*Cher maître :*

*La spontanéité et l'amabilité par les quelles vous avez accepté de juger ce travail témoignent votre amour du prochain et vos bonnes qualités humaines.*

*Votre disponibilité, votre modestie et votre volonté affichée de former les jeunes ont forcé notre estime.*

*Puisse vous trouver ici cher maître l'expression de notre profonde gratitude.*



*A notre maître et directeur de thèse  
Le professeur Daouda Kassoum MINTA*

*Spécialiste en parasitologie-mycologie,  
Maître de conférence agrégé en maladies infectieuses ,  
Chef de service des maladies infectieuses et tropicales  
Du CHU Point G*

*Cher maître :*

*Nous ne saurons gré de vous témoigner ici notre enthousiasme pour nous  
nous avoir accepté dans votre service et nous donner le meilleur de vous  
même pour notre formation.*

*Votre élégance dans le raisonnement scientifique, votre amour de la  
science, et la conscience élevée du devoir en font de vous un homme de  
principe, de rigueur et un excellent formateur.*

*Veillez trouver ici cher maître 'expression de notre profonde  
reconnaissance.*

## LEXIQUE DES ABREVIATIONS

**ABC** : Abacavir

**ADN** : Acide désoxynucleique

**AEJT** : Association des Enfants et Jeunes Travailleurs

**AES** : Accident d'Exposition au Sang

**AGR** : Activité Génératrice de Revenus

**AIDS** : Acquired immunodeficiency syndrome

**AMAS** : Association Malienne d'aide et de soutien aux personnes vivant avec le VIH

**ARN** : Acide désoxyribonucleique

**ART** : Antiretroviral therapy

**ARV** : Antiretroviral

**AZT** : Zidovudine

**BMS** : Bristol Meyers Squiibb

**CCC** : Communication pour changement de comportement

**CDC** : Centers for Diseases C ontrol

**CD4** : C entre de Différenciation 4

**CESAC** : Centre d'écoute de Soutien d'Animation et de conseils

**CDP** : Compétence de développement personnel

**CMV** : Cytomegalovirus

**CNTS** : Centre national de transfusion sanguine

**CISMA** : Conférence internationale sur le sida et les maladies sexuellement transmissibles

**CSRef** : Centre de santé de référence

**CYP** : Cytochrome p450

**DDC** : Zalcitabine

**DDI** : Didanosine



**DNJ** : Direction nationale de la jeunesse

**D4T** : Stavudine

**DRS** : Direction régionale de santé

**DSR/DNS** : Division santé de la reproduction/ Direction n de la santé

**EDS-M** : Enquête démographique et santé du Mali

**ELISA** : Enzyme linked immunosorbent Assay

**EL** : Educateur leader

**FEBAK** : Foire d'Exposition de Bamako

**FCI** : Family care internationale

**Gp** : Glycoprotéine

**GP/SP** : Groupe pivot/Santé publique

**GRID** : Gay related immunodeficiency syndrome

**HAART** : High active antiretroviral therapy

**HTLV** : Human T-cell leukemia/Lymphoma virus

**IEC** : Information éducation communication

**IF** : Inhibiteur de fusion

**IL-6** : Interleukine 2

**IMC** : Indice de masse corporelle

**IMAMAL** : Ligue islamique des imams et Euridits du mali

**INNTI** : Inhibiteur non nucleosidique de la transcriptase inverse

**INTI ou INRT** : Inhibiteur nucleosidique de la transcriptase inverse

**IO** : infection Opportuniste

**IP** : Inhibiteur de protéase

**IST** : Infection sexuellement transmissible

**JSI** : Jeunes du secteur informel

**MST** : Maladie sexuellement transmissible

**OMS** : Organisation mondiale de la santé

**ORTM** : office de radio télévision du Mali

**PCR** : Polymerase chain reaction

**PNLCS** : Programme national de lutte contre le SIDA

**PTME** : Prévention de la transmission mère-enfant

**PVVIH** : Personne vivant avec le VIH

**SIDA** : Syndrome immunodeficiency Acquis

**SSR** : Santé sexuelle et reproductive

**SR** : Santé de la reproduction

**3TC** : Lamivudine

**TFV** : Tenofovir

**VIH** : Virus immunodéficience acquise humaine.

## **SOMMAIRE**

LISTE DES ENSEIGNANT DE LA FMPOS.....	I
DEDICACES ET REMERCIEMENTS.....	VII
HOMMAGE AUX MEMBRES DU JURY.....	XVIII
LEXIQUE DES ABREVIATIONS.....	XXII
<b>I INTRODUCTION.....</b>	<b>1</b>
<b>II OBJECTIFS.....</b>	<b>5</b>
<b>III GENERALITES.....</b>	<b>6</b>
<b>IV EXPERIENCE DE FCI.....</b>	<b>50</b>
<b>V POPULATION ET METHODOLOGIE DE TRAVAIL.....</b>	<b>71</b>
<b>VI RESULTATS.....</b>	<b>76</b>
<b>VII COMMENTATREE DISCUSSION.....</b>	<b>88</b>
<b>VIII CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS.....</b>	<b>92</b>
<b>IX REFERENCES BIBLIOGRAGPHIQUES.....</b>	<b>97</b>
<b>XI ANNEXES.....</b>	<b>102</b>

# INTRODUCTION

## I INTRODUCTION

Le SIDA (Syndrome d'Immunodéficience Acquis), constitue une des catastrophes sanitaires la plus connue de l'humanité [29]. En fin 2007 le nombre total de personnes vivant avec le VIH était estimé à 33,2 millions [61]. Près de 2,5 millions de nouvelles infections par le VIH/SIDA ont été enregistrées [59 ], et environ 2,5 millions de personnes sont décédées de SIDA la même année [59].

En Afrique, la région subsaharienne est la plus gravement touchée, et le SIDA y constitue la principale cause de mortalité. Soixante et seize pour cent des décès causés par le SIDA y surviennent dans cette région [59 ].

Au Mali, selon la 4<sup>e</sup> Enquête Démographique et de Santé du Mali (EDS4 décembre 2006) ; la prévalence de l'infection par le VIH dans la population générale était estimée à 1,4% [47]. Selon le milieu de résidence, la prévalence est beaucoup plus élevée en milieu urbain (1,6%) qu'en milieu rural (0,9%). Ainsi la ville de Bamako (1.9%) suivie de la région de Mopti (1.4%) ; Ségou (1.3%) et Koulikoro (1.2%) possèdent les niveaux de prévalence les plus élevés. Les régions de Tombouctou (0.5%) ; Kidal (0.6%) ; Sikasso (0.6%) et Kayes (0.7%) possèdent les niveaux de prévalence les plus faibles

Les femmes sont plus touchées (1,4%) par comparaison aux hommes du même âge. La tranche d'âge de 30 à 34 ans et de 25 ans à 30 ans respectivement chez les hommes et les femmes sont les plus infectés [47].

1

Au fait, les jeunes constituent la tranche d'âge particulièrement touchée par le VIH/SIDA dans le monde. En vingt ans plus de 60 millions de personnes ont été infectées par le VIH ; la moitié est faite de sujets d'âge situé entre 15 et 24 ans. En Afrique, un tiers des personnes vivant avec le VIH/SIDA ont entre 15 et 24 ans.

*(source : ONUSIDA/OMS décembre 2001)[55]*

Les filles de la région subsaharienne sont plus exposées au VIH et les autres IST que leurs partenaires mâles. Plus de 50% des femmes en Afrique subsaharienne ont leur premier enfant avant l'âge de 20 ans. La moitié des femmes vivant avec le VIH a contracté l'infection avant l'âge de 25 ans. (Foreman 1999; 31) **[63]**

Au Mali il faut noter, du fait de la précocité de l'âge du premiers rapport sexuel chez les femmes maliennes, le taux de séroprévalence du VIH est relativement élevé à 15-29 ans (0,6% à 15-29 ans ; 1,3% à 20-24 ans et 2,0% à 25-29 ans) comparé aux taux chez les hommes. Le taux de séroprévalence chez les hommes reste faible chez les jeunes âges : 0,7% à 15-19 ans ; 0,8% à 20-24 ans et 0,6% à 25-29 ans **[60, 43]**

Par ailleurs il existe dans le monde une proportion de personnes appelée groupe de personnes à risque composé de : professionnels (les) du sexe, les homosexuels, les consommateurs de drogues injectables, les détenus, les hommes et femmes à partenaires sexuels multiples, les hommes et les femmes dont leur travail leur oblige à s'éloigner de leur partenaire sexuel pendant un long séjour.

Au Viet Nam, la prévalence du VIH au sein des professionnelles du sexe a rapidement augmenté passant de 0,06% en 1994 à 6% en 2002 **[60]**. En Indonésie ce taux est à 3,1% **[60]**. En Fédération de Russie 33% des professionnelles du sexe de moins de 19 ans étaient séropositives au VIH en

2005 (*banque mondiale*). En Afrique , ce groupe à risque atteint une proportion de : 73% en Ethiopie ; 50% au Ghana et en Afrique du Sud ; 31% en Cote d'ivoire , et 23% au Mali [60].

Au Mali en décembre 2001; l'âge au premier rapport sexuel était compris entre 15,1 et 15, 3 ans chez les aide-familiales et les vendeuses ambulantes[47].

De toutes les vendeuses ambulantes 4,6% étaient séropositives au test de VIH et 12,8% seulement ont eu un rapport protégé lors du dernier rapport sexuel avec un copain. Seulement 0,4% des aide-familiales ont rapporté avoir eu un test de dépistage de VIH avant l'interview. Dans ce groupe 59,7% comprenaient que le VIH pouvait se transmettre par la pratique du lévirat ou sororat , et 31,1% ont dit qu'elles n'étaient pas sûres [47].

Une prévalence du VIH de 3,9% et de 2,9% ont été noté respectivement chez les routiers et les coxeurs [75 ].

le Mali compte des sous-groupes de populations qui ont atteint le seuil de l'épidémie. C'est le cas notamment des professionnels du sexe et de certaines catégories de personnes évoluant dans le secteur informel ; dont une grande majorité sont des jeunes. En effet qu'ils soient apprentis mécaniciens, menuisiers, routiers, aide-ménagères ou vendeuses ambulantes ; les jeunes qui n'ont jamais fréquenté les bancs de l'école ou qui les ont abandonnés pour travailler dans le secteur informel du Mali sont généralement plus vulnérables que leurs pairs du secteur formel aux violences sexuelles et aux infections sexuellement transmissibles dont le VIH/SIDA [47].

Un déficit à risque important de connaissances factuelles des attitudes et comportements risqués en matière de santé sexuelle et reproductive (SSR) combiné à un environnement précaire constituent les principaux facteurs de vulnérabilité des jeunes du secteur informel.

L'environnement précaire dans le quel ces jeunes évoluent et qui se caractérise généralement par d'intenses activités commerciales propices aux échanges sexuels non protégés et des réseaux d'information qui alimentent de

nombreux mythes en matière de sexualité et de VIH/SIDA peut également contribuer à certains comportements à risque observés chez les jeunes du secteur informel [60].

Si la vulnérabilité des jeunes du secteur informel face au VIH/SIDA est bien établi ; les stratégies et ripostes sont quant à eux quasi inexistantes. Ces jeunes sont dans l'ensemble mal pris en compte dans les programmes et services existants. Dans la pratique, ces derniers (programmes) y compris dans le domaine de la pair éducation restent largement conçus pour et axés vers les jeunes du secteur formel.

Ce constat d'insuffisance programmatique de la prise en charge de ces jeunes constitue une des raisons pour les quelles nous nous sommes intéressés à ce phénomène.

Pour donner une meilleure connaissance des IST/VIH/SIDA à cette population cible et aussi mieux organiser l'intervention de lutte contre le VIH /SIDA en son sein ; nous avons initié ce travail de recherche dans la zone d'intervention de Family Caire International dont les objectifs sont les suivants.



# III OBJECTIFS

## **II OBJECTIFS**

### **1 Objectif général :**

Identifier les moyens adaptés à la lutte contre les IST/VIH/SIDA des jeunes du secteur informel du district de Bamako.

### **2 Objectifs spécifiques**

**2-1** Evaluer le niveau de connaissance des jeunes du secteur informel sur les IST/VIH/SIDA.

**2-2** Identifier les différentes sources d'information et de service en matière d'IST/VIH/SIDA.

**2-3** Apprécier leur capacité de gestion des différents problèmes liés aux IST/VIH/SIDA.

**2-4** Décrire leur comportement en cas d'IST/VIH/SIDA

# **III GENERALITES**

## **A RAPPEL SUR LE SIDA**

### **1 LES MECANISMES DE DEFENSE DE L'ORGANISME HUMAIN**

-

Tout organisme sain dispose d'un mécanisme de défense complexe contre les maladies infectieuses, appelé système immunitaire.

Le corps humain dispose de deux grands types de systèmes immunitaires ; entre autres l'immunité naturelle et l'immunité spécifique.

L'immunité naturelle ou immunité non spécifique correspond à des fonctions de défense primaire et essentielle pour la survie de tous les organismes ; car les invertébrés résistent aux infections bactériennes et fongiques grâce à un système de défense innée.

Ce système va de la peau elle-même au système immunitaire dans le sang et inclut les éléments et mécanismes suivants :

- Le revêtement cutanéomuqueux qui exerce une fonction d'exclusion des microorganismes ;
- L'activité gastrique qui neutralise l'agent infectieux ;
- Le péristaltisme intestinal qui élimine l'agent infectieux ;
- La flore microbienne commensale du tube digestif et du vagin ;
- La sécrétion du mucus qui empêche l'adhésion des microorganismes à l'épithélium ;
- Le mouvement ciliaire en escalator dans les voies respiratoires ;
- Des molécules aussi diverses dans leur fonction : les facteurs de la coagulation, la fibrinolyse, le lysozyme, la lactoférine, les interférons et le complément ;

-Des cellules : les polynucléaires neutrophiles, le couple monocyte-macrophage, les cellules de l'Angerhans, les macrophages du cerveau, les cellules de Kuffère, la cellule tueuse naturelle (NK).

L'immunité spécifique correspond à une fonction qu'on a acquis après une première exposition aux agents pathogènes. Cette immunité implique surtout les cellules lymphocytaires (T et B) chacune avec sa propre tâche. Une de ces cellules est particulièrement importante car elle stimule la production d'anticorps par les cellules B et régule les autres cellules pour lutter contre les infections de différentes manières. On appelle ce type de lymphocyte un lymphocyte auxiliaire T4 ou inducteur (cellule ou lymphocyte T4 ou CD4) ; et c'est cette cellule qui est la plus touchée par le VIH [63, 81].

## **2 HISTOIRE DE LA MALADIE**

Les origines du VIH en tant que virus et SIDA en tant que maladie doivent être étudiées séparément vue la polémique soulevée sur la question de savoir si le VIH cause le SIDA. L'évidence prouve fortement que le VIH est en effet la cause de l'épidémie du SIDA.

D'abord appelé GRIDS liée à l'homosexualité, le SIDA avait été identifié chez les homosexuels aux USA en 1981.

En 1983, Luc Montagnier et son équipe à l'institut Pasteur de Paris ont identifié le VIH.

Un an plus tard, Robert Gallo et son équipe aux États-Unis ont cultivé le VIH ; ce qui a amené de longues querelles sur l'attribution de la découverte. Plus tard le VIH s'est avéré avoir deux sous-types principaux : le VIH-1 et le VIH-2.

Le VIH-2 se trouve principalement en Afrique occidentale ; et beaucoup moins ailleurs ; et le VIH-1 se propage beaucoup plus dans les quatre coins du monde. Tous les deux mènent au SIDA.

Malgré les nombreuses études, les origines du VIH lui-même ne sont pas vraiment claires. Le VIH appartient à un groupe peu connu de virus appelés rétrovirus. Les rétrovirus y compris le VIH, appartiennent aux lentivirus car ils mettent du temps à causer la maladie. Plus spécifiquement le VIH-1 est lié aux virus d'immunodéficience simiens (du singe) (VIS) ; puisque les virus subissent facilement des mutations ; le VIH en a probablement subi une, à partir des virus qu'on trouve chez les singes. La plus part des VIS ne causent pas de mauvaise santé chez leur hôte ; mais si on les injecte dans d'autres espèces de singes ils peuvent causer un état de déficience immunitaire similaire au SIDA.[38,2]

Les discussions continuent quant à la façon, au lieu et même à la raison pour la quelle le VIH a infecté les humains pour la première fois.

-Certains ont expliqué que le SIDA était une punition de Dieu contre la promiscuité sexuelle ;

-D'autres ont accusé les expériences de guerre biologique qui ont libéré le virus dans la population générale délibérément ou accidentellement ;

-Un autre raisonnement est que des vaccins contre la poliomyélite, souvent donnés en Afrique centrale dans les années 1950 et 1960 en utilisant du sérum de singe auraient pu être contaminé par les VIS ; Ces virus ne pouvaient pas être détectés à l'époque ; mais auraient pu être rapidement transmis à des milliers d'humains par la vaccination. L'analyse de vaccins stockés pour vérifier cette théorie n'a cependant pas encore trouvé de traces de VIS ou de VIH.

La voie de transmission la plus probable semblerait être celle des coupures et des morsures des gens qui chassaient les singes et les chimpanzés pour la nourriture ; ou qui les gardaient comme animaux domestiques, auraient pu se faire mordre et attraper le virus de cette manière. Ils auraient pu également attraper le virus par accident en tuant ou découpant les animaux ; par des blessures qu'ils avaient sur leurs mains. A la suite de mutation chez les êtres humains ; le virus du singe aurait pu se transformer en VIH et commencer à développer le SIDA.

Les premiers cas de SIDA datent des années 1950 et 1960 et ont été détectés à la suite de tests faits sur des stocks de sang et de tissus provenant de personnes mortes d'une insuffisance immunitaire inexplicée. Une fois que le virus a atteint une population mobile et fortement active sexuellement, le virus s'est vite propagé. Le virus se propage par contact direct et par le sang, y compris les mères à leurs bébés dans l'utérus et par le lait maternel.

Les premières personnes à mourir du SIDA étaient principalement des personnes qui avaient vécu en Afrique ; ce qui encore une fois indique que le virus venait des singes sur le continent.[63, 38, 2]

A la question de savoir, si le VIH est réellement la cause du SIDA ; l'état de grand affaiblissement du système immunitaire qui permet à des infections mortelles de se développer. On a observé le VIH directement sous des microscopes électroniques ; il n'y a pas de doute qu'il existe.

Il mène également au développement d'anti-corps dans le sang qu'on peut mesurer ; et il peut être détecté directement par des tests sophistiqués d'antigènes du virus.

On voit bien que le VIH mène au SIDA par le fait que tous ceux qui développent le SIDA ont des anti-corps du VIH ; à moins que leur système immunitaire ne devienne si faible qu'il ne peut en produire [63, 14] .

### **3 EPIDEMIOLOGIE**

Chaque jour le VIH infecte plus de 6 800 personnes et plus de 5 700 personnes meurent de SIDA ; essentiellement parce qu'elles n'ont un accès aux services de prévention et de traitement de l'infection à VIH. La pandémie du sida reste le déficit infectieux le plus grave en matière de santé publique. L'évaluation de la pandémie comporte néanmoins des éléments encourageants , car elle suggère :

-Une stabilisation de l'infection à VIH même si le nombre de personnes vivant avec le VIH augmentent dans le monde à cause tant de l'accumulation de

nouvelles infections ; que la survie prolongée des personnes infectées au sein d'une population, qu'elle même continue à croître .

-Une diminution localisée de la prévalence dans certains pays (par exemple le cas du Mali),

-Une diminution du nombre de décès liés au VIH attribuable en partie à l'extension récente de l'accès au traitement ARV.

-Une diminution du nombre annuel de nouvelles infections à VIH au niveau mondial.

L'examen des tendances mondiales et régionales laisse penser que l'épidémie comporte deux grands schémas :

- Des épidémies généralisées qui persistent au sein de la population générale de nombreux pays d'Afrique subsaharienne, en particulier dans la partie australe et dans le reste du monde, des épidémies affectant généralement des populations plus exposées au risque d'infection notamment les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes ; les consommateurs de drogue injectable, les professionnels (les) du sexe et leurs partenaires sexuels.

L'Afrique subsaharienne reste la région la plus touchée et le sida y est toujours la principale cause de mortalité :

En 2007 ; on estimait à 2,1 millions, le nombre de décès dû au sida dans le monde. 76% d'entre eux sont survenus en Afrique subsaharienne.

Parmi les personnes infectées plus de deux adultes sur trois (68%) et presque 90% des enfants vivent dans cette région.

En tout 1,7 millions de personnes ont été infectées par le VIH en Afrique subsaharienne au cours de l'année 2007 contre 2,2 millions de nouvelles infections en 2001.

L'estimation de 3,3 millions de femmes vivant avec le VIH en 2001 a augmenté de 1,6 millions pour atteindre 15,4 millions en 2007.

Au niveau mondial le nombre d'enfants vivant avec le VIH est passé de 1, 5 millions en 2001 à 2,5 millions en 2007.

Le nombre de nouvelles infections chez les enfants a toute fois diminué, passant de 460 000 en 2001 à 420 000 en 2007.

Les décès attribuables au SIDA parmi les enfants avaient augmenté de 330 000 enfants en 2001 à 360 000 en 2005 ; mais ont commencés à diminuer. L'estimation pour 2007 étant de 330 000 enfants

#### 4 LE VIRUS

##### **4-1 Définition**

Les virus sont des agents infectieux se reproduisant à partir du cytoplasme et se servent du système de reproduction des cellules hôtes animales ou végétales. Ils ne peuvent pas se multiplier seuls.

Les virus du SIDA (VIH-1 et VIH-2) appartiennent à un groupe peu connu de virus appelés les rétrovirus qui s'intègrent au matériel génétique de la cellule hôte [10]

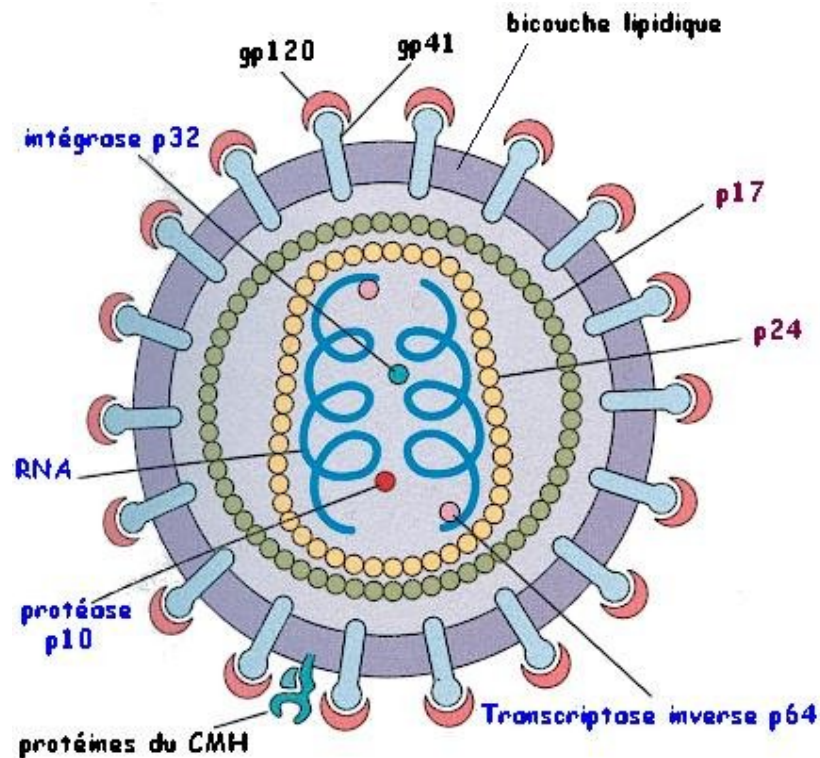
##### **4-2 description des VIH-1 et VIH-2**

Ce sont des virus à ARN dimérisés, de forme sphérique de 80 nm de diamètre ; enveloppés comme les autres rétrovirus. Le VIH possède une enzyme transcriptase inverse lui permettant de transcrire son ARN en ADN du génome des cellules hôtes.[10]



Figure N° :1 Structure d'un rétrovirus

Schéma organisationnel de l'HIV :



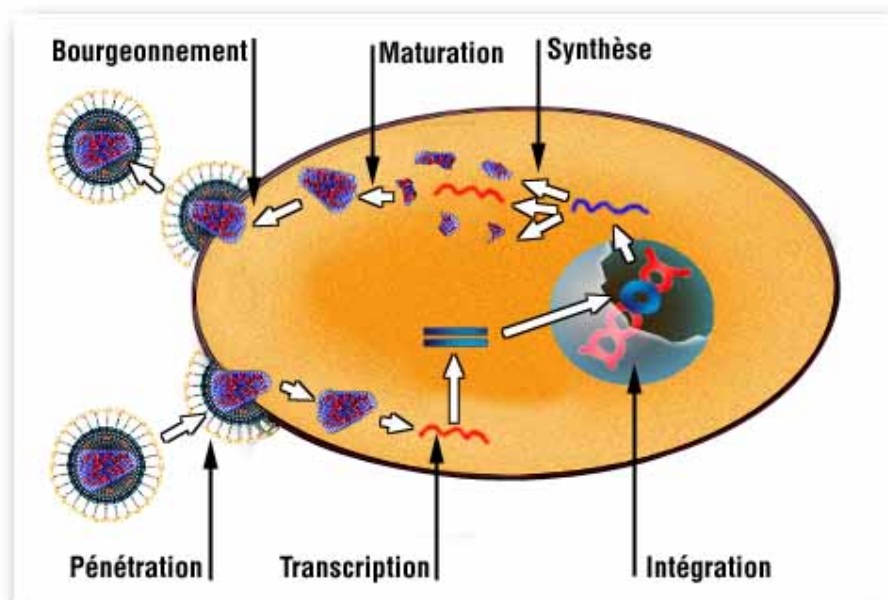
La structure du VIH comporte :

-Une **enveloppe virale** constituée d'une double bicouche lipidique et de deux sortes de glycoprotéines : gp120 et gp 41. La molécule gp 41 traverse la bicouche lipidique tandis que la molécule gp120 occupe une position plus périphérique. Elle joue le rôle de récepteur viral de la molécule membranaire CD4 des cellules hôte. L'enveloppe virale dérive de la cellule hôte ; il en résulte qu'elle contient quelques protéines membranaires de cette dernière, y compris des molécules du CMH.

-Un **corps viral** ou **nucléocapside**, qui inclut une couche de protéine p17 et une couche plus profonde de protéines p24.

-Un **génome** constitué de deux copies d'ARN simple brin associé à deux molécules de transcriptase inverse (p64) et à d'autres protéines enzymatiques (protéase p10 et p32)

### 4-3 Cycle de réplication



**Figure N° 2 : Etapes de la réplication du VIH.**

Les VIH se multiplient en passant par plusieurs étapes :

- **Adhésion** du VIH au récepteur CD4 de la cellule hôte par sa GP120 (+CCR5) ;
- **Fusion** de l'enveloppe avec la membrane cellulaire et décapsulation ;
- **Transcription** de l'ARN viral en ADN, destruction de l'ARN viral et réplication de l'ADN en ADN circulaire double brin ;
- **Intégration** des ARN messagers précoces et traduction en protéine de régulation ;

-**Transcription** en ARN messager tardif et traduction en protéine de structure virale ; transcription de l'ARN viral

-**bourgeonnement** au niveau de la membrane cellulaire, et libération des virions  
[10, 61]

#### **4-4 Variations génétiques**

A partir de 2000, on a découvert une dizaine de sous types distincts (appelés clades) du VIH-1, et plusieurs sous-types du VIH-2 (Ward)

Le VIH-1 a été classé de la lettre A à la lettre J. Avec un groupe O séparé pour les cas spéciaux ou ceux qui ne correspondent clairement aux groupes A à J.

Les sous-types A, C, D, F, G, H, J sont commun en Afrique.

Le sous-type B est le plus répandu en Amérique, l'Europe, le Japon et à Thaïlande. [63]

#### **4-5 Cellules cibles des VIH**

Cibles principales : lymphocytes CD4, macrophages, cellules de langherans, microglie, cellules dendritiques folliculaires.

Cibles accessoires : cellules précurseurs de la moelle, les enterocytes [63].

Ces cellules leur permettent de se multiplier et en arriver à une maladie sérieuse.[63, 38]

### **5 MODES DE TRANSMISSION :**

Le SIDA est une maladie sexuellement transmissible (IST), également transmise par contact direct de sang; et de la mère à l'enfant.

Les modes de transmission les plus probables sont entre autres :

-D'un homme à une femme à la suite de rapports sexuels non protégés

-D'une femme à un homme à la suite de rapports sexuels non protégés

- D'un homme à un homme à la suite de rapports anaux non protégés.
- D'une femme à une femme à la suite de rapports sexuels non protégés.
- La piqûre d'aiguille.
- La transmission mère-enfant à travers l'utérus et le lait maternel.
- La transfusion de sang ou de produit sanguin contaminé ou la greffe d'organe contaminé.[70, 2, 52]

### **6 FACTEURS FAVORISANT LA PROPAGATION :**

Dans toutes les parties du monde où la situation du SIDA est très inquiétante ; les facteurs suivants sont pertinents à des degrés différents :

- les mouvements de population ; y compris les militaires,
- le développement du commerce et des réseaux de transport,
- l'inégalité entre les sexes,
- la pauvreté et la distribution inégale des richesses,
- le manque de cohésion sociale dans certains endroits,
- les modèles très variés d'associations sexuelles et de partenariats multiples y compris le sexe commercial,
- divers facteurs culturels,
- le nombre élevé d'infections sexuellement transmissibles non traitées et des infections du système reproducteur,
- l'utilisation relativement faible du préservatif.

La présence de ces facteurs indique des environnements avec risques probablement élevés, et par conséquent, les groupes qui courent les plus grands risques et montrent également les questions qu'il faut aborder pour limiter les environnements à risque et les rendre plus sûrs[63, 43, 78, 22].

## **7 PHYSIOPATHOLOGIE DE L'INFECTION A VIH :**

Le VIH semble causer des dégâts en :

-Affaiblissant la réponse des CD4 ou T4 en envahissant les cellules dendritiques qui stimulent les cellules CD4 à répondre aux organismes étrangers.

-Pénétrant dans les cellules CD4 et s'accrochant au matériel reproducteur des cellules mêmes. De nombreuses copies du virus sont produites qui se libèrent par la suite des cellules et les tuent.

Ils trouvent d'autres cellules CD4 à envahir et le processus reprend.

-Poussant les cellules CD4 non infectées, à se joindre aux cellules CD4 infectées, ce qui finit par les immobiliser.

-Menant d'autres types de cellules dépendant des cellules CD4 à cesser de fonctionner correctement au fur et à mesure que le nombre de cellules CD4 se réduit.

-Attaquant diverses autres cellules importantes pour le système immunitaire (monocytes et macrophages) ; et cause encore plus de dégâts.

Cette destruction du système immunitaire permet aux organismes infectieux d'envahir le corps sans opposition et de se multiplier

-

## **8 LES ASPECTS CLINIQUES DU SIDA :**

Au fur et à mesure que le VIH affaiblit le système immunitaire des signes et des symptômes de différentes infections, deviennent de plus en plus apparents :

- Une lymphadénopathie généralisée persistante (LGP) des glandes ou des ganglions lymphatiques gonflés, qui donnent l'impression de bosse dans le cou, sous l'aisselle, à l'aîne ou ailleurs ;
- Une fatigue ou léthargie chronique ou sévère et mauvaise forme générale pendant des semaines ou des mois ;

- Zona ( herpès zostère ), surtout chez les adultes de moins de 50 ans, et particulièrement s'il touche de grandes parties du corps, s'il se reproduit, et s'il est accompagné de nœud de lymphé gonflé chronique ;
- Démangeaisons de la peau, propagation de verrues et de plaie qui ne guérissent pas bien comme l'herpès simplexe ; L'infection fongique des ongles ;
- Infections récurrentes de l'appareil respiratoire supérieur telle que la sinusite bactérienne ;
- Des IST difficiles à traiter telle que le cancre mou ;
- Certaines maladies nerveuses telle que la perte de mémoire et les sautes d'humeur entre autres ;
- Perte de poids inexplicée de plus de 10% du poids total ;
- Diarrhée chronique de plus d'un mois et difficile à traiter surtout si elle est provoquée par un organisme appelé **cryptosporidium** ;
- Une fièvre récurrente ou chronique inexplicée de plus d'un mois et de fortes transpirations la nuit ;
- Des infections respiratoires y compris une toux sèche irritante de plus d'un mois et un manque de souffle et des difficultés à respirer profondément ;
- Une mycose grave (candidose) dans la bouche et la gorge qui prend la forme de sécrétions blanches épaisses ou d'une mycose grave sur les organes génitaux ;
- Des embolies ou des attaques qui mènent à un degré variable de paralysies et d'incapacités provisoires ou permanentes ;
- La maladie du cytomégalo virus (CMV) pouvant rendre aveugle ;
- La tuberculose en particulier si elle se produit dans les organes autre que le poumon ou présente des caractéristiques peu communes dans le poumon (la tuberculose est la cause principale de mort chez les sidéens en Afrique) ;
- La pneumocystose pulmonaire (PCP) ;
- Le sarcome de Kaposi (SK) grave chez un jeune ou une personne d'âge mur. Il se présente sous forme de lésions sur la peau qui sont plates ou rugueuses ;

rosâtres ou foncées et se propagent petit à petit à d'autres organes et peuvent causer de sérieuses enflures

- L'encéphalite et l'encéphalopathie avec diverses causes et créant nombre de problèmes différents : La méningite et surtout la méningite cryptococcique ;
- Une augmentation du nombre de cancers, tel que le cancer cervical et des cancers peu communs ou des tumeurs et des lymphomes ; en particulier des lymphomes non hodgkiniens ;
- De graves perturbations mentales et troubles du comportement (démence du SIDA) comme la démence sénile.[63, 28, 44,8, 49, 2, 66]
- Des insuffisances surrénaliennes avec une hypoglycémie franche pouvant être inférieure à 3 mmol/l ont été notées dans 48.28% des cas dont au 1<sup>er</sup> rang des étiologies le VIH avec 58.6% : Etude réalisée dans le service de médecine interne de l'hôpital national du point G-Bamako (Mali) [50]
- Anguillulose avec comme signes principaux : diarrhée chronique ; dysphasie et douleurs épigastriques [82].

### **8-1 Stades cliniques de l'OMS**

- ♣ **stade I** : asymptomatique ou LGP ; le nombre de CD4 : 500-1200 cellules/ml
- ♣ **Stade II** : symptomatique avec des infections comme l'herpès zostère ; des problèmes mineurs de la peau et une légère perte de poids ; mais aucun changement dans les activités normales ; le taux de CD4 est supérieur à 500 cellules/ml ; la charge virale : 1000-100.000 copies de VIH/ml ;
- ♣ **stade III** : symptomatique avec des IO assez graves pour garder la personne au lit pour presque une demi-journée pendant le mois précédent ; le taux de CD4 ; 200-500 cellules/ml ; la charge virale ; 100.000 /ml
- ♣ **Stade IV** : le SIDA : avec une grosse perte de poids ; de la diarrhée et une fièvre chronique ; la PCP et d'autres maladies graves obligent le malade à garder

le lit pour plus de la demi-journée pendant le mois précédent ; le compte CD4 est inférieur à 200 cellules/ml ; la charge virale : 100.000-1 million

**Tableau n 1 : Classification CDC 1993**

Nombre de CD4	Catégories cliniques		
	A	B	C
	Asymptomatique Primo-infection Lymphadénopathie Généralisée persistante	Symptomatique Sans critère (A) ou (C)	Sida
>500/mm <sup>3</sup>	A1	B1	C1
200-499/mm <sup>3</sup>	A2	B2	C2
<200/mm <sup>3</sup>	A3	B3	C3

### **Catégorie A**

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

- Infection VIH asymptomatique
- Lymphadénopathie généralisée persistance
- Primo-infection symptomatique



## **Catégorie B**

Cette classification est hiérarchique, c'est à dire qu'un sujet classé B ne peut passer dans la catégorie A que lorsque les signes ont disparu

- Angiomatose bacillaire
- Candidose oro-pharyngés
- Candidose vaginale persistante, fréquente ou qui répond mal au traitement
- Dysplasie du col ; carcinome in situ
- Syndrome constitutionnel : fièvre (38,5°) ou une diarrhée supérieure à un mois

Leucoplasie chevelue de la langue

- Zona récurrent ou envahissant plus d'un dermatome
- Purpura thrombocytopénique idiopathique
- salpingite
- Neuropathie périphérique

## **Catégorie C**

- Candidose bronchique, trachéale ou pulmonaire
- Candidose oesophagienne
- cancer invasif du col
- Coccidioidomatose
- Cryptococcose extra pulmonaire
- Cryptosporidiose intestinale supérieur à un mois
- Infection à CMV (autre que foie, rate, ganglion)
- Rétinite à CMV (avec perte de vision)
- Encéphalopathie due au VIH
- Infection herpétique, ulcère chronique supérieur à un mois ou bronchique, pulmonaire, œsophagienne
- Histoplasmose disséminée ou extra pulmonaire
- Isosporidiose intestinale chronique supérieure à un mois

- Sarcome de Kaposi
- lymphome de Burkitt
- Lymphome immunoblastique
- Lymphome cérébral primaire
- Infection à mycobacterium avium ou kansasii, disséminé ou extra pulmonaire
- Infection à mycobactérium tuberculosis quel que soit le site
- Infection à mycobactéries identifiées ou non disséminé ou extra pulmonaire
- Pneumonie à pneumocystis jiroveci
- Pneumonie bactérienne récurrente
- leuco-encéphalite multifocale progressive
- septicémie à salmonelle non récurrente
- Toxoplasmose cérébrale
- Syndrome cachectique dû au VIH.

## **8-2 Directives de l’OMS pour le diagnostique clinique du sida en Afrique**

**[11, 66]**

### **8-2-1 Chez l’adulte et l’adolescent**

#### **8-2-1-1 Signes majeurs :**

- Perte de poids de plus de 10% du poids total ;
- Diarrhée chronique de plus d’un mois ;
- Fièvre durable de plus d’un mois ;

#### **8-2-1-2 Signes mineurs :**

- Toux persistante de plus d’un mois ;
- Démangeaisons généralisées de la peau ;
- Zona récurrent ;
- Mycose de la bouche et de la gorge ;
- Bouton de fièvre chronique et propageant ;
- LPG.
- Perte de mémoire ;
- Perte de capacité intellectuelle ;

- Lésions des nerfs périphériques ;

### **8-2-3 Chez les enfants et les nourrissons :**

#### **8-2-3-1 Signes majeurs**

- LPG ;
- Croissance lente ou perte de poids, signes de malnutrition et manque de développement intellectuel ;
- Infections bactériennes graves et récurrentes ;

#### **8-2-3-2 Signes mineurs**

- Toux persistante, difficultés à respirer, pneumonie ;
- Rate gonflée ;
- Diarrhée chronique inexplicée ;
- Fièvre persistante ;
- muquet grave persistante ou récurrente après la période néonatale ;
- Maladie de la peau généralisée, éruption et infection herpétique ;
- Malignité ;
- Encéphalopathie ;

## **9 DIAGNOSTIQUE BIOLOGIQUE [24, 7, 78]**

### **9-1 Mise en évidence des anticorps anti-VIH :**

Les tests de dépistage sont sensibles peu coûteux, mais n'ont pas la même sensibilité absolue :

- ◆ **ELISA** : (enzyme linked immune sorbent assay) : Agglutination, test immuno-enzymatique ; le test ELISA est possible 2-12 semaines après la contamination par le VIH ;
- ◆ Les tests de confirmation sont pratiqués si le dépistage est positif ; le wester blot est la méthode habituelle de référence ;
- ◆ Les peptides synthétiques permettent de différencier les VIH-1 et VIH-2 ;

◆ le **RISPA** (radio immuno précipitation assay) est plus sensible et plus spécifique que le wester blot

### **9-2 Mise en évidence du virus ou d'antigènes viraux :**

◆ **ELISA** peut être utilisée pour dépister la primo-infection car elle permet d'identifier l'antigène P24 à partir de sérum, du plasma ou du surnageant de cellules ;

◆ La culture cellulaire est faite avec des lymphocytes du malade. La mise en évidence du virus se fait dans du surnageant de cultures par dosage de l'antigène P24 ou de l'activité transcriptase reverse

◆ L'amplification génique (PCR ou polymérase chaîne réaction) permet de détecter de faibles quantités plasmatiques d'ADN du VIH.

### **9-3 Dosage des lymphocytes CD4 :**

◆ immuno-capture ou cytométrie de flux

## **10 VALEURS DE PRONOSTIC DE L'INFECTION PAR LE VIH/SIDA :**

Déterminées par ou indice de Karnofsky, cet indice est exprimé en pourcentage et varie de 100 pour un patient autonome à 10 pour un moribond :

**Tableau n°2** : Score ou indice de Karnofsky

<b>Score</b>	<b>Capacité physique du patient</b>
100%	Activité normale : pas de signes de maladie
90%	Peut mener une activité normale, signes mineurs de la maladie ; totalement autonome
80%	Peut mener une activité normale mais effort ,signes mineurs de la maladie ; totalement autonome
70%	Peut se prendre en charge, incapacité de mener une activité normale . Autonome mais à stimuler
60%	Nécessite une aide occasionnelle, mais peut prendre en charge la plus part de ses activités . Semi-autonome
50%	Nécessite une aide plus des soins médicaux fréquents. Semi-autonome
40%	Handicapé, nécessite une aide et des soins médicaux particuliers, dépendant
30%	Sévèrement handicapé ; dépendant
20%	Très malade, hospitalisation nécessaire pour soutien actif, absence totale d'autonomie
10%	Moribond , progressant rapidement vers la mort

## **11 LES ASPECTS THERAPEUTIQUES**

-

### **11-1 La chimioprophylaxie primaire ou secondaire :**

Les soins et traitements médicaux pour le VIH vont de la prévention et le traitement des infections opportunistes au traitement qui vise directement le virus lui-même [63]

### **11-1-1 Prophylaxie de :**

- pneumococcies
- pneumocystose
- toxoplasmose
- bactérioses graves :

2cp/J de **Bactrim\*** faible ou 1cp/j de Bactrim \* fort ou 1cp/j de Bactrim\* fort ; dès que les lymphocytes CD4 sont inférieurs à 200/ml ; Ceci permet la réduction de 50% [75].

### **11-1-2 Prophylaxie de la tuberculose**

300mg/j d'INH pendant 6 mois quel que soit le résultat de l'IDR ; Cela permet une diminution des cas et de la transmission résistance ;

### **11-2 Traitement antirétroviral [75, 76, 66]**

La mise en route du traitement est proposée chez les patients symptomatiques (SIDA) ou si la charge virale dépasse 10.000 copies/ml ou si les CD4 sont inférieurs à 500/ml ; l'objectif est de maintenir une charge virale inférieure à 10.000 copies/ml avec un dosage de la charge au moment de la mise en route du traitement, puis tous les trois à six mois.

Les ARV sont aussi indiqués en cas de primo-infection, en cas d'exposition au sang contaminé et chez les femmes enceintes.

On distingue trois classes de médicaments antirétroviraux.

#### **11-2-1 Les Inhibiteurs Nucléosidiques de la Transcriptase revers (INT) :**

- **Zidovudine(AZT) = Rétrovir®** : 100mg ; 250mg ; 300mg ; fl.perf.200mg ; solution buvable 100mg/10ml
- posologie : 500-600mg/j à jeun ou au repas

Contres indications : association à la D4T

Effets secondaires : troubles digestifs ; neutropénie, leucopénie, anémie

■ **Didanosine(DDI)= Videx®** : 50-200mg ; gel : 125-400mg posologies : 75 – 400mg/j à jeun

Contres indications : association à la D4T

Effets secondaires : Pancréatites ; acidose lactique

■ **Zalcitabine(DDC)=Hivid®** : CP : 0.375mg ; 0.750mg  
posologie : 0.750mg 1 à 3f/j

Contres indications : association à la D4T

Effets secondaires : neuropathies, ulcération des muqueuses ; pancréatite

■ **Lamivudine(3TC)=Epivir®** : CP à 150mg ; solution buvable  
10mg/ml

posologie : 25-150mg/j à jeun ou au repas

Contres indications : association à la DDC

Effets secondaires : cytolyse, pancréatite acidose lactique, toxicité  
hématologique

■ **Stavudine(D4T)=Zerit®** : CP : 15mg ; 20mg ; 30mg; 40mg; solution buvable  
1mg/ml

posologie : 15-40mg/j 2f/j à jeun

Contres indications : association avec AZT

**Effets secondaires : neuropathies périphériques, pancréatite**

■ **Abacavir(ABC)=Ziagen®** : CP : 300mg ; solution buvable 20mg/ml  
posologie : 300mg 2f/j à jeun

Contres indications : insuffisance rénale ; hépatique

Effets secondaires : céphalées ; acidose lactique

### **11-2-2 Les Inhibiteurs non-Nucleosidiques de la transcriptase reverse(INNT)**

#### **■ La Névirapine=Viramune® : CP à 200mg**

posologie : 1cp/j pendant 14j puis 1cp 2f/j à jeun ou au repas

Effets secondaires : rashes cutanés ; hépatite

Contres indications : association à l'Efavirenz

#### **■ Efavirenz=Sustiva® : gel : 50mg ; 100mg ; 200mg**

posologie: 600mg en une prise au coucher à jeun ou au repas

Effets secondaires : neuropathies éruptions cutanées

Contres indications : association à la Névirapine

### **11-2-3 Les antiprotéases**

#### **■ Ritonavir=Norvir® : cap : 100mg ; solution buvable à 600mg pour 7.5ml**

posologie :600mg 2f/j(croissante de j1 à j5 au repas

Contres indications : insuffisances hépatiques

Effets secondaires : troubles digestifs ; hémolyse ; diabète

#### **■ Indinavir : gel : 200mg ; 400mg**

posologie : 800mg 3f/j à jeun avec liquide abondant

Contres indications : hépatites graves

Effets secondaires : troubles digestifs ; lithiases urinaires

#### **■ Saquinavir : gel : 200mg ; cap :200mg**

posologie : gel : 600mg 3f/j au repas ; cap :200mg 3f/j au repas



Effets secondaires : diabète ; troubles digestifs

Contres indications : insuffisance hépatique

■ **Nelfinavir** cop. :250mg

posologie : 750mg 3f/J au repas

Contres indications : inducteur du substrat CYP3A

Effets secondaires : diarrhée, rashes cutanés, cytolysse, neuropathies.

#### **11-2-4 Schéma thérapeutique de première ligne :**

-

2INTI + 1NNTI.

Ex : Stavudine + Lamivudine + Névirapine.

Les régimes alternatifs suivants sont possibles :

- Zidovudine(AZT) + Lamivudine(3TC) + Efavirenz(EFV)
- Zidovudine(ZDV) + Lamivudine(3TC) + Névirapine(NVP)
- Stavudine (D4T) + Lamivudine(3TC) + Efavirenz(EFV)

#### **11-2-5 Les bilans de suivi :**

les bilans de suivi suivants sont nécessaires avant ou pendant le traitement :

- **Examen clinique** : poids ; test de grossesse, tension artérielle ; température ;
- **Examens biologiques** : NFS, transaminases, créatininémie, glycémie, numération des CD4 ; la charge virale
- **Examens para cliniques** : radiographie pulmonaire
- **L'observance du traitement.**

## **11-3 Prévention**

### **11-3-1 Les recommandations principales de l'ONUSIDA pour la prévention et les soins du VIH/SIDA en Afrique subsaharienne sont de développer [63]**

- ♣ Les tests de dépistage et les conseils volontaires ;
- ♣ la promotion des préservatifs (masculin et féminin),
- ♣ Le traitement syndromique des IST.
- ♣ les soins palliatifs :

### **11-3-2 La prévention individuelle[23, 41 ,43]**

- Abstinence, fidélité ;
- Utilisation de préservatifs au cours des rapports sexuels ;
- Utilisation de seringues à usage unique ;
- protection du corps de santé contre la contamination par :
  - le port de gants, de masques, lunettes lors des examens
  - protection contre les piqûres accidentelles (interdiction des aiguilles utilisées ; Conteneurs rigides pour les aiguilles De récapuchonage usagées ; incinération du matériel de prélèvement ;
  - En cas de contamination cutanée ou de piqûre infectante : nettoyage prolongé par l'alcool à 70°ou à L'eau de javel à 0.1% ;
- allaitement artificiel des nourrissons en cas de séropositivité de la mère
- Information des sujets séropositifs sur les risques de transmission du VIH.
- information des femmes séropositives sur les risques de transmission en cas de grossesse

### **11-3-3 La prévention collective [23, 41, 63, 62, 19]**

- Dépistage des donneurs de sang et des donneurs d'organes séropositifs ;
  - Chauffage des dérivés de sang ;
  - Dépistage chez les groupes à risque ;
  - Stérilisation des matériels d'injection ou d'endoscopie ;
- campagnes d'information, en particulier au près des groupes à risque

### **11-3-4 Les options minimums de soutien politique sont [11] :**

- Permettre aux ONG de mettre en place des services de santé et des programmes de sensibilisation sur le VIH pour les travailleurs du sexe même si les services d'état se sentent incapable de les cibler et que le travail du sexe reste illégal ;
- Développer l'éducation par les pairs et le soutien pour les travailleurs du sexe ;
- Aider les femmes à trouver des options économiques qui leur permettent d'éviter le travail du sexe(y compris les objectifs à long terme de réduction de la pauvreté, d'une meilleure éducation pour les filles, et d'une plus grande justice entre les sexes en particulier en ce qui concerne les prêts ; l'héritage ; les droits à la terre et ainsi de suite) ;
- Considérer les travailleurs du sexe eux même comme une partie potentielle de la solution ; pas du problème en leur donnant plus de connaissances et pouvoir pour insister sur l'utilisation de préservatifs, avec un soutien contre les clients violents et non coopératifs.

### **11-3-5 Prévention mère-enfant**

- Eviter les grossesses non désirées chez les femmes séropositives ;
- Dépistage de l'infection chez les femmes enceintes ;
- Traitement des mères par la vitamine A ;

- Désinfection de la filière maternelle au cours de l'accouchement par la chlorhexidine ; le nonoxinol ou le benzalkonium ;
- Césarienne prophylactique ;
- Traitement antirétroviral couvrant l'accouchement ;
- Allaitement artificiel.[75, 8, 49, 2]

### **11-3-6 Développement des vaccins [63, 29,66] :**

Trois types principaux de vaccin sont à l'étude :

- Les vaccins préventifs pour empêcher que l'infection ne s'établisse une fois la personne exposée et cela incluent les vaccins qui peuvent réduire les risques d'infection à la suite de rapport sexuel.
- Les vaccins thérapeutiques pour empêcher que le VIH ne se transforme en SIDA.
- Les vaccins périnataux pour empêcher la transmission mère enfant dans l'utérus ; à la naissance ou par allaitement.

## **B RAPPEL SUR LES AUTRES INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES**

### **I GENERALITES**

#### **1-DEFINITION**

Les infections sexuellement transmissibles ou maladies vénériennes, du nom de venus (beauté de l'amour) sont des infections contractées presque toujours lors de rapports sexuels **non protégés**. Elles sont très contagieuses et dues à des germes divers et variés : bactéries, virus, parasites et mycoses.

Les IST sont généralement guérissables mais mal soignées ou négligées elles sont responsables de graves complications pour l'homme, la femme, l'enfant à naître et pour toute la collectivité. C'est donc un problème majeur de santé publique.

L'infection à VIH a donné un regain d'intérêt pour ces maladies pendant les années 1980. Actuellement le SIDA semble occulté les autres IST.

## **B-EPIDEMIOLOGIE**

### **1-Agents pathogènes**

Les agents pathogènes sont divers et variés.

**Ils sont bactériens** (*Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamidia trachomatis*, *Mycoplasma urealiticum*, Bacille de Ducrey, *Treponema pallidum*)

**Etiologies virales** : VIH, virus des hépatites B et C, herpes simples virus, papillomavirus

**Etiologies parasitaires** : *Trichomonas vaginalis* ; *Sarcopte scabei hominis*

**Etiologie mycosique** : *Candida albicans*

### **2 Modes de contamination**

La transmission sexuelle revendique 90% des contaminations : elle peut être homosexuelle, hétérosexuelle, et également possible par fellation.

**Autres modes de contamination :**

- ° **sanguine** : syphilis, hépatite B, C
- ° **maternofoetale** et mère enfant (hépatite, gonocoque et chlamydiae)
- ° **Accidentelle** : laboratoire, en pratique clinique, toilettes.

### **3 Facteurs favorisant la contamination**

- **Les modes de comportement sexuel** : infidélité, inconscience du problème, analphabétisme,

- **Les facteurs culturels** (lévirat ; sororat, polygamie)

- La persistance des germes chez l'hôte due à l'automédication et la résistance des germes aux antibiotiques, la dissimulation de la maladie considérée comme honteuse,
- les groupes à risque : prostitués, adolescents, éloignement prolongé du foyer ( routiers, travailleurs saisonniers, missions, corps habillés)
- contact avec le grand publique (commerçants, corps habillés corps médical et paramédical) emprise morale (chefs, responsable, espoirs)

### **C PHYSIOPATOLOGIE**

La physiopathologie dépend de l'agent pathogène en cause. Il existe une influence réciproque entre le VIH et les autres IST. En effets les IST constitue le lit du VIH, la porte d'entrée. Elles vont stimuler l'immunité, les globules blancs dont la composante CD4 constitue la cible du VIH. Les IST nourrissent le VIH. L'infection à VIH en entraînant une immunodépression favorise à son tour l'installation des infections sexuellement transmissibles qui deviennent plus fréquentes, plus graves et résistantes aux traitements.

### **D ASPECTS CLINIQUES**

Actuellement il est recommandé par l'OMS de regrouper ces IST en syndromes :

- Ecoulement génital
- ulcérations génitales
- Des proliférations ou végétations (condylome)

#### **1 Ecoulement génital chez l'homme**

On distingue chez les écoulements génitaux non gonococciques (ENG) et les écoulements génitaux gonococciques (EG). Les écoulements gonococciques

sont dus à *Neisseria gonorrhoea*. Les écoulements non gonococciques sont dus à chlamydia sp. Dans 50% des cas, *Mycoplasma hominis* et *Mycoplasma ureaplasticum*.

L'écoulement gonococciques est caractérisé par le caractère aigu, une incubation courte (2 à 5 jours) et on note un écoulement de pu franc, lourd, jaunâtre ou verdâtre tachant le linge.

Un tel écoulement est suffisant a lui seul pour évoquer le diagnostic d'urétrite gonococciques. Cet écoulement s'accompagne d'une brûlure mictionnelle. Le malade a l'impression de pisser une lame de rasoir (chaud de pisse.)

Dans le cas d'une urétrite non gonococcique, l'écoulement se fait sous la forme d'un suintement du méat tachant le linge le matin (Goutte matinale. Cet écoulement non purulent s'accompagne d'une douleur sourde des organes génitaux externes, prurit isolé du méat parfois se limitant à un fourmillement. Dysurie, pollakiurie sont possibles.

La recherche étiologique n'est pas indispensable, mais permet un traitement de qualité. L'examen bactériologique répond qu'il s'agit de diplocoque gram négatif (gonocoque probable) En cas de suspicion d'urétrite non gonococcique l'examen direct est peu contributif, la coloration au May Giemsa (Chlamydiae), milieu de ROIRON (mycoplasmes). La culture et l'antibiogramme se font en cas de résistance au traitement habituel.

### **1-1 Evolution**

Bien traitée, la gonococcie guérie en deux ou trois jours, mais une consultation de contrôle est nécessaire 1 semaine après la guérison.

Non traitée ou mal traitée, l'évolution de l'urétrite gonococcique et non gonococcique se fait vers les complications-prostatite

- orchy-épididymite,
- rétrécissement urétral,

-syndrome de FIESSINGER LEROY RETTER(OCULO, URTRO SYNOVIAL), stérilité.

## **2. Ecoulement génital chez la femme**

### **2-1.aspects cliniques**

#### **2-1-1 circonstances de découverte**

Le diagnostic d'écoulement génital chez la femme se fait dans 3 circonstances :

- alertée parfois par le partenaire sexuel masculin car les symptômes peuvent passer inaperçue chez la femme.

- lors d'un bilan de santé (test pré-nuptial, examen pour la mise en place d'un dispositif de contraception)

- parfois la maladie n'est découverte qu'au stade de complications (salpingites, douleurs pelviennes...)

L'écoulement génital chez la femme est le leucorrhée appelé abusivement pertes blanches. L'aspect des leucorrhées peut orienter vers une étiologie mais ce n'est toujours pas l'agent pathogène suspecté en clinique qu'on retrouve à l'examen de laboratoire.

#### **2-1-2 aspects macroscopiques et agent pathogène**

Leucorrhées jaunâtres non douloureuses, mais le plus souvent asymptomatique (Gonocoque).

Leucorrhées blanchâtres épais cailloutées, inodore (Candidoses).

Leucorrhées jaunâtres ou verdâtres mousseuses d'odeur fade, plâtre frais parfois striées de sang (*Trichomonas vaginalis* )

Leucorrhées fétides, odeur poisson pourri (*Gardenela vaginalis*). Il faudra toujours rechercher des facteurs favorisant (toilette intime usage de produit chimique ...)

Un prélèvement adressé au laboratoire révélera l'étiologie des leucorrhées. Quand le laboratoire n'est pas disponible on fera un traitement présomptif.



### **2-1-3 Evolution**

Traitée, les leucorrhées guérissent en quelques jours.

Non traitées, mal traitées, ou traitées tardivement des complications sont possibles. Ces complications sont locoregionales et générales.

Les complications locoregionales :

**Skenite** : atteinte de la glande de sken en situation para-uretrale dans la paroi antérieure du vagin. La pression de l'urètre sur la symphyse pubienne par le doigtier intra vaginal dirigé vers le haut, note une petite masse ferme et douloureuse.

**Bartholinite** : qui entraîne une tuméfaction douloureuse de la grande lèvre.

**Annexites** : inflammation des annexes (ovaire, trompe) : entraînent une douleur pelvienne unie ou bilatérale variable d'un jour à l'autre, peut s'accompagner de syndrome génito-urinaire (troubles menstruels, dysurie, dyspareunie)

**Pelvipéritonite** (urgence chirurgicale)

**Syndrome de fitz Hugh Curtis** : Base thoracique douloureuse.

La laparoscopie montre des adhérences en corde de violon entre le foie et la partie antérieure de l'abdomen, entre le foie et le diaphragme.

#### **Complications générales :**

Stérilité, Septicémie, conjonctivites du nouveau né, syndrome de FIESINGER Leroy Reyter (oculo-uretero synoviale).

Le diagnostic de la plupart des complications se fait par l'échographie pelvienne.

Le diagnostic étiologique rétrospectif est difficile

### **3 ULCERATIONS GENITALES**

L'ulcération se définit comme une perte de substance au niveau cutané ou muqueux.

#### **3-1 Ulcérations génitales chez l'homme et chez la femme**

Devant une ulcération génitale chez l'homme ou la femme il faut déterminer l'incubation= date des premiers symptômes – date des derniers rapports sexuels. Préciser les caractéristiques de la lésion : siège, profondeur, nombre, forme, taille, bord, surface, fond, adénopathies, ainsi l'analyse de ces données cliniques permettent d'évoquer le chancre syphilitique, le chancre mou, maladie de Nicola Fabre, Donovanose.

##### **3-1-1 La syphilis**

- **incubation** : silencieuse, contagieuse dure en moyenne 21 jours
- **Phase d'état** : caractérisée par le chancre syphilitique. Les caractéristiques du chancre sont : érosion indurée, infiltrée, indolore, à fond propre. Le chancre s'accompagne de micropolyadénopathies inguinales dures, non inflammatoires roulant sous les doigts. Chancre syphilitique + adénopathie = syphilis primaire. Devant une telle symptomatologie, il faut prescrire au malade un test non spécifique : VDRL (Venereal disease laboratory) ou RPR ( $> \frac{1}{4}$ ) et un test non spécifique TPHA (*Treponema pallidum* hemmagglutination antigène. ( $> 1/80$ )).

Bien traitée l'évolution se fait vers la guérison.

Non traitée, l'évolution se fait vers la syphilis secondaire en 45 jours plus tard. Cette phase est caractérisée par la roséole : Eruptions maculeuses généralisées mais fréquentes au tronc et à la racine des membres, ménageant entre elles des cicatrises spontanées en un à deux mois. intervalles de peau saine. Il faut les rechercher au niveau de la plante des pieds et des paumes des mains. Il peut

s'agir de papules rouges cuivreux. L'épiderme qui recouvre les papules peut être prisé et se prolonger e

En dehors de l'épiderme apparemment sain (collerette de BIEH). Ces papules peuvent prendre également d'autres aspects :

**Au niveau du cou :**

Lésions leucomelanodermiques constituées de mailles sombres entourant de zones blanches évoquant le collier de Venus.

Au niveau du visage, du thorax ou du coup ces papules simulent une acné (penser à la syphilis devant une acné traînante).

Des plaques muqueuses : Perlèche aux commissures labiales, la langue est dé papillée en prairie faussée.

La syphilis tertiaire fait suite à la syphilis secondaire après plusieurs dizaines d'années : Les lésions sont variées et peuvent atteindre plusieurs endroits du corps :

**Cutanéomuqueuses** : tubercules et gommés syphilitiques, perforation du voile du palais.

**Osseuses** : insuffisance aortique, anévrisme

**Neurologique** : meningo-encéphalite diffuse pouvant aboutir à la démence, le Tabès.

### **3-1-2 Le chancre mou**

- **Incubation** silencieuse contagieuse courte de 2 à 5 jours

- **Phase d'état** ; c'est une ulcération douloureuse, molle, fond sal, bords décollés en margelles de puits.

Il n'y en a pas d'adénopathie, ni de signes généraux...

Il est dû à un coccobacille Gram négatif court et trapu.

La guérison est obtenue en une à deux semaines sous traitement.

Sinon surviennent des complications :

Le bubon est l'une des principales complications dans 50% des cas. Il s'agit d'une tuméfaction inguino-crurale inflammatoire, douloureuse ( à ne jamais inciser car cicatrisation difficile, le laisser fistuliser seul).

Fenestration du gland qui sort par l'orifice créé par l'ulcération, le prépuce pend de l'autre côté donnant à la verge un aspect bicéphale.

Autres complications du chancre mou : phagedénisation, lymphangite, rupture du frein, nécrose avec réalisation de deux orifices par lesquels le malade pisse.

### **3-1-3 La donovanose ou granulome inguinal**

Endémique dans certains pays (RDC, Congo Brazzaville, Papouasie Nouvelle Guinée, Proche et Moyen Orient, Antilles...)

Il s'agit d'une ulcération génitale humide ovale, indolore, surface rouge, bourgeonnant, bords ondulés. Il n'y a pas d'adénopathie, ni signes généraux. On découvre à l'examen bactériologique des corps de Donovan : *Calymmatobacterium Granulosa*.

#### **Complications :**

La guérison abandonne une cicatrice hypopigmentée à surveiller car peut se canceriser.

Mutilation, éléphantiasis des organes génitaux externes, métastases au niveau des poumons, des os.

Autres IST ulcératives herpès génital : Eruption en bouquet qui s'ulcère et donne une érosion très douloureuse.

### **3-1-4 Lymphogranulome vénérien ou maladie de Nicolas Fabre**

Agents pathogènes : certains serotypes de *Chlamydia trachomatis*. L'aspect clinique polymorphe évolue en 3 phases :

Phase primaire ou cutanéomuqueuse : **ulcération indolore non indurée, transitoire.**

Phase secondaire : adénopathies inguinales douloureuses et inflammatoires pouvant confluer en bubon avec fistulisation multiples (en pomme d'arrosoir. A cette phase sont perceptibles des manifestations générales : fièvre, érythème, localisation organique à distance (foie, méninge).

Phase tertiaire : lésions fibreuses génitales et des troubles de drainage lymphatique, un cancer peut se greffer sur ces lésions fibreuses. La culture du pu du ganglion met en évidence le germe, mais très souvent c'est la sérologie qui permet de poser le diagnostic.

### **3-1-5 Herpes génitales :**

Des ulcérations multiples précédées et ou associées à des vésicules douloureuses, en bouquet. L'impression clinique permet d'évoquer le diagnostic et de débiter un traitement.

Autre regroupement syndromique des IST : les lésions proliférations (condylomes)

## **E/ TRAITEMENT**

Le traitement d'une IST se fait en trois phases :

Conseils aux patient (es) pour l'amener à changer de comportement sans pour au tant le culpabiliser, on lui expliquera également les risques d'infection à VIH de complications en absence de traitement correct. Proposer une sérologie VIH ;

La prescription d'une ordonnance au patient ou à la patiente ;

L'examen du ou des partenaires sexuels du patient ou de la patiente.

### **1-Ecoulement génital chez l'homme**

Suspecter en première intention *Neisseria gonorrhoeae* et *chlamydiae trachomatis* ; proposer chez le patient dès le premier jour de la consultation :

**Ciprofloxacine comprimé 500mg : 1cp en une seule prise unique ; et doxycycline comprimé 100mg : 1cp 2x/jour pendant 7 jours au cours des repas**

Chez l'adolescent on remplacera la ciprofloxacine par le ceftriaxone 250mg en une seule injection.

Revoir le patient en une semaine pour apprécier l'efficacité du traitement. Deux situations se présentent :

-Amélioration voir guérison des symptômes ;

-persistance des symptômes malgré une bonne observance du traitement. Dans cette deuxième situation il peut s'agir d'une ré-infection par les mêmes germes ou d'un autre agent pathogène impliqué dans l'écoulement génital. Un examen bactériologique doit être demandé si possible pour la confirmation et le traitement de *Trichomonas vaginalis* ; doit être prescrit en attendant les résultats du laboratoire :

Metronidazole 250mg : 4cp le matin, 4cp le soir pendant un seul jour ou ;

Metronidazole 250mg : 2cp 2x/j pendant une semaine.

Le traitement sera adapté au résultat de laboratoire attendu ; en absence d'amélioration au metronidazole réferez le patient à un niveau supérieur de prise en charge.

### **2-écoulement génital chez la femme (leucorrhées) :**

la douleur abdominale basse a la même signification à condition d'avoir écarté une affection chirurgicale aiguë

**Metronidazole** 250mg : 2cp le matin ; 2cp le soir au cours des repas pendant 7jours et **Nystatine** ovule 100.000 UI 1x/j pendant 14jours ;

La Nystatine peut être remplacée par clotrimazole ovule ou crème.

### **3-Ulcération génitale chez l'homme et chez la femme :**

En présence d'une ulcération, il faut penser au chancre syphilitique ou un chancre mou et prescrire en première intention :

**Benzatine pénicilline** 2.400000 UI en IM unique ; la seule dose est répartie entre les deux fesses et

Ciprofloxacine comprimé 500mg : 1cp 2x/j pendant 3jours

### **4-Cas particuliers**

Chez l'adolescent de moins de 15 ans ; remplacer **ciprofloxacine** par **cotrimoxazole** 400/80mg : 2cp 2x/j pendant une semaine

Chez la personne allergique à la **pénicilline** remplacer la Benzatine pénicilline par **doxycycline** 100mg 2x/j pendant 14jours aux repas

Chez la femme enceinte ou allaitant on associera à la Benzatine pénicilline ; **Erythromycine** 500mg : 1cp 4x/j pendant 7jours

Dans tous ces cas, si pas amélioration à la fin de traitement malgré une bonne observance du traitement ; procéder à des examens de laboratoire ou referez le malade à un niveau sanitaire supérieur ;

En présence d'ulcérations multiples avec ou sans vésicules, penser à un herpès génital et prescrire en première intention :

1-Violet de jeantiane 1% ou Eosine ou polividone iodée + Acyclovir 400mg : 1cp 3 ou 5x/j pendant 5 jours ; et si femme enceinte ; referez.

### **5-Traitement préventif**

La prévention primaire repose sur le changement de comportement sexuel :

Fidélité mutuelle

Abstinence sexuelle

Usage du préservatif

La prévention secondaire repose sur le dépistage précoce et le traitement des patients et de leurs partenaires.

### **F/ CONCLUSION :**

Les IST constituent le lit du VIH. Devant toute IST il faut proposer une sérologie VIH. Elles engagent le pronostic fonctionnel et psychosocial (stérilité définitive) ou vital (sida, cancer.) Une prise en charge précoce et efficace permet de lutter contre ces complications.

## **G/ RAPPEL SUR L'HEPATITE VIRALE B**

### **I Généralités**

L'hépatite virale B est une infection virale hépatotrope responsable de perturbations biologiques et histologiques de façon aiguë et ou chronique. Il existe 350 millions de porteurs chroniques du virus de l'hépatite B dans le monde.

## **II Epidémiologie**

### **1-Agent pathogène.**

Le virus de l'hépatite B (VHB) appartient à la famille des hepadnavirus. La multiplication se fait par transcription inverse de l'ARN en ADN. C'est pourquoi il est apparenté aux rétrovirus. Chez une personne infectée on peut déceler dans la circulation sanguine trois sortes de particules virales :

- ◆ La particule de Dane qui représente le virus complet est la particule infectieuse. Elle se compose de trois parties essentielles :

une enveloppe de surface composée d'antigène essentiellement (Ag HBS)

- ◆ Une nucléocapside contenant l'antigène capsulaire C (Ag HBC) ; un génome en ADN double circulaire et une enzyme polymérase virale est contenu



dans le nucléocapside. L'ADN génomique contient à son tour quatre gènes : **S** (codant pour l'agent pour l'Ag de surface) ; **C** (codant pour l'Ag capsulaire) ; **P** (codant pour l'Ag polymérase.) Le gène **x** semble être incriminé dans la genèse du carcinome hépatocellulaire.

♦ Les autres particules sont sphériques et filamenteuses. Elles sont plus nombreuses que les particules de Dane mais ne contiennent pas de génome donc non infectieuses. Elles peuvent néanmoins provoquer la sécrétion d'anticorps anti HBS.

Le virus de l'hépatite B est résistant à l'éther et à l'alcool à 90%. Au chauffage et à la réfrigération ; cependant ne résiste pas à la chaleur de poupinel d'autoclave et à l'eau de javel.

-

## **2 -Réservoir de germes.**

Essentiellement chez l'homme dans la plus part des liquides biologiques ; sang ; sécrétions sexuelles

## **3-Modes de transmission**

Le mode de transmission est essentiellement parentéral, sanguine. Le VHB est un des virus les plus infectieux. Le risque de transmission par voie sanguine après une exposition accidentelle au sang est estimé à 3% et 0,3% pour respectivement les virus de l'hépatite C et du VIHb. C'est l'une des raisons pour lesquelles la coinfection entre du VIH et de l'hépatite B est estimée à 21,5% selon une étude effectuée par l'INRSPde Bamako.

Les autres modes de transmission sont sexuelles et maternofoetales. La contamination maternofoetale est apte à passer à la chronicité. Etant donné que le VHB a été retrouvé dans la salive, cette voie de contamination est suspectée dans les familles avec partage d'objets (brosses à dent, cuillère)

### **III Physiopathologie**

C'est la réaction de l'hôte au virus qui est responsable des symptômes de l'hépatite. En effet la réaction immunitaire cellulaire et humorale élimine les hépatocytes infectés par le virus de l'hépatite B et l'intensité de cette réaction détermine la forme clinique et l'évolution :

- **La réaction immune de l'hôte est forte** : il y a élimination des virus circulants et des hépatocytes infectés par le virus de l'hépatite avec nécrose massive hépatocytaire caractéristique de la forme fulminante.
- **La réaction immune de l'hôte est faible et adéquate** : l'infection reste asymptomatique et évolue vers la guérison.
- **La réaction immune de l'hôte est faible et inadéquate** : Il s'établit une relation d'équilibre entre l'hôte et le virus qui se caractérise par une multiplication prolongée du virus et une destruction progressive des hépatocytes. C'est au cours de cette longue phase que peut se produire la cirrhose et la transformation hépatocellulaire.
- **La réaction de l'hôte est nulle** : porteur chronique asymptomatique avec multiplication importante du VHB.

### **IV Diagnostic positif**

**1-forme typique** : hépatite aiguë ictérique de l'adulte

L'incubation varie de 6 semaines à 4mois

La phase d'invasion est caractérisée essentiellement par deux syndromes :

- Un syndrome pseudogripal (fièvre, céphalée, polyarthralgies, asthénie, anorexie)
- Un syndrome digestif : douleurs épigastriques, vomissement, nausées ;
- La phase d'état : cette phase est caractérisée par l'apparition d'un ictère franc qui augmente pour atteindre son maximum dans 4 à 8 jours. C'est un ictère cutanéomuqueux sans prurit en règle, avec urines foncées, les selles sont

normales. Ce syndrome ictérique accompagne le syndrome pseudogripal qui va disparaître par la suite dans une à deux semaines.

## **2-Diagnostic para clinique :**

### **Les arguments de présomption**

L'élévation des transaminases notamment les ALAT  $> 10$  fois la normale parfois même dès le début de l'ictère. Leur taux va décroître après le maximum de l'ictère ;

Augmentation du taux de bilirubine conjuguée.

### **3- Arguments de confirmation**

Le diagnostic de certitude de reproduction virale est la détection de l'ADN viral, cependant cette technique est très onéreuse et n'est pas pratiquée en routine.

C'est alors le système Ag-anticorps de VHB qui est utilisé pour le diagnostic des hépatites.

La positivité unique de l'AgHBS ne signifie pas une infection active ou patente par le virus de l'hépatite B. D'autres marqueurs antigéniques et sérologiques sont nécessaires pour confirmer l'infection

La positivité de l'Ag HBS et les Ac HBc est un argument de forte présomption d'infection par le virus de l'hépatite B. Il est cependant nécessaire de rechercher d'autres marqueurs pour affirmer l'infection.

## **4 Formes cliniques**

### **Δ Hépatite fulminante :**

Ce sont des formes avec insuffisance encéphalopathie hépatique. D'autres complications telles que les hémorragies et l'insuffisance rénale sont possibles

### **- hépatite cholestatique**

Ictère plus foncé et accompagné de prurit. Les phosphatases alcalines sont élevées ; l'évolution est longue

#### **- Formes avec manifestations extra-hépatiques :**

**Epanchement des séreuses** : péricardite, pleurésie, peuvent apparaître même avant l'apparition de l'ictère ;

**Néphrologique** : glomérulonéphrite ;

**Neurologiques** : syndrome de Guillain Barre ou tableau de méningite et de méningo-encéphalite.

Autres localisations : cutanées (macules, urticaires)

Les formes asymptomatiques et anictériques sont fréquentes. 70% des cas d'hépatites ne s'expriment pas. Dans 30% apparaîtront des symptômes. L'hépatite aiguë symptomatique ou non évolue vers la chronicité dans 5% des cas. Certains facteurs comme la précocité de la contamination dans la vie, l'alcool et l'immunodépression.

Lors que pendant cette phase chronique, il existe des signes de répllication virale, l'évolution se fait dans 10 à 20% des cas vers la cirrhose et le carcinome hépatocellulaire. En revanche le portage isolé de l'AgHBS sans anomalie clinicobiologique et histologique est un porteur sain.

L'élévation prolongée des transaminases au-delà de 6 mois après le diagnostic d'hépatite fait suspecter un passage à la chronicité

### **V Diagnostic différentiel.**

Les autres hépatites virales (A, C, E, G) ; Diagnostic clinique séminaire, la sérologie sera différentielle. Notons qu'en dehors des hépatites B et C les autres ne passent pas à la chronicité

Autres causes infectieuses : la leptospirose.

Hépatites médicamenteuses : rechercher les médicaments en cause.

Hépatites alcooliques : notion de prise d'alcool, ASAT/ALAT > 1

## **VI Traitement de l'hépatite B**

### **1-Traitement curatif**

Il n'existe pas de traitement curatif spécifique de l'hépatite aiguë B. Il est symptomatique et on recommandera surtout au malade :

- repos
- arrêt, éviction des médicaments hépatotoxiques
- arrêt de l'alcool

Dans la forme chronique on a recours à l'interféron. L'hépatite B chronique connaît des avancés thérapeutiques avec l'usage de l'interféron et d'autres antiviraux comme la lamuvidine. Le but du traitement est d'arrêter la réplication du virus et freiner ainsi l'évolution de l'hépatite vers la cirrhose et le cancer primitif du foie

Le traitement de choix est **l'interféron alpha recombinant** utilisé à la dose de 4.5 à 10 millions d'unité (MU) trois fois par semaine en sous cutané pendant 6 mois

Autres molécules utilisables :

- la vidarabine mono phosphate, la lamuvidine.
- Au stade de cirrhose la transplantation hépatique est indiquée.

### **2 Traitement préventif**

La prévention primaire repose sur la prévention de la transmission sanguine, sexuelle, et la vaccination. Plusieurs vaccins sont utilisés de nos jours dont le genhevac B, Engerix B, le TWINRIX B.

- **GENEHEVAC B** se fait en injection intramusculaire dès l'âge de 2 mois (mais pas dans le muscle fessier) ou en sous cutané en 2 injections en un mois d'intervalle, puis une injection 5 à 12 mois après la deuxième injection

- **ENGERIX B (AgHBS recombinaut adsorbé)**

La forme de 10ug est destinée à l'enfant de moins de 15 ans et la forme 20 ug est destinée à l'adulte. Se fait également à 2 mois et en intramusculaire, 3 injections à 1 mois d'intervalle puis une injection 12 mois après la première injection.

Le **TWINRIX** s'administre au même rythme que le genhevac, mais il faut différencier la forme adulte de la forme enfant. La prévention secondaire consiste à éviter de nouvelles contaminations.

## **VII Conclusion**

L'hépatite B est une infection fréquente en Afrique. Les conséquences à long terme sont redoutables lorsque son évolution aboutit à la cirrhose du foie et au cancer primitif du foie. Il n'a pas de traitement spécifique dans sa forme aiguë, et le traitement de la forme chronique est très coûteux n'est pas disponible partout en Afrique. La prévention repose sur les mesures de prévention et la vaccination.

**IV EXPERIENCE**

**DE FCI**

## **IV ESPERIENCE DE FCI**

### **1 LE CADRE DU PROJET**

#### **1-1-Description[19]**

FCI : family care international est une organisation non gouvernementale qui œuvre pour l'amélioration de la santé et des droits reproductifs des femmes et des adolescents dans les pays en voie de développement.

L'organisation contribue à la définition de politique d'envergure internationale sur la santé de la reproduction, élabore et diffuse des outils éducatifs à l'intention des jeunes, femmes et décideurs, et fournit une assistance technique dans 15 pays dont plusieurs en Afrique Francophone.

L'organisation dont le siège est basé à New York compte cinq bureaux en Afrique (Burkina Faso ; Mali ; Niger ; Kenya et en Tanzanie) et cinq autres en Amérique Latine. Le bureau national du Mali est dirigé par une coordinatrice et comprend un personnel technique de huit personnes toutes de nationalité malienne et formées au Mali.

Il s'agit d'un personnel contractuel comprenant :

- La coordinatrice,
- Le chargé de projet,
- Le superviseur,
- La secrétaire,
- L'administrateur/comptable,
  - Trois animateurs dont une dame.

La coordinatrice contribue essentiellement à la planification, à la coordination des activités et à la recherche de financement.

Le chargé de projet ; aux formations et élaboration/adaptation du matériel de formation avec l'appui de consultants ; Les trois animateurs se chargent de



suivre et appuyer les éducateurs leaders dans leurs activités sous l'encadrement du superviseur.

Tout ce personnel est appuyé par la directrice du programme Afrique francophone et la charger de programme senior basé à FCI New York.

### **1-2 Les projets de FCI au Mali**

Parmi les projets récents de FCI /Mali ; on compte :

- Le projet de plaidoyer pour la prévention ; des IST/VIH/SIDA parmi les jeunes du secteur informel
- l initiative pour les jeunes filles rurales
- Le projet de prévention des IST/VIH SIDA auprès des groupes scientifiques.
- Le projet compétence pour la vie : prévention et prise en charge des IST/VIH /SIDA parmi les du secteur informel.

### **1-3 Les domaines d intervention.**

- La santé sexuelle et reproductive des femmes des jeunes filles et garçons.
- La prévention des IST /VIH /SIDA à travers la sensibilisation
- Contribution à la prise en charge des IST/VIH SIDA a travers les orientations vers les structures sanitaires
- La promotion du dépistage volontaire.

### **1-4 Les stratégies de FCI**

- le renforcement de la capacité des jeunes a travers les AGR
- l éducation par pair
- travailler avec les jeunes comme acteurs et bénéficiaires à la fois
- l implication des autorités et acteurs sociaux
- le transfert des compétences à travers la formation des formateurs.

### **1-5 Les groupes cibles de FCI**

- les jeunes scolaires du secteur informel
- les jeunes filles rurales
- les groupes dans les zones à risque
- les jeunes scolaires,
- le secteur informel

### **1-6 Les partenaires de FCI**

- le SE/HCNLS
- La CSCLS ( Ministère de la santé)
- la DSR/DNS
- le ministère de la jeunesse (projet jeune )
- la fondation Bristol Mayer Squibb
- le groupe pivot santé population
- 1 UNICEF
- 1 UNFPA/New York
- 1 AEJT
- Les ONG Nationales partenaires.

### **1-7 Les Zones d intervention de FCI.**

District de Bamako :

- commune 1
- Commune 2
- Commune 3

Commune rurale de Tiéména cercle de Bla (Région de Ségou)

## **2.PRESENTATION DU PROJET DE LUTTE CONTRE LES IST/VIH/SIDA[19]**

## **2-1 Genèse du projet :**

Considéré comme un pays à faible taux de prévalence au VIH/SIDA ; le Mali compte cependant des sous-groupes de population qui ont atteint le seuil de l'épidémie notamment les professionnels du sexe et certaines catégories de personnes évoluant dans le secteur informel dont une majorité sont des jeunes. Des études révèlent qu'un nombre important de ces jeunes mène une activité sexuelle précoce fréquente et sans protection souvent avec plusieurs partenaires. Si la vulnérabilité des jeunes du secteur informel est bien établie, les stratégies et riposte pour la réduire sont quant à elles moins avérées.

- **Vulnérabilité des jeunes du secteur informel en chiffre[19] :**

- parmi toutes les populations enquêtées, les aides ménagères et les vendeuses ambulantes rapportent le plus jeune âge (**15,1 ans à 15,3 ans**) au premier rapport sexuel.

- de toutes les vendeuses ambulantes, **4,6%** étaient séropositifs au Test de VIH ; et **12,8%** seulement ont rapporté avoir utilisé une capote lors du dernier rapport sexuel avec un copain.

- seulement **0,4%** des aides familiales ont rapporté avoir eu un test de dépistage de VIH avant l'interview ; et **59,7%** comprenaient que le VIH pouvait se transmettre par la pratique du lévirat ou sororat et 31,1% ont dit qu'elles ne sont pas sûres ;

- la prévalence du VIH était de **3,9%** parmi tous les routiers et de **2,9%** pour les coxeurs (EDSM 2003)

L'expérience a montré que pour être réellement efficace la prévention des IST/VIH/SIDA en milieu informel doit se faire avec les jeunes concernés à la fois comme acteurs et bénéficiaires.

Si la vulnérabilité des jeunes du secteur informel face aux IST/VIH/SIDA est bien établi ; les stratégies et ripostes pour la réduire sont quant à elle moins avérées jusqu'ici ; Les réponses apportées aux problèmes de santé sexuelle et reproductive des jeunes du secteur informel ont pêché par leur insuffisance de couverture et ont souvent plus cherché à accroître les connaissances des jeunes que les compétences de développement personnel nécessaire à les appliquer et ne prenant pas en compte les spécificités et défis inhérent du secteur informel.

Ce constat d'insuffisance programmatique est l'une des raisons qui ont motivé FCI/Mali à lancer ce projet intitulé : Etude de la prévention et de la prise en charge des IST/VIH/SIDA des jeunes du secteur informel.

## **2-2 But du projet**

Ce projet vise à contribuer à la baisse de l'incidence et impacte d'infection à VIH chez les jeunes travailleurs du secteur informel en général et femmes et filles en particulier de décembre 2005 en novembre 2007 dans les communes I ; II ; et III du District de Bamako.

## **2-3 Les objectifs du projet**

**A-** Renforcer les capacités d'au moins 100 jeunes de l'AEJT afin de leur permettre d'une part de mener efficacement des activités d'IEC/CCC, de counseling, promotion et vente de préservatifs et orientation ; et d'autre part de pérenniser le projet.

**b-** Apporter à environ 15000 apprentis métiers et aides ménagères

Dans les communes I II et III du district de Bamako, les compétences de développement personnel et les préservatifs dont ils ont besoin pour se protéger des IST/VIH/SIDA.

c-Renforcer l'accès des apprentis métiers et aides ménagères dans les communes I, II et III de Bamako aux services appropriés de dépistage, de counseling et de prise en charge des IST/VIH/SIDA.

### **3 REALISATION DU PROJET[19]**

#### **3-1 Les activités principales du projet**

Elles se résument en six grandes activités à savoir :

##### **3-1-1 Les activités préliminaires de mise en œuvre du projet :**

Parmi les activités préliminaires on trouve :

La mise en place d'une équipe pluridisciplinaire de quatre membres ; l'élaboration et la signature d'un protocole d'accord avec le partenaire AEJT, stipulant les mécanismes et paramètres de collaboration pour la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation du projet.

La tenue d'un atelier de partage du contenu du document avec les responsables clés de l'AEJT a permis d'accroître le niveau de participation de ceux-ci au processus de planification ; de mise en œuvre et suivi évaluation des activités du projet ;

En vue de favoriser l'adhésion des différents partenaires au projet ; des visites de prise de contact et d'échanges ont été organisées auprès des mairies des trois communes cibles, les chambres des métiers ; Les structures techniques de l'état ; les ONG, et association intervenant dans le cadre des IST/VIH/SIDA.

A travers les chambres de métiers des trois communes cibles ; l'équipe a identifié au total 37 ateliers (menuiserie bois et métalliques, mécanique auto et

teinture) comme un premier groupe de lieu d'animation au près des apprentis métier et aussi 7 lieux de regroupement des aides ménagères ont été aussi identifiés à laide de la collaboration avec les grands logeurs.

Un atelier de réflexion et de partage qui a regroupé quelques intervenants clés a été organisé pour améliorer le contenu et la forme du plan de cours de formation destinée aux JSI en matière de prévention des IST/VIH/SIDA.

Le projet a identifié 9 structures de prise en charge des IST/VIH/SIDA. A savoir les deux CHU (Centre Hospitalier Universitaire) du point G et Gabriel Touré ; les centres de dépistage et prise en charge des IST/VIH/SIDA (CESAC ; centre l'EVEIL ; clinique du projet jeune ; clinique de l'AMPPF ; les trois CSRef) ; aussi 19 CSCOM (centre de santé communautaire) ont été identifiés dans les trois communes en vue de mettre en place le processus d'orientation des JSI pour les services de santé à travers une carte d'orientation consensuelle.

Une séance de discussion de groupe dirigé (DGD), auprès des JSI par commune a été animé en vue d'apprécier le niveau de compréhension sur la SSR et les IST/VIH/SIDA ; à travers des outils de recherche participative. En tous 38 jeunes dont 20 filles et 18 garçons ont été interrogés lors de cette DGD.

En vue d'informer les partenaires sur le contenu du projet ; une journée de lancement et d'information a été organisée à l'hôtel SALAM de Bamako le 30 juin 2006 sous la présidence du coordinateur de la cellule CSLS du ministère de la santé.

Elle a permis aux participants d'apprécier la spécificité du projet, qui sans nul doute est une réponse à la réduction de la vulnérabilité des IST/VIH/SIDA ; en plus ces partenaires ont affirmé leur disponibilité pour apporter leur appui au projet.

### **3-1-2 Elaboration de supports**

Tout d'abord il y a eu l'élaboration d'un plan de cours pour la formation des EL qui a été partagé avec les intervenants clés de la lutte contre les IST/VIH/SIDA au Mali.

Des supports/outils d'IEC/CCC répondants aux besoins des JSI dans le cadre de la lutte contre les IST/VIH/SIDA ont été élaboré à savoir :

- La cassette vidéo « **scène d'adolescence à vous de jouer** » ce support de FCI sur la SSR des adolescents a été doublé en bamanakan et multiplié par la maison de communication SEYDONI/Mali qui a fait l'objet de pré-test et de test auprès des JSI et mis à la disposition des EL pour les activités de terrain.

- La production d'un feuilleton radiophonique intitulé « savoir pour se protéger » portant sur la prévention des IST/VIH/SIDA parmi les JSI repartis en quatre séries inter-actives (IST, VIH/SIDA, CDP et plan de vie saine) d'une durée de 30 minutes environ.

- Une boîte d'images prenant en compte l'environnement, les facteurs de risque et les besoins des JSI pour se protéger contre les IST/VIH/SIDA a été conçu par le CNI ECS en tant que spécialiste dans l'élaboration des outils d'IEC santé et a été partagé avec l'équipe FCI et les cibles.

Une centaine de copies a été produite et mise à la disposition des EL pour les activités de terrain.

- En vue de capitaliser les résultats, les réussites, les leçons apprises, les meilleures pratiques et les acquis du projet ; un recueil et un manuel audiovisuel ont été conçus et publiés lors de l'atelier de restitution le 14 février 2008.

### **3-1-3 Activités d'IEC/CCC, counseling, promotion/vente de préservatifs**

Une centaine de jeunes du secteur informel ont été identifiés et sélectionnés dans les 3 communes selon des critères bien définis pour être des E L. Deux ateliers de 7 jours chacun ont été organisés à leur intention en vue de renforcer leur compétence et capacité en CDP et IST/VIH/SIDA afin qu'ils soient à

mesure d'apporter des services de prévention à leurs pairs au sein des ateliers/garages et lieux de regroupements des aides ménagères.

Pour apporter des services d'information sur les IST/VIH/SIDA auprès des bénéficiaires ; des séances régulières d'IEC/CCC ; de proximité ; de counseling ; vente de préservatifs et d'orientation ont été effectués par les E L au niveau des ateliers et lieux de regroupement des apprentis métier et aides ménagères sur la base des programmes d'animation préétablis avec l'accord des responsables des JSI

Ces séances d'informations appuyées par des projections vidéo ont mis l'accent sur le concept du genre et les influences que les discriminations peuvent avoir sur la sexualité des jeunes, notamment en matière d'IST/VIH/SIDA, par exemple les différentes atteintes concernant le comportement sexuel des garçons et des filles, les inégalités dans les degrés de choix et responsabilité en matière de sexualité, les violences sexuelles.

Pour lier les services de prévention à la prise en charge, les EL ont orienté leurs camarades vers les structures pour le dépistage des IST/VIH SIDA et le traitement.

Les autres activités de communication ont porté sur des émissions radiodiffusées animées par les E L et l'équipe technique de FCI, les émissions télévisées ( ORTM ), les soirées de << BALANI-SHOW >>, les conférences débats en collaboration avec les chambres des métiers des trois communes, l'animation de stand au niveau de la FEBAK 2007 et la diffusion des quatre séries du feuilleton radiophonique sur la prévention des IST/VIH/SIDA intitulé <<savoir pour se protéger >> au sein de deux media privilégiés par les jeunes du secteur informel à savoir les radios (DJEKAFO et BENKAN )

-



### **3-1-4 Le suivi et la supervision des activités**

Le suivi et la supervision des activités se focalisent sur 7 axes à savoir :

■ Le suivi régulier/visite de supervision et assistance technique aux E L : ces visites ont été effectuées par les équipes terrain comprenant un animateur de FCI et un point focal suivi de l'AEJT par commune. Elles ont consisté à assister et appuyer les E L dans les préparations, la mise en œuvre et l'évaluation des causeries éducatives à travers des séances de Feed back constructifs qui ont permis aux uns et aux autres de tirer de bonnes leçons pratiques concernant les activités d'IEC/CCC pour la prévention des IST/VIH/SIDA auprès des JSP.

■ Des visites terrain de la direction de FCI (coordination nationale et ou du chargé de projet ) ont porté sur le suivi des séances de causeries éducatives animées par les E L sur les différents thèmes du projet et ont permis de renforcer les E L sur les aspects organisationnels des séances d'IEC et les contenus des thèmes développés.

■ Les réunions mensuelles des E L ont été animé avec l'appui technique des équipes terrain et ont été des lieux de discussion, de résolution des problèmes et de portage des expériences dans le cadre de la mise en œuvre des activités de communication inter-personnelle auprès de leur camarade afin de les amener à changer de comportement face aux IST/VIH/SIDA. Des programmes périodiques d'animation dans les ateliers et lieux de regroupement sont élaborés de façon participative par les E L avec les encadreurs pour une couverture rationnelle et équitable des JSI dans les communes concernées par projet.

■ Pour des raisons d'organisation et de planification efficace et efficiente des actions à mener dans le cadre du projet des rencontres hebdomadaires sont tenues tous les Lundis à 09h00 au siège de FCI avec la participation du président de l'AEJT. Ces rencontres ont permis de faire l'état des lieux des activités terrain, d'en discuter des difficultés au fur et à mesure qu'elles apparaissent et de rechercher des solutions idoines aux différents problèmes posés.

■ En vue de contribuer à l'atteinte des objectifs du projet ; un comité de pilotage fonctionnel a été mis en place ; composé des acteurs clés de la lutte contre les IST/VIH/SIDA dans le district de Bamako (les services décentralisés de la santé, du développement social, des ONG et associations, et les structures de dépistage et de prise en charge des IST/VIH /SIDA.)

Des réunions trimestrielles sur les activités du projet ont été tenues avec la participation effective des membres de ce comité.

■ Les visites d'appui de la direction francophone de FCI venant de New York ont permis d'échanger sur la planification, l'état d'avancement des activités sur le terrain et la consolidation des acquis du projet dans les communes cibles.

■ Les deux visites de suivi et de supervision du partenaire financier (la fondation Bristol Meyer Squibb) ont permis de renforcer l'équipe dans la mise en œuvre des activités du projet et de mieux centrer les actions pour une atteinte des objectifs de pérennisation avec le partenaire exécutif l'AEJT.

### **3-1-5 Les activités de pérennisation et de planification du projet.**

▲ Dans le souci de bien cerner l'un de nos objectifs qui est la pérennisation des activités du projet au niveau de l'AEJT à travers leur renforcement institutionnel FCI a commandité du 13 au 16 mars 2006 un diagnostic institutionnel effectué par un consultant au sein de l'association.

Ce diagnostic a permis d'apprécier éventuellement les besoins en appui et conseils pour le renforcement des capacités de l'association et de ses membres d'une part ; et d'établir le cadre de gestion administrative et financière d'autre part sur la base des insuffisances décelées en matière de gestion financière en particulier ; FCI à travers son assistance administrative a animé une session d'initiation en comptabilité du 3 au 5 avril 2006 avec la participation du président et la trésorière de l'AEJT.

Cette session a permis de renforcer les participants en comptabilité conformément au manuel de procédure administrative et financière de FCI/Mali.

-Pour lier la théorie à la pratique l'assistance administrative/comptable de FCI a effectué 4 visites d'appui conseil auprès des responsables de l'AEJT formés au sein de leur siège au carrefour des jeunes. Ces visites ont porté sur la tenue correcte continue des outils de gestion (documents) et la pratique de gestion financière.

Les recommandations formulées à travers les visites d'appui ont permis à l'AEJT, d'avoir une prise de conscience sur le positionnement de la bonne image de l'association et d'améliorer la tenue quotidienne des outils de gestion et d'administration.

-Afin d'assurer la pérennité des activités du projet ; il faut un renforcement institutionnel de l'AEJT. C'est dans ce cadre que des formations pratiques ont été organisées en savonnerie et en teinture ainsi que l'installation des récipiendaires pour des activités de production économique au profit de l'association.

FCI s'est attelé à travers son assistante administrative et comptable à appuyer l'association dans la gestion à travers des visites de suivi et de contrôle.

En plus des matériels de sonorisation ont été remis à l'AEJT.

Elle tire profit de ceux-ci à travers la location qui constitue une source de revenu pour l'association. Les ressources générées par les activités permettent à l'AEJT d'assurer certains frais de fonctionnement et le transport de certains EL qui sont loin des lieux d'animation.

-Pour un renforcement continu des capacités des EL à répondre aux besoins d'appui constaté sur le terrain ; deux ateliers de recyclage ont été animés en CDP et prévention des TST/VIH/SIDA. Ils ont permis de renforcer leurs connaissances et compétences sur ces concepts et d'améliorer leurs pratiques en technique d'IEC/CCC.

-Dans le cadre de la continuité du processus de renforcement des capacités de l'AEJT ; un pool de formation composé de 12 EL dont 6 filles et 6 garçons, a participé à la formation des formateurs sur les techniques de formation interactive axées sur les compétences. Elle a permis de doter l'association de ressources humaines compétentes en matière de formation sur les IST/VIH/SIDA. Ces formateurs ont leur tour programmé et exécuté des formations à l'intention d'une trentaine de jeunes de l'AEJT au compte d'un autre projet en partenariat avec l'UNICEF sur le trafic des enfants et le VIH/SIDA.

-Pour amener les autorités communales, les responsables des jeunes et les religieux à inscrire dans leur programme l'accès des jeunes du secteur informel aux informations et services de SSR y compris la prévention des IST/VIH/SIDA.

L'AEJT avec l'appui technique de FCI a élaboré un plan de processus de plaidoyer prenant en compte les différentes cibles ainsi que la carte politique. Cette carte a porté sur les connaissances, les croyances et attitudes des cibles face à la promotion de la SSR des JSI en plus des messages adaptés et concis ont été élaborés à leur endroit à savoir des cibles primaires, secondaires et les éventuels opposants.

-Une conférence de presse et des journées de plaidoyer sur l'accès des JSI aux informations et services en SSR ont été organisées à l'intention de certains médias de la place, les mairies et quelques conseillers des trois communes ; les religieux et les responsables encadreurs des JSI. Ces journées ont permis d'éclairer sur la problématique de SSR et JSI en général, et des IST/VIH/SIDA en particulier.

Les cibles se sont engagées pour soutenir la promotion de la SSR des JSI à travers des activités concrètes.

### **3-1-5 Les activités post-interventionnelles.**

En vue d'apprécier le profil que les JSI ont pu tirer des activités de FCI, une enquête sur les connaissances, attitudes et pratiques en matière d'IST/VIH/SIDA a été effectuée en fin de programme

## **4 LES ACQUIS DE FCI**

### **4-1 L'élaboration des supports :**

-Un plan de cours de 20 heures sur les CDP/CCC et IST/VIH/SIDA a été adapté avec l'appui technique d'un consultant et a été soumis aux observations des partenaires clés dans la lutte contre les IST/VIH/SIDA au cours de l'atelier de réflexion et de partage du contenu de ce plan.

-La cassette « scène d'adolescence à vous de jouer » portant sur la SSR des adolescents et jeunes ; précédemment en français a été doublé la disposition des EL pour les activités de terrain en bamanakan qui constitue un des outils d'IEC/CCC utilisé sur le terrain dans le cadre du projet.

-Une boîte à image sur la SSR des JSI intitulée « Kadia et Rokia en ville » a été produite, multipliée et mise à la disposition des EL.

-Trois affiches de sensibilisation sur la SSR des JSI ; ont été produites multipliées et distribuées auprès des partenaires du projet, la première porte sur la fréquentation des centres de santé par les JSI ; la seconde sur l'utilisation des produits contraceptifs pour se prémunir des grossesses non désirées et de ses conséquences ; et la troisième sur l'importance du dépistage volontaire VIH.

-Un feuilleton radiophonique intitulé « savoir pour se protéger » ; composé de cadre séries (IST ; VIH, CDP, et plan de vie saine) reflétant les vécus et réalités des JSI face aux problèmes de SSR ;

-Suite à l'organisation d'un atelier de capitalisation, organisé par FCI et ses partenaires du 25 au 26 septembre 2007, un recueil sur les leçons apprises et meilleures pratiques en matière de prévention et de prise en charge des

IST/VIH/SIDA auprès des JSI a été produit, multiplié en 500 exemplaires et mis à la disposition des partenaires.

Ce recueil vise à encourager les intervenants à utiliser les leçons et meilleures pratiques qui fonctionnent bien afin de construire des réponses adaptées dans le cadre de la prévention et la prise en charge des IST/VIH/SIDA auprès des JSI.

-Un magazine audio visuel de 15min sur le projet a été produit par une équipe du CESPAC pour mieux capitaliser les acquis et expériences développées dans le cadre de sa mise en œuvre.

#### **4-2 Orientation et promotion/ vente de condom :**

-Sur 100 jeunes E L formés en prévention des IST/VIH/SIDA et l'approche CDP, 88 sont fonctionnels sur le terrain dont 47 filles et 41 garçons (Commune I =26 ; Commune II = 30 ; Commune III = 32 ), c'est à dire, qu'ils offrent des services de proximité à leurs pairs en matière d'information sur les IST/VIH/SIDA, de promotion et vente des préservatifs et d'orientation des JSI vers les structures de santé pour le dépistage et la prise en charge. Nous avons enregistré 12 cas d'abandon répartis comme suit : 5 garçons ont voyagé hors de Bamako, 4 filles ont eu un mari et sont dans leur foyer et 3 autres garçons ont abandonné car ne trouvant leur compte.

-235 ateliers/ garages et 61 lieux de regroupement ont bénéficié des activités d'IEC/CCC en matière de prévention des IST/VIH/SIDA ; DE promotion/vente de préservatifs et d'orientation vers les structures de santé pour la prise en charge avec l'implication des responsables d'encadreurs des JSI.

-Les JSI ont été touchés au sein des ateliers/garages et lieux de regroupement à travers 1175 causeries, 198 VAD, 569 counseling, 207 projections vidéo animées par les E L.

-Au total, durant les deux années du projet 20495 JSI ont été touchés dont 8155 filles et 12340 garçons par les E L à travers les activités de CIP dans les ateliers/garages et lieux de regroupement des aides ménagères.

-3 conférences débats sur le SIDA intégrées avec les témoignages des PVVIH et le service rapproché de dépistage volontaire VIH auprès des apprentis métiers ont été organisés au sein des chambres des métiers dans le cadre de l'organisation de la semaine de l'apprentissage Edition 2006. Ces activités ont connu la participation effective des 2 associations des PVVIH (AFAS et AMAS ) et l'équipe mobile de dépistage volontaire VIH du CESAC.

-Pour répondre aux besoins de protection des JSI contre les IST/VIH/SIDA au cours des rapports sexuels, 13352 unités de préservatifs ont été vendus à 1941 clients par les E L au sein des ateliers/garages et lieux de regroupement des jeunes.

-En plus, 3000 unités de condoms ont été distribuées au cours des séances de démonstration du port de préservatif, des IEC de masse et des jeux concours organisés auprès des JSI.

-Une carte d'orientation consensuelle a été adoptée par FCI, l'AEJT, les structures de santé, les CCDV et de prise en charge.

Il s'agit d'une carte en carton portant quelques informations et qui est remise aux jeunes nécessitent une orientation par l'éducateur leader pour lui faciliter l'accès aux niveaux des structures de santé et aux soins. Cette carte est connue des agents de santé, elle témoigne que le jeune en sa possession a été orienté par un éducateur leader.

-Les E L à travers les séances de sensibilisation dans les ateliers/garages et lieux de regroupement, ont orienté 245 jeunes du secteur informel pour des services de dépistage volontaire VIH et prise en charge des IST dans les 3 CSRef des communes cibles, le centre jeune de l'AMPPF, le centre << EVEIL >>, le CESAC de la commune I et le centre du projet jeune au carrefour des jeunes.

-Avec la participation des populations bénéficiaires ( jeunes apprentis métiers et aides ménagères ), 6 activités de masse ( Balanin Show ) ont été organisées dans les 3 communes pour mieux les sensibiliser sur la prévention des IST/VIH/SIDA à travers des messages, des sketches et des jeux concours. Ces activités ont été intégrées aux services rapprochés de dépistage volontaire VIH en partenariat avec l'équipe mobile du CESAC.

-Au cours de ces activités d'IEC de masse, 155 JSI ont fait leur test de dépistage volontaire VIH en vue de savoir leur sérologie, cela dénote l'effet des messages de prévention sur les jeunes.

-Au sein des Médias : Il y a eu l'animation de 9 émissions radio par les EL et l'équipe projet a la radio nationale (ORTM ) et la radio JEKAFO ainsi que 4 émissions TV (les reportages dans le journal télévisé, l'actu hebdo et le magazine <<Parlons en<<) en plus la diffusion radiophonique des 4 séries (86 fois ) du feuilleton <<savoir se protéger à Jekafo et benkan,

Au niveau de la FEBAK 2007 8° Edition organisée à Bamako du 30 novembre au 15 décembre 2007 par la CCIM : FCI, AEJT et la fondation BMS en partenariat avec le HCNLS, l'équipe des EL ont animé un stand sur la prévention des IST/VIH SIDA, qui a connu la sur place, la visite de 528 personnes dont 171 femmes et 357 hommes, 307 personnes ont été orientées vers le centre de dépistage sur place, parmi elles 117 ont fait leur dépistage VIH.Au cours de la FEBAK, 1680 unités de condom et 2000 dépliants sur le VIH, ont été distribués.

#### **4-3 Suivi /supervision conjointe :**

-L'équipe a reçu 3 visites de suivi supervision du partenaire technique et financier de la fondation BMS qui ont permis d'apprécier l'état d'avancement des activités du projet tant au niveau de la planification qu'à la mise en œuvre du projet.



- Au total 658 visites de suivi des EL ont été effectuées par l'équipe terrain (FCI/AEJT) qui ont permis de renforcer leurs connaissances sur les thèmes développés, leur capacité en technique d'animation auprès de leurs pairs et surtout leur intégration au sein des ateliers /garages et lieux de regroupement.

-La Direction de FCI à travers la coordination et le chargé de projet, a effectué 48 visites de suivi sur le terrain, qui ont beaucoup contribué à l'atteinte des objectifs du projet.

-Chaque semaine une réunion hebdomadaire de compte rendu et de programmation est tenue avec la participation de l'équipe FCI et le président de l'AEJT.Ces réunions ont été les lieux de discuter de la planification des activités, des réalisations du projet, des difficultés rencontrées et les solutions à préconiser.

-En vue de partager l'état d'avancement des activités du projet avec certains partenaires clés, l'équipe a animé 6 réunions du comité de pilotage avec une participation effective des jeunes eux-mêmes et leurs responsables. Au cours de ces réunions les participants ont apprécié les plans d'action trimestrielle, les activités et résultats ainsi que les programmations des futurs trimestres.

#### **4-4 Activités de planification/pérennisation, renforcement des capacités et autres :**

-Pour mieux cibler les actions de renforcement des capacités de l'AEJT un diagnostic institutionnel de leur bureau a été mené par FCI à travers un consultant, ces résultats ont montré un besoin réel d'appui institutionnel surtout en matière de gestion.

-Pour répondre au besoin d'appui institutionnel à l'AEJT à travers le renforcement de capacités, les connaissances et compétences des deux

responsables de l'AEJT ont été renforcés en matière de tenue des outils de gestion comptable durant 3 jours, il s'agit du président et de la trésorière.

-50 JSI membres de l'AEJT ont été formés en AGR en 2 sessions dans les métiers de teinture, pose de bougies et de savonnerie, ces jeunes qui ont été formés ont été installés dans le circuit de production à travers la mise en place d'atelier.

-En plus l'AEJT a bénéficié d'un lot de matériels de sonorisation destiné à la location pour permettre de générer des ressources pour l'association, toute chose qui a permis de soutenir les activités de sensibilisation après la fin du projet.

-L'AEJT a bénéficié de 23 kits vidéo pour les séances d'IEC animées par les EL à travers les projections vidéo.

-En vue d'assurer le transfert de connaissances et compétences aux EL, le pool de formateur du projet, composé de l'équipe FCI, AEJT, et les 3 points focaux des CSRef a participé durant 3 jours à une session de formation sur les techniques interactives de formation en matière de SSR des adolescents et des jeunes.

-Les connaissances et capacités des 12 EL les plus performants dont 6 filles et 6 garçons membres de l'équipe de formateurs de l'association ont été renforcées au cours d'une session de 7 jours. Cette formation se situait dans le cadre du processus de renforcement de capacités des membres de l'AEJT et de pérenniser les actions du projet au sein de l'association à travers la mise en place d'une ressource de formateurs compétents en matière de SSR y compris la prévention des IST/VIH/SID.

-En 2 sessions les 100 jeunes EL ont été formés en CDP et la prévention des IST/VIH dont 50 au cours de la première année et 50 formés lors de la deuxième année du projet. Ces sessions ont permis de renforcer les compétences des participants à offrir à leurs camarades des services d'information, de promotion/vente de condoms et d'orientation.

-Les capacités des 88 EL actifs ont été renforcées à travers 2 sessions de recyclage sur les techniques d'IEC/CCC et les CDP.

-Des journées de plaidoyer ont été organisées à l'intention des responsables des JSI, des associations islamiques, de l'ASFAM et des maires des communes I, II ; et III de Bamako pour les amener à prendre en compte l'accès des JSI aux informations et services de SSR y compris la prévention des IST/VIH/SIDA et des grossesses non désirées.

-Afin de mobiliser l'opinion publique et les autorités communales ; une conférence de presse sur la SSR a été organisée avec la participation de l'ORTM et 10 organes de presses écrites et parlées.

-Un atelier de capitalisation des leçons apprises et une meilleure pratique en matière de prévention et de prise en charge des IST/VIH/SIDA auprès des JSI a été organisé du 26 au 27 septembre 2007 à Bamako avec la participation des partenaires à savoir : la DSR/DNS, la DRS de Bamako la DRDSES de Bamako, les CSRef des trois communes cibles du projet, les ONG/associations des jeunes.

Cet atelier a permis de documenter ces leçons et meilleures pratiques d'où FCI et ses partenaires ont conçu un recueil dénommé << Meilleures pratiques en matière de prévention et de prise en charge des IST/VIH/SIDA auprès des JSI au Mali >>.

-Les responsables de FCI et AEJT ont participé aux ateliers d'échanges organisés par la fondation BMS à Dakar en 2006 et à Bamako en 2007 (le président de l'AEJT a participé à celui de Bamako)

-Le projet a été présenté à travers des posters ( formats géant et petit) à Paris (France) lors de la conférence francophone sur le VIH par la Coordinatrice Nationale de FCI/Mali.

-Un atelier de restriction des résultats du projet a été organisé le 14 février 2008 à Bamako sous la présidence du coordinateur de la cellule du CSLS/MS. Il

a permis d'établir un cadre d'échange entre l'équipe du projet ; les responsables de l'AEJT et les partenaires sur les résultats obtenus du projet, les leçons apprises et meilleures pratiques et les prochaines étapes.

■ Résultats des enquêtes CAP réalisés au cours des DGD en fin du projet. Ces enquêtes ont permis d'évaluer le niveau de connaissance des jeunes du secteur informel des trois communes bénéficiaires en matière d'IST/VIH/SIDA après les activités de sensibilisation et d'information de FCI. 32 jeunes ont participé à cette étude sur 38 jeunes ayant participé aux DGD lors des activités préliminaires du projet.

**V POPULATION  
ET  
METHODOLOGIE**

# **V POPULATION ET METHODOLOGIE DE TRAVAIL**

## **1. Cadre et lieu d'étude.**

Notre étude a eu lieu dans la capitale administrative, politique et économique du Mali: Bamako. Elle est bâtie sur une superficie de 12 km<sup>2</sup> pour une population de 1. 016 296 habitants (sources DNSI recensement de 1998).

La ville de Bamako a été choisie pour sa forte concentration de jeunes du secteur informel en général ; et d'apprentis métiers et aide-ménagères ou vendeuses ambulantes en particulier. En 2001 le district de Bamako comptait 233957 unités de productions informelles employant 319986 personnes (sources UEMOA). En 2007 la prévalence du VIH/SIDA dans la population générale de Bamako était estimée à 1,9% [59]

Les trois premières communes sur les six que compte le district de Bamako ont été notre zone d'intervention. La commune III d'une population de 99753 habitants avec une couverture sanitaire composée d'un CSRef ; et de 9 CSCOM. ; la commune II d'une population de 126353 habitants abritant aussi un CSRef et 8 CSCOM constituent un terrain sanitaire pour l'association (AEJT).

La commune I d'une population de 195091 habitants abritant également un CSRef et 11 CSCOM a été choisie pour sa forte concentration en structures d'apprentissages informels.

## **2. Type d'étude.**

Il s'agit d'une étude transversale avec plusieurs passages dans les lieux de travail de la population d'étude, portant sur l'étude des connaissances, des attitudes et du comportement des jeunes du secteur informel en matière d'IST/VIH/SIDA.

### **3. Période d'étude :**

L'étude s'est déroulée sur une période de deux ans (1<sup>er</sup> décembre 2005 au 30 novembre 2007).

### **4. Population d'étude.**

L'étude a concerné tous les sujets jeunes appartenant au secteur informel résident sur nos différents sites d'étude

Le choix de ces cibles spécifiques a été opéré par l'AEJT sur la base des critères ci dessous.

### **5. Critères d'éligibilité**

Notre étude a concerné :

- Les sujets jeunes d'âge situé entre 10-35 ans (car cette tranche d'âge est sexuellement active).
- Les sujets exerçant la profession d'apprenti métier, aide ménagère, vendeuse ambulante de 10 à 35 ans résidant dans les communes I ; II et III de Bamako

### **6. Critères de non éligibilité**

- Tous les jeunes de 10 à 35 ans n'appartenant pas au secteur informel
- Tous les jeunes du secteur informel ne résidant pas dans les communes I , II et III de Bamako
- Les jeunes de 10-35 ans du secteur informel refusant de s'exposer à notre questionnaire

### **7. Mode opératoire.**

La stratégie globale de notre étude était basée sur :

**-le développement de l'approche d'étude par pair** (Educateurs Leaders=EL):  
Il s'agit de jeunes filles ou garçons capable de transmettre leurs connaissances ou des informations à leurs pairs.

Cette approche consiste à choisir à partir des critères basés sur le genre, la capacité de communication et de leadership des filles et garçons parmi les jeunes du secteur informel ; puis ils suivent une formation de 7 jours sur les techniques d'IEC/CCC; CDP et la prévention des IST/VIH/SIDA et apportent

ensuite des services d'information ; de promotion ; vente de préservatifs et d'orientation vers les services de dépistage et de prise en charge à leurs camarades dans les ateliers et lieux de regroupement.

**-L'Estime de soi** : la confiance en soi qui permet de s'aimer soi même, de faire des choix en conséquence et de résister à la pression des pairs, lorsqu'elle est négative.

**-Le leadership**: il permet de développer son charisme, construire un « savoir être » qui donne envie d'être suivi par les autres.

**-Les aptitudes de communication interpersonnelle et publique** : pouvoir exprimer avec clarté et défendre ses opinions et ses préférences aux autres tout en sachant les écouter et les respecter.

**-L'aptitude à négocier** : par exemple l'utilisation du préservatif avec son partenaire ou le retardement de l'activité sexuelle.

**-La capacité à résoudre des problèmes** : exercer son jugement, penser de façon créative et critique dans les situations difficiles.

**-La faculté de riposte positive** : faire face aux pressions et problèmes (ex : l'annonce de sa séropositivité) de façon positive et durable.

### **8 Les étapes de l'étude.**

Notre étude s'est déroulée en quatre étapes :

#### **\*La première étape :**

Elle a consisté à :

-Repérer les lieux de travail des apprenti-métiers et les lieux de regroupement des aides ménagères et des vendeuses ambulantes.

-Informers les chefs d'ateliers et les logeurs de la population cible afin d'obtenir leur coopération.

#### **\*La deuxième étape :**

Elle a consisté à l'élaboration d'un questionnaire auquel ont été soumis les participants à l'étude. Le questionnaire portait sur :



Les paramètres socio-démographiques (nom, prénom ; age, profession, résidence, scolarisation, religion.

-les connaissances sur les IST/VIH/SIDA.

-Les sources d'information et de service en matière d'IST/VIH/SIDA.

### **\*La troisième étape.**

Elle a consisté à faire :

-Des discussions de groupes dirigés(DGD) dans les ateliers et les lieux de regroupement retenus à l'aide du questionnaire établi ;

-Des séances d'IEC/CCC et counseling;

### **\*\*Les outils utilisés :**

-Une cassette « scène d'adolescence à vous de jouer » portant sur la SSR et les IST des jeunes et adolescents.

-Une boîte à image sur les IST des jeunes intitulée « Kadia et Rokia en ville ».

-Des affiches de sensibilisation sur les IST des JSI.

-Des feuillets radiophoniques « savoir pour se protéger » composé de quatre séries (IST, VIH, CDP, et plan de vie saine).

- La langue de communication était le bamanakan.

### **\*Quatrième étape**

Elle consistait à faire :

-Des études CAP en matière d'IST/VIH/SIDA à la fin du programme de sensibilisation.

### **9 Les variables de l'étude :**

Le sexe, la profession, la situation matrimoniale, la scolarisation, l'âge, la religion, les paramètres d'opinion sur les IST/VIH (microbe, sore, maladie, sorcellerie, n'existe pas) ;

-Les paramètres des voies de transmission (rapports sexuels non protégés, WC, mère-enfant, les habits, les objets tranchants, les piqûres d'insectes, aiguilles d'injection, la nourriture, les salutations) ;

- Les paramètres de prévention des IST/VIH/SIDA (préservatif, fidélité, abstinence, éviter de manger avec les PVVIH) ;
- Les paramètres de considération des IST/VIH/SIDA (honteuses, non honteuses, punition) ;
- Les paramètres des sources d'information (EL, la radio, la télévision, agent de santé, amis, rumeurs, la lecture) ;
- Les paramètres de services en cas d'IST/VIT/SIDA (centre de santé, tradithérapeute, EL, rien faire) ;
- Les paramètres de temps pour se rendre dans un centre de santé (le matin, le jour, la nuit, à tout moment).

### **10 Echantillonnage**

L'étude étant prospective non comparative ; nous avons donc pris les jeunes (filles et garçons) disponibles et répondant aux critères d'inclusion pendant la période de l'étude.

La taille de notre échantillon pour les études CAP était de 32 sur 38 jeunes ayant participé aux DGD. Cette différence s'explique par le fait que 4 filles étaient retournées inopinément dans leur village pour des raisons non documentées ; 2 participants masculins ont changé de résidence.

### **11 Support des données**

Les données ont été colligées sur des fiches d'enquêtes individuelles ; saisies et analysées sur les logiciels Excel et épi info.

### **12 Les aspects éthiques**

La participation à cette recherche était volontaire ; le consentement était libre , éclairé ; mais seulement verbal. Il a été dit aux participants que s'ils acceptaient de participer à cette étude, un questionnaire leur sera administré.

Les données ont été recueillies et analysées dans l'anonymat et dans la confidentialité.

# VI RESULTATS

## **VI RESULTATS**

### **A Résultats globaux**

#### **1 Fréquences générales**

De décembre 2005 à novembre 2007, les apprenti-métiers, les aide-ménagères et les vendeuses ambulantes des communes I, II et III du district de Bamako qui ont été concernés par notre étude sont 38 jeunes filles et garçons ayant participé aux DGD constituaient notre échantillon de départ. Cet effectif a finalement été porté à 32 qui ont été colligés conformément à nos critères d'inclusion.

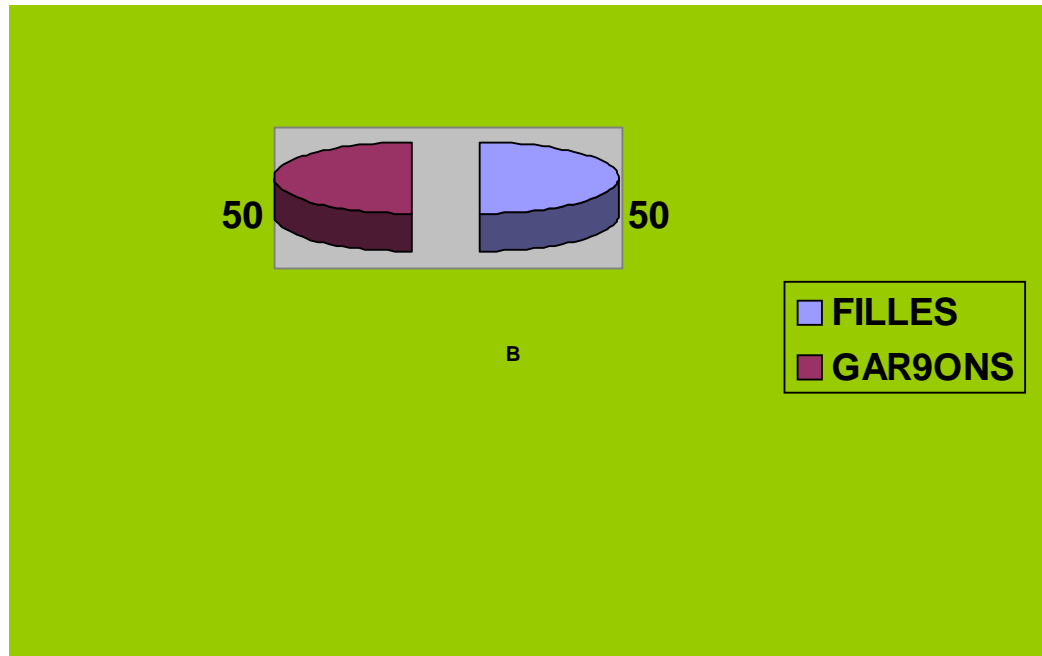
A l'issue de notre étude, on estime que 94% des JSI savent désormais que le SIDA est une maladie ; et 84% savent que les principales voies de transmission sont les rapports sexuels non protégés, parent-enfants et les aiguilles d'injection.

### **B Données épidémiologiques**

Notre échantillon de base était de «38 jeunes ayant participé aux DGD parmi les quels 32 sujets ont été enquêtés .

## 1 Renseignements socio-démographiques

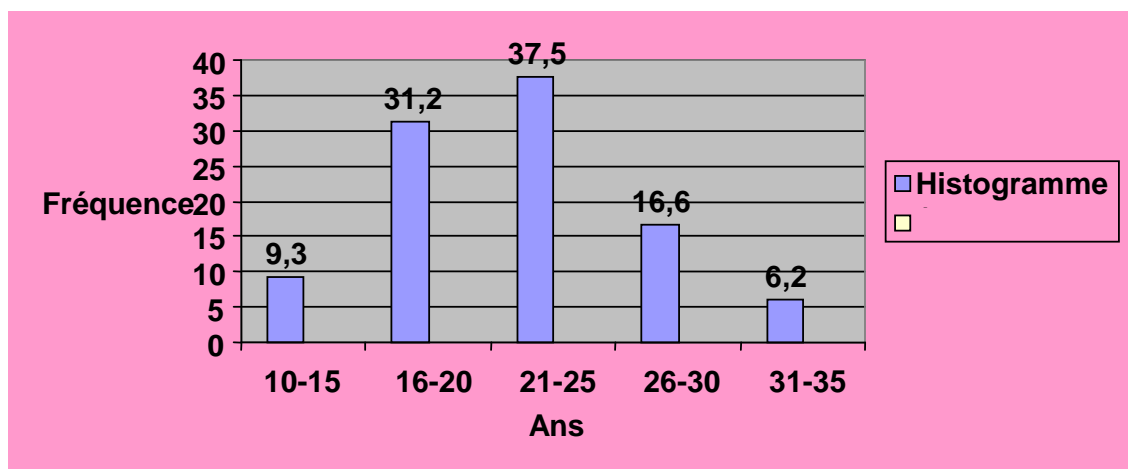
**Figure N° :3 Répartition des sujets enquêtés selon le sexe**



Les deux sexes sont également représentés

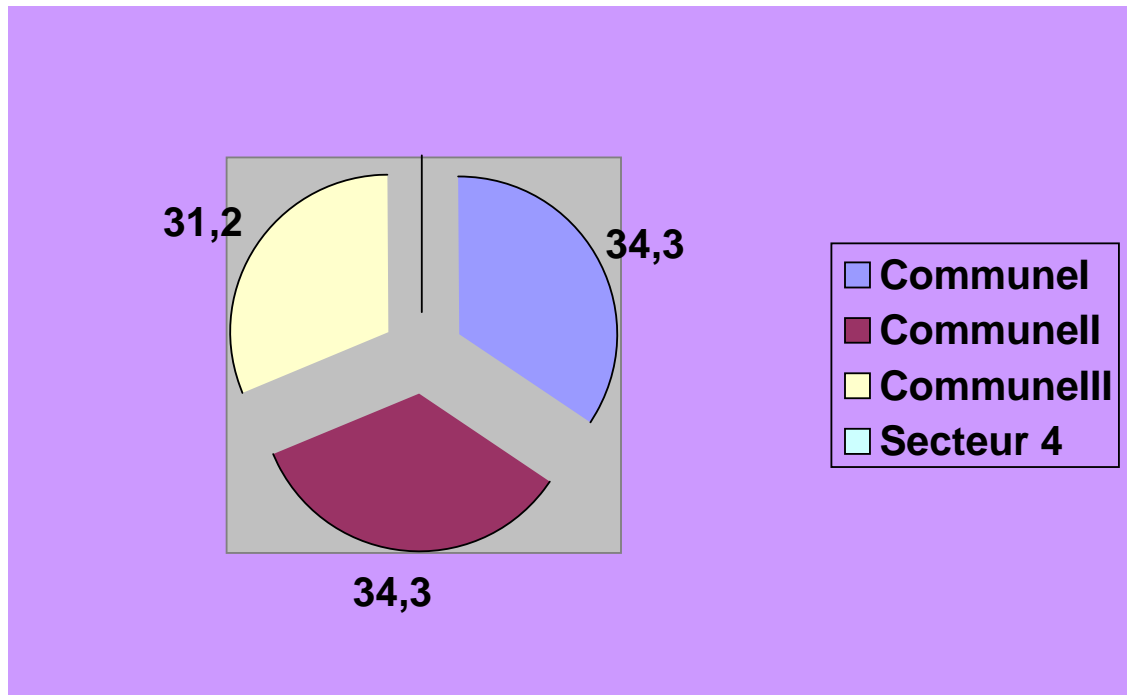
**Figure N° : 4 répartition des sujets enquêtés selon l'âge**

des jeunes enquêtés est de 23 ans avec extrêmes situées entre 12-34 ans.



L'âge moyen des jeunes enquêtés est de 23 ans avec des extrêmes situés entre 12 et 34 ans

**Figure N°: 5 Répartition des sujets enquêtés selon leur résidence**



Les sujets enquêtés sont équitablement repartis dans les deux commune

**Tableau N° :3 Répartition des sujets enquêtés selon leur situation matrimoniale**

Situation Matrimoniale	EFFECTION	FREQUENCE
Célibataire	29	90,6%
Marié (e) monogame	3	9,3%
Divorcé (e)	0	0
Veuf (ve)	0	0
Total	32	100%

Plus de la majorité ( 90%) de nos jeunes enquêtés sont célibataires.

**Tableau N°:4 Répartition des sujets enquêtés selon leur activité professionnelle :**

<b>Professions</b>	<b>EFFECTIFS</b>	<b>FREQUENCES</b>
<b>Aide-ménagères</b>	<b>16</b>	<b>50%</b>
Employé menuiserie bois	6	18,7%
Employé menuiserie métallique	6	18,7%
Employé mécanique Automobile	4	12,5%
<b>Total</b>	<b>32</b>	<b>100%</b>

La majorité(50%) des sujets enquêtés est représentée par les aide-ménagères.

**Tableau N°: 5 Répartition des sujets enquêtés selon leur niveau d'étude**

<b>Niveau d'étude</b>	<b>EFFECTIFS</b>	<b>FREQUENCES</b>
Primaire (1 <sup>er</sup> cycle)	6	10,7%
2 <sup>e</sup> cycle	2	6,2%
Secondaire	0	0
Ecole coranique	4	12,5%
<b>Non scolarisé (e)</b>	<b>20</b>	<b>60%</b>
<b>Total</b>	<b>32</b>	<b>100%</b>

En majorité (60%) les jeunes enquêtés n'ont pas été scolarisés.

**Tableau N°: 6 Répartition des sujets enquêtés selon leur religion :**

<b>Religion</b>	<b>EFFECTIFS</b>	<b>FREQUENCES</b>
<b>Islam</b>	<b>30</b>	<b>94%</b>
Christianisme	2	6%
Autres	0	0
Total	32	100%

Quatre vingt et seize pour cent des jeunes enquêtés disent qu'ils pratiquent l'islam comme religion.

#### **connaissances ; attitudes et pratiques en matière d'IST/VIH/SIDA**

**NB :** les résultats suivant ont été obtenus après les discussion de groupe dirigé et les activités de sensibilisation.

**Tableau N° :7 Répartition des sujets enquêtés selon leur opinion sur le SIDA**

<b>Opinion sur le sida</b>	<b>EFFECTIFS</b>	<b>FREQUENCES</b>
<b>Maladie</b>	<b>30</b>	<b>94%</b>
Sorcellerie	0	0
Aucune idée	2	6%
Total	32	100%



Quatre vingt et quatorze pour cent des jeunes enquêtés savent que le sida est une maladie.

**Tableau N°: 8 Répartition des sujets enquêtés selon leurs connaissances sur les voies de transmission des IST/VIH**

Voies de transmission Des IST/VIH	EFFECTIFS	FREQUENCES
Rapports sexuels Non protégés	2	6,2%
WC et piqûre d'insecte	0	0
Habits et nourriture	0	0
Objets tranchants et Aiguilles d'injection	2	6,2%
Mère-enfant	1	3,1%
Salutations	0	0
<b>Rapports sexuels non protégés et Mère-enfant</b>	<b>27</b>	<b>84,3%</b>
Total	32	100%

Quatre vingts et quatre pour cent des jeunes enquêtés savent que les principales voies de transmission des IST/VIH sont les rapports sexuels non protégés ; Parents-enfants ; et les aiguilles d'injection. Les autres voies évoquées sont les matériels d'incision, d'excision et de circoncision.

**Tableau N° : 9 Répartition des sujets enquêtés selon leur attitude à tenir en cas d'IST/VIH/SIDA**

Attitude en cas d'IST	EFFECTIFS	FREQUENCES
<b>Aller dans un centre De santé</b>	<b>25</b>	<b>78,1%</b>
Aller voir un marabout	0	0
Informé un EL et aller Dans un centre de santé	7	21,8%
Ne rien faire	0	0
Total	32	100%

La plus part(78,1%) des jeunes enquêtés disent qu'ils préfèrent aller directement dans un centre de santé en cas d'IST/VIH/SIDA .

**Tableau N° :10 Répartition des sujets enquêtés selon leur opinion sur le dépistage volontaire et anonyme du VIH.**

Intérêt du dépistage Du VIH	EFFECTIFS	FREQUENCES
Esprit tranquille	8	25%
<b>Connaître son statut sérologique</b>	<b>20</b>	<b>62,5%</b>
Sécurité individuelle et Collective	4	12,5%
Inutile	0	0
<b>Total</b>	<b>32</b>	<b>100%</b>

Environ 62.5% des jeunes enquêtés savent que le premier avantage du dépistage volontaire et anonyme permet de connaître son statut sérologique pour le VIH

**Tableau N°: 11 Répartition des sujets enquêtés selon leur opinion sur les méthodes de prévention des IST/VIH/SIDA**

Méthode de prévention	EFFECTIFS	FREQUENCES
Préservatif	2	6,2%
Abstinence et fidélité	1	3,1%
Ne pas manger avec une PVVIH	0	0
<b>Préservatif, abstinence Et fidélité</b>	<b>29</b>	<b>90,6%</b>
Aucune	0	0
Total	32	100%

Dans notre série 90.6% des jeunes enquêtés savent que les principaux moyens de prévention des IST/VIH/SIDA sont le préservatif ; l'abstinence et la fidélité.

**Tableau N° :12 Répartition des sujets enquêtés selon leur opinion sur la reconnaissance apparente d'une personne affectée par les IST/VIH/SIDA sur la base de son apparence.**

Environ 78,1% des jeunes enquêtés disent qu'ils peuvent reconnaître une personne affectée par une IST sur la base de son apparence grâce aux informations reçues ultérieurement des EL de FCI avec probabilité de 0,032

**Tableau N° : 13 Répartition des sujets enquêtés selon leur opinion sur les IST/VIH comme maladies honteuses**

Conception des IST/VIH/SIDA	EFFECTIFS	FREQUENCES
Honteuses	3	9,3%
Punition de Dieu	4	12,5%
<b>Ni honteuses, ni une Punition</b>	<b>25</b>	<b>78,1%</b>
Total	32	100%

Environ 78.1% des jeunes enquêtés pensent désormais que ces maladies ne sont ni honteuses ni une punition de Dieu pour mauvais comportements ; d'autre par contre les considèrent toujours comme des maladies honteuses et une punition de Dieu face à certaines pratiques sociales ; et elles sont la conséquence directe de la colère de Dieu sur terre.

#### 4-4 Leurs sources d'information et recours

**Tableau N° :14 Répartition des sujets enquêtés selon leur sources d'information**

Sources d'information	EFFECTIFS	FREQUENCES
EL ; amis	5	15.6%
Agent de santé ; EL ; et rumeurs	4	12.5%
Télé et radio	0	0
Lecture et amis	0	0
<b>Télé, radio, EL et agent de santé</b>	<b>23</b>	<b>72%</b>
Total	32	100%

soixante et douze des jeunes enquêtés disent que leurs principales sources d'information sur les IST/VIH/SIDA sont les EL de FCI, la télévision, la radio et les agents de santé.

**Tableau N :15 Répartition des sujets enquêtés selon leur méthode d'approche de centre de prise en charge**

Manière d'aller dans 1 Centre de santé	EFFECTIFS	FREQUENCES
<b>Soi même</b>	<b>21</b>	<b>65.6%</b>
Envoyé par quelqu'un	11	34,3%
<b>Total</b>	<b>32</b>	<b>100%</b>

Les 65,6% des sujets enquêtés disent qu 'ils préfèrent aller dans un centre de santé seul

**VII COMMENTAIRES**

**ET DISCUSSION**



**VII COMMENTAIRES**

**ET DISCUSSION**

## **VII COMMENTAIRES ET DISCUSSION**

-  
En Afrique peu d'études ont été réalisées sur les connaissances, attitudes et les pratiques des jeunes du secteur informel en matière d'IST/VIH/SIDA.

Cette étude que nous venons d'effectuer donne un aperçu sur le niveau de connaissance, les pratiques et les sources d'information des jeunes du secteur informel du district de Bamako en matière d'IST/VIH SIDA

Par ailleurs, au cours de notre étude ; certaines difficultés ont limité nos recherches.

### **Les problèmes rencontrés :**

Au cours de notre recherche les problèmes rencontrés ont été entre autres:

-L'absence de données d'études quantitatives réalisées avant les activités d'IEC de notre équipe,

-L'instabilité des participants : une bonne partie des participants a été perdue de vue lors des études CAP. Ce qui explique la différence entre le nombre des jeunes ayant participé aux DGD (38) et de ceux ayant participé aux études CAP (32).

### **1 Les caractéristiques sociodémographiques :**

Notre population d'étude était de 32 participants répartie à nombre égal entre filles et garçons, soit un sex-ratio H/F à 1. Cette équité s'explique par le fait que les aide-ménagères et les vendeuses ambulantes sont plus instables que les apprenti-métiers .

Nos participants étaient pour la plus part, des adolescents avec un âge moyen de 23 ans et des extrêmes de 12 ans et 34 ans. Cette jeunesse de la population s'explique par le fait que c'est la tranche d'âge de la population la plus active et par conséquent la plus vulnérable aux IST/VIH/SIDA. Cet argument constitue une des raisons pour les quelles nous avons conduit cette

recherche. Cet âge moyen est comparable à celui de certains auteurs à Dakar [50], à Abidjan [76] et à Phnom Penh [22] où il était respectivement de 18 ans, 18 ans et 22,9 ans.

Dans notre série nous avons une concentration relativement équitable des jeunes dans les différentes communes concernées par notre étude. Ainsi nous avons noté la participation de 11 jeunes dans les communes de I et II et de 10 dans la commune III.

Les aide-ménagères et les vendeuses ambulantes constituent les principales catégories socioprofessionnelles, avec 50%. Cette fréquence s'explique par le fait que dans le secteur informel au Mali, la fraction féminine est en majorité faite de jeunes filles s'orientant essentiellement pour cette occupation.

Dans notre série seulement 9,3% des jeunes enquêtés étaient mariés; et cela s'explique par le fait de la précarité de leurs conditions de vie. A Dakar cette proportion de jeunes est de 6,6% Dakar [50].

Dans notre série seulement 16,9% étaient scolarisés; et cela s'explique par le faible taux de scolarisation de la population générale du Mali. Cette fréquence est nettement inférieure à celle de leurs pairs de Dakar [50] avec 64%.

L'Islam est apparu comme la religion dominante au cours de notre travail (94%); Cela s'explique par le fait que l'islam est la religion la plus pratiquée au Mali.

## **2 Caractéristiques des paramètres de connaissances, attitudes et pratiques en matière d'IST/VIH/SIDA**

La fréquence réelle du niveau de connaissance des jeunes du secteur informel en matière d'IST/VIH/SIDA est difficile à déterminer du fait que toutes les questions relatives au sexe constituent un tabou pour cette population et par

conséquent ils ne peuvent en parler que difficilement. Cependant au cours de notre étude nous avons enregistré la participation de 32 jeunes qui répondaient à nos critères d'inclusion.

Après les sessions d'IEC les participants ont accepté de participer à l'étude CAP. Il est apparu que leur niveau de connaissance était relativement bon et cela grâce aux activités de sensibilisation et d'information de notre équipe. Au terme de notre recherche l'âge moyen au premier rapport sexuel des jeunes du secteur informel du District de Bamako est de 15.1 à 15.3 ans pour les vendeuses ambulantes et les aides ménagères ; et de 17 ans pour les apprentis métiers. Cette précocité des rapports sexuels s'explique par leur curiosité pour la vie sexuelle et cela les rend autant plus vulnérable aux IST/VIH/SIDA. Ces résultats sont comparables à ceux obtenus à Bangui [38] avec un âge moyen de 15 ans pour les aides ménagères et 16 ans pour les apprentis métiers. En Cote d'Ivoire le premier contact sexuel pour la même cible se fait un peu plus tard, soit 16 ans pour les filles et 18 ans pour les garçons [76].

Au cours de notre recherche seulement 12.8% des vendeuses ambulantes ont rapporté avoir utilisé le préservatif lors de son dernier rapport sexuel. Cela s'explique par le fait que la plus part des jeunes filles ne peuvent pas imposer de conditions à leurs partenaires sexuels. Ce chiffre est comparable à ceux obtenus à Kinshasa (République Démocratique du Congo) [82] en 2001 qui étaient de 10.4% et 15% des vendeuses âgées respectivement de 15-19 ans et de 20 à 24 ans.

Dans notre série 94% des jeunes enquêtés savent que le SIDA est une maladie provoquée par un agent pathogène et non un sore . Ce chiffre est supérieur à ceux obtenus à Dakar (Sénégal) [50] qui sont de 43% pour les vendeuses et 42% pour les apprentis métiers.

Les jeunes enquêtés (72%) savent que les IST étaient la résultante de rapports sexuels non protégés. Cette tranche de jeunes savait citer deux signes cliniques d'IST chez les femmes et deux signes cliniques chez les hommes. Cela

signifie que les sujets enquêtés ont amélioré leurs connaissances sur les IST/VIH/SIDA lors des activités d'IEC de FCI.

Ce chiffre est inférieur à ceux obtenus à Phnom Penh (Cambodge) [22] qui étaient de 90% en 2000 et de 96% en 2004.

Dans notre série, 84% des jeunes enquêtés savent désormais que les principales voies de transmission du VIH sont : les rapports sexuels non protégés ; mère-enfants ; et les aiguilles d'injection non stériles.

Environ 78.1% des jeunes enquêtés disent qu'ils connaissent désormais les structures d'expression des problèmes d'IST/VIH/SIDA. Cela grâce aux informations qu'ils ont reçu de notre équipe d'IEC.

Ce chiffre est supérieur à celui obtenu à Bangui (RCA) [38] qui est de 55%.

Plus de la moitié des jeunes enquêtés (62,8%) savent que le premier intérêt du dépistage volontaire est le fait de la connaissance de son statut sérologique.

Les 90.6% des jeunes enquêtés savent désormais que les principaux moyens de prévention sont l'abstinence, la fidélité et le préservatif.

Ce résultat est supérieur à celui obtenu à Bangui (RCA) [38] qui est de 74.4% et également supérieur à ceux obtenus à Dakar (Sénégal) qui est de 85% chez les apprentis métier et de 75% chez les vendeuses et aides ménagères.

### **3-Caractéristiques des paramètres des sources d'information et de service**

Environ 72% de nos jeunes enquêtés disent que leurs principales sources d'information sont les EL de FCI ; la télévision, la radio et les agents de santé ; tandis qu'à Dakar [50] : 37% des apprentis métiers et 30% des vendeuses disent qu'ils sont informés par la télévision. 13% des apprentis et 21% des vendeuses sont informés par la radio. Ces chiffres prouvent que les médias ont joué un grand rôle dans l'éducation des jeunes en général et ceux du secteur informel en part

## **IX CONCLUSION**

Si les IST constituent un problème majeur de santé publique en Afrique ; le SIDA constitue une tragédie ayant depuis longtemps surpassé tous les autres pandémies sur le continent. Et malgré un accès amélioré aux ARV et les activités de sensibilisation dans beaucoup de pays ; la vedette continue à décimer un grand nombre de ses victimes ; les jeunes du secteur informel étant les plus vulnérables. Il se présente alors à l'humanité comme un défi universel que nous devons tous relever dans nos propres situations pour mettre fin à la mentalité du "eux et nous" : Nord-sud ; séropositif ou négatif ; riche-pauvre ; homme-femme ; telle ou telle culture ou religion ; ou tel ou tel groupe ethnique. Justement à cause de ces conséquences épouvantables, le SIDA peut devenir une force motrice pour un développement plus équitable, une réduction de la pauvreté

Une égalité entre les sexes, une santé et une qualité de vie améliorée.

Il devrait pouvoir assurer à chacun d'entre nous à faire de son mieux pour remettre en cause les injustices profondes de notre temps qui ont permis au SIDA de s'épanouir.

Arriverons-nous à relever ce défi ?

## **IX RECOMMANDATIONS**

Certes ; des efforts sont consentis ça et là dans la lutte contre les IST/VIH/SIDA ; malgré tout beaucoup reste à faire, ce qui nous oblige à faire quelques recommandations à plusieurs niveaux

### **1 Recommandations à l'endroit de FCI**

-L'élaboration de programmes d'une durée assez longue pour permettre l'exécution efficace d'un plan de retrait après les années de renforcement des capacités des membres de l'AEJT

-Renforcer d'avantage, la co-organisation des activités avec les responsables de l'AEJ-

-Etendre son programme à toutes les communes du district de Bamako, et au mieux encore sur toute l'étendue du territoire malien.

### **2 Recommandations à l'endroit de la population en général et des jeunes du secteur informel en particulier :**

-Le changement de comportement des individus : en effet pendant de nombreuses années on a résumé ce qu'il fallait en matière de changement de comportement pour la prévention des IST/VIH sous la forme de ABC.

A=abstinence

B=fidélité

C=utilisation correcte du préservatif

- Eliminer les violences contre les femmes

-Non au sexe transactionnel ;

-Moins de partenaires sexuels.

### **3 Recommandations à l'endroit des autorités culturelles et religieuses :**

- Conscientiser la population sur les méfaits des mutilations génitales féminines ;
- Interdiction des rites d'initiation des femmes ;
- Bannir l'idée que le sexe est un plaisir masculin et par contre les femmes qui y prennent plaisir ne sont pas respectables ;voir des femmes faciles ;
- Encourager et expliquer l'utilisation des préservatifs pour réduire encore le pourcentage de risque

### **4 Recommandations à l'endroit des autorités politiques :**

#### **4-1 En faveur des jeunes du secteur informel :**

- Leur donner des informations pour leur permettre de prendre leur propre décisions ;
- Leur donner un accès à l'éducation et à la formation.
- Les soutenir pour qu'ils puissent s'aider eux même et s'entraider (pair éducation)
- Les respecter et les encourager à se respecter les uns les autres ;
- Aider à réduire l'injustice entre les secteurs mais en particulier dans les relations sexuelles ;
- S'assurer qu'ils ont accès aux services de santé sexuelle et reproductive adaptés aux jeunes y compris l'accès aux préservatifs ;
- Les aider à trouver des emplois rémunérés.
- Soutenir les ONG dans la lutte contre les IST/VIH/SIDA.

#### **4-2 En faveur des PVVIH :**



Les autorités politiques sont exhortées à garantir les droits suivants aux PVVIH :

- A la non-discrimination et l'égalité devant la loi ;
- A l'intimité et à la confidentialité ;
- Au travail ;
- A la liberté de mouvement et le droit de demander l'asile ;
- A l'éducation ;
- A la sécurité et la protection sociale ; à un niveau de vie acceptable ;

De se marier et d'avoir une famille

- de participer à l'avancement scientifique et d'en profiter
- de participer entièrement à la vie publique et culturelle, de s'associer librement à d'autres et d'exprimer ses opinions et de partager les informations
- de protection contre tout traitement ou punition cruelle et inhumaine ou dégradant
- De l'enfant à l'éducation, à l'information, à la protection contre l'exploitation économique ou sexuelle, à la protection contre le travail des enfants, contre la séparation des parents et des frères et sœurs et aux meilleurs soins médicaux ou sociaux.

#### **5. Recommandations à l'endroit des organismes internationaux et association :**

- 
- Elaborer des programmes d'action prenant en compte la santé sexuelle et reproductive des populations en générale et des jeunes du secteur informel en particulier
- Aider la mise en place de groupes de soutien des personnes vivant avec le VIH/SIDA et les renforcer ;
- Promouvoir des soins médicaux de qualité pour les PVVIH et leurs familles

- Se battre pour que la voie des PVVIH se fasse entendre sur toutes les questions les concernant ;
- Faire du lobing pour l'accès aux TAR ;
- Assurer que les tests des médicaments sont éthiques et bien contrôlés ;
- Identifier et soutenir les enfants orphelins par le SIDA ;
- Faire du lobing pour les pleins droits de la personne avec le VIH/SIDA ;
- Sensibiliser les gens sur le VIH notamment les jeunes du secteur informel.

### **6 Recommandations à l'endroit des agents de santé**

Les agents de santé sont exhortés à promouvoir :

- Les conseils pour le dépistage volontaire et anonyme ;
- La promotion des préservatifs (masculin et féminin) pour la prévention de l'infection et le planning familial ;
- Le traitement syndromique des IST,
- Les soins palliatifs
- Le soutien psychologique et social ;
- Les soins et conseils nutritionnels ;
- La prise en charge des IO
- La prophylaxie à la cotrimoxazole ;
- La reconnaissance et la facilitation des activités communautaires qui peuvent qui peuvent atténuer l'impact du VIH/SIDA ;
- L'accès facile aux ARV

**REFERENCES**

**BIBLIOGRAPHIQUES**

## **XREFERENCES BIBLIOGRAPHIQUE**

### **1 AWARE**

Le VIH/SIDA en Afrique de l'Ouest et du Centre : situation épidémiologique, impacte et évolution à l'horizon 2010. Livre du résumé de l'atelier du 26 au 29 avril 2004 à Accra (Ghana). P17-76

### **2 BARRE- SINOUSSE F.**

HIV as the case of AIDS; Lancet 1996;348 ;315.

### **3 BARRE-SINOUSSE F/**

Virologie fondamentale De l'infection à VIH

Doin VIH édition 2001. 98P

### **4 BEKER C.; DOZON JP. ; OBBO C.; TOURE M.**

Colloque international des sciences sociales et sida en Afrique ; Bilan et perspectives

Cdesria ; CNLS ; ars tom 1996.

### **5 BEREBI A.**

le SIDA au Féminin Edition DOIN Paris 2001, 204-205, P308

### **6 BETIMA J; BOUPDA A; OLIVER R. et al**

Evaluation des connaissances des patients des IST en matière de prévention du sida et autres IST au Cameroun

Conférence internationale sur le sida en Afrique du 16 – 19 décembre 1991 à Dakar (Sénégal) TA 191.

**7 BLANCHE S.**

L'infection à VIH de la mère et de l'enfant

Paris : Flammarion médecine sciences ; 1998. 22-24 ; 313p

**8 BRUCKER G; TUBIANA R.**

Prévention des risques professionnels et règles de désinfection

Doin VIH édition 2001.

**9 BRUN – VEZINET F; DAMOND F; DESCAMPS D. et SIMON F.** Virus de l'immunodéficience humaine

Encyclopédie médico- chirurgicale (édition scientifique et médicale ELSEVIR SAS Paris tout droit réservé). Maladies infectieuses 8050 B- &( ; 2000. 10p.

**10 CAUMES E.**

Manifestations dermatologiques au cours du sida ; Paris Glaxowelcome ;1996 ; 136P.

**11 CISSE BI.**

Infection à VIH/SIDA : Le point sur la recherche vaccinale ; Thèse de pharmacie ; Bamako 2004-P-24

**12 CUISINIER GC; AUBRYP JC.**

Le sida en Afrique : Afrique contemporaine 1987, 143 21-34.

**13 DELFRAISSY J F.**

Infection VIH chez l'enfant

**Edition Doin : 2001 P 289.**

**14 DENIND F; SAWADODO F; DIAVEX R; BAMBA K; BRUNETO C;  
CLEACB M; SCHUTZ R.; REY JL.**

Prévention et jeunes urbains: projet pilote d'ethnoprésion Montpellier(France) ;  
Dabou (Cote d'Ivoire) ; Abidjan(Cote d'Ivoire) ; Paris (France) Conférence  
internationale sur le sida en Afrique du 16- 19 décembre 1991 à Dakar(Sénégal)  
W A 245.

**15 DE VINCENZI I; SPIRA A.**

Les risques de transmission du VIH liés aux pratiques buccogénitales  
Rapport pour l 'agence nationale de recherche sur le sida Paris 1997 ; 104P.

**16 DIANGONE AMR; BASIL O ; TARNBASHE J; AMOUZOU A.**

Genre et utilisation systématique du condom chez les jeunes de moins de 25 ans  
en Afrique au sud du Sahara  
Conférence internationale sur le sida en Afrique du 09 – 13 décembre 2001 à  
Ouagadougou(Burkina Faso).

**17 DICOSTANZ OB; .BELEC L.**

Maladie d'amaigrissement au cours du sida africain  
Méd d'Af noire 1991; 38 : 1-4.

**18 ETCHE PARE M .**

Connaissances des malades à VIH chez les adultes résidant dans la région de  
Dakar (Sénégal) Conférence internationale sur le sida en Afrique du 16 – 19  
décembre 1991 à Dakar (Sénégal).

**19FCI/MALI :**

Projet de prévention et de prise en charge des IST/VIH/SIDA auprès des jeunes du secteur informel dans les communes I, II et III du district de Bamako ; rapport final (Décembre 2005 à Novembre 2007).

**20 FOFANA O; CISSOKO A O; BOCOUM AO; AGBENDECH M.**

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

**21 GAUTHIE J C.**

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

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

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

**23 GENTILINI M.**

Rétrovirus tropicaux : Infection à VIH et sida en zone tropicale  
Médecine tropicale ISBN Flammarion Med SC 2-257. 14394. 9 1993.

**24GAUTERET-DEJEAN A; CALVEZ V; MARCELIN A-G. Virologie Médicale et infection VIH in GIRARD P-M., KATLAMA CH., PI ALOUY G. :VIH**

DOIN Edition 2004 DOIN 2005 : 11-20

**25 GIRARD P-M.; KATLAMA CH., PIALOUY G.** Traitement antirétroviraux in GIRARD P-M.; KATLAMA CH., PIALOUY G VIH; DOIN: Edition 2001: 229-330.

**26 HALPERIN DT; SH BOSKI SC; PALEFSKY JM; PADIAN N.** High level of HIV –1 ; intercourse a neglected risk factor in heterosexual AIDS prevention Iv international AIDS conférence : Barcelon July2002.

**27 IBRAHIM SU; HIRAS K; CHIMIKIMA K.** The effectiveness of condom promotion in Lusaka(Zambia) Conférence internationale sur le sida en Afrique du 16 –19 décembre 1991 à Dakar (Sénégal)<sup>2</sup>

**28 IMANEL L; HIMMICH H; FIELOM M.** Prostitution et sida au Maroc: Connaissances Attitudes et pratiques de 106 sex – workers de Casablanca(Maroc) Conférence internationale sur le sida en Afrique du 16 – 19 décembre 1991 à Dakar (Sénégal).

**29 JACKSON H.** SIDA : Afrique continent en crise. Edition SAFAIDS. 2004 P1-47 ; 54-62 ; 98.

**30 JEAN A-M; ALWATA I.** Un savoir en mosaïque : Mode de vie sexuel masculin et féminin connaissances sur le sida et sa prévention.



Pratiques contraceptives, usage et connaissances à propos du préservatif dans trois régions du Mali, conférence internationale sur le sida en Afrique : Dakar 16-19 décembre 1991 O.M.122.

**31 JOLING KRISTIN M; SERUNKUMA S; ONEN T.**

Using street children ; as peer educators lessons learned in Uganda  
Conférence internationale sur le sida en Afrique du 09 – 13 décembre 2001 à Ouagadougou (Burkina Faso).

**32 KATLAMA C; SIMOW F; PICHARD E; KOUMARE I; MAIGA Y; FLABOU A; VEZIWET F; GENTILINI M.**

Infection VIH1 VIH2 chez les prostituées au Mali ; conférence internationale sur le SIDA en Afrique Dakar (Sénégal ) 16-19 décembre 1991 W.A 247.

**33 KEITA B.**

Etude des connaissances, perceptions et comportements des enfants de 12 – 18 ans vis-à-vis du SIDA à Mopti (Mali).  
Conférence internationale sur le sida en Afrique du 09 – 13 décembre 2001 à Ouagadougou(Burkina Faso) P295.

**34 KENEYA BLOW : Les enfants orphelins et vulnérables du Mali face au SIDA ; analyse de situation et stratégie d'intervention.**

<http://www.keneya.Net>.

**35 KENGNE J A.**

Enquête sur les connaissances ; attitudes et pratiques des jeunes de la rue matière d'IST/SIDA à Douala(Cameroun)

Conférence internationale sur le sida en Afrique du 09 – 13 décembre 2001 à Ouagadougou (Burkina Faso) P73.

**36 KIBORA L; KATRAYE J; OUEDRAGO D.**

**Comportements sexuels de quelques catégories professionnelles en situation de vulnérabilité et de risque d'infection au VIH/SIDA au Burkina Faso : Conférence internationale sur le sida en Afrique du 09 –13 décembre 2001 à Ouagadougou (Burkina Faso).**

**37 KOASSI B.** Adolescence ; sexualité, relation familiale et infection à VIH : Conférence internationale sur le sida en Afrique du 07 – 11 décembre 1997 à Abidjan (Cote d'Ivoire). Edition MSD 221P.

**38 KOBELIMBI F.**

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

**39 KONE M; KORE L.**

Jeunesse et dépistage volontaire à Abidjan(Cote d'Ivoire)  
Conférence internationale sur le sida en Afrique du 09 – 13 décembre 2001 à Ouagadougou(Burkina Faso).

**40 LEHMAW PH; DUBOIS-A; HAUSSER D.**

Efficacité des campagnes de prévention SIDA en Suisse changement d'attitudes et de comportements, Médecine et Hygiène Lausanne 46-1478-14822-1988.

**41 LETONTURIER P**

Abrégé d'immunologie générale; 6è édition Masson ; P2-16.

**42J BEYTOUT, DELMONT J, MARCHAN B, PICHARD E. et coll.**

Manuel de maladies infectieuses pour l'Afrique.

John Libbey Eurotext, Condé sur Noireau, Paris 2002; P589.

**43 LIBERT F.**

Le théâtre koteba : support de message sur le sida au Mali

Conférence internationale sur le sida en Afrique du 07 – 11 Décembre 1997 à

Abidjan (Cote d'Ivoire).

**44 MAYAUD C; CADRANEL J.**

Manifestations pulmonaires au cours du VIH/SIDA

Doin VIH édition 2000;

**45 Manuel sur le sida pédiatrique en Afrique.**

Edité par le réseau africain pour les soins aux enfants infectés par le sida.

Edition révisé, juillet 2006.

**46 MASHAMBA S S.**

Changement de comportement des jeunes par les jeunes PVVIH en RDC.

Conférence internationale sur le sida en Afrique du 09 –13 décembre 2001 à

Ouagadougou(Burkina Faso) P82.

**47 MINISTERE DE LA SANTE DU MALI/Cellule de la planification et de**

**la statistique** : Enquête Démographique et de Santé du Mali 4<sup>o</sup> éditions, Mali

2006. P15.

**48 MINISTERE DE LA SANTE DU MALI/ CELLULE DE  
COORDINATION DU COMITE SECTORIEL DE LUTTE CONTRE LE  
VIH/SIDA :**

Politique et protocoles de prise en charge anti-retro virale du VIH/SIDA ;  
janvier 2006.

**49 MKOUANGA H FI ; FETUEL M.**

Jeunes de la rue et sida : étude des comportements sexuels des jeunes en rupture  
familiale à Yaoundé

Conférence internationale sur le sida en Afrique du 07 –11 décembre 1997 à  
Abidjan(Cote d’Ivoire).

**50 MOUJUOD N; POURETTE D.**

**République du Sénégal ; Ministère de santé publique et de la prévention en  
collaboration avec Family health international et USAID ; CDC ; HYGEA :**  
**Enquêtes de surveillance du comportement des prostitués ; des jeunes du  
secteur informel et des commerçants.**

[Http/www. cairn. Info](http://www.cairn.info)

**51 NIAMBELE I; BOUGOUDOGO F et al .**

VIH/SIDA et infections sexuellement transmissibles.

Enquête Démographique et Santé du Mali 3° édition (EDSM III) 54P.

**52 N’DONGO B.**

Etude de la prévalence des agents pathogènes responsable des syndromes d'IST au Mali

Thèse de Médecine : Bamako 2003 M-74.

**53 NGUESSO D S.**

L' éradication du sida en nécessite la solidarité de la communauté internationale  
Conférence internationale sur le sida en Afrique du 31 mai au 02 juin 2006 à New York ( USA ).

**54 OCF/CNDIFE juin 2007**

Rapport sur la situation de la femme au Mali en 2006.

**55 OMS/ONU SIDA.**

Epidémiologie du SIDA au Burkina Faso Genève juin 2000

**56 OMS/ONU SIDA.**

Epidémiologie du SiDA au Gabon Genève juin 2000.

**57 OMS.**

Stratégie de coopération de l'OMS avec les pays.

République du Mali 2003-2007 ; 2006, P 14.

**58 ONDO A; AMBOH E; VOUNDI A ; NYIANGONO EKOM JM.**

Prostitution et lutte contre le VIH/SIDA dans la ville de Yaoundé(Cameroun)  
Conférence internationale sur le sida en Afrique du 09 – 13 décembre 2001 à Ouagadougou (Burkina Faso) G.I.B. 59P.

**59 ONUSIDA/OMS 2007**

Le point sur l'épidémie du sida, décembre 2007.

**60 ONUSIDA**

Rapport sur l'épidémie mondiale du sida en Afrique

Edition spéciale, 10<sup>e</sup> anniversaire de l'ONUSIDA (2006) P116-128.

**61 ONUSIDA**

Rapport ONUSIDA/OMS 2005 .Le point sur l'épidémie de SIDA.

**62 RAM Y; ELLEN GC.**

Acquired immunodeficiency syndrome (Human Immunodeficiency Virus) In :  
Richard E. B.; Robert M. K.; Hal B. J.; Nelson text book of pediatric; 16<sup>th</sup> edition  
W.B.Saunders company. 2001; 1022-1032.

**63 Rapport épidémiologique du SIDA au Mali**

Résultats du test VIH/ SIDA de L'EDSM- III décembre 2001 CPS.

**64 ROSE M. MARQUE ; KACEM C.**

Information, prévention des IST/SIDA ; ré-insertion professionnelle des  
enfants de la rue à Essaoua (Maroc)

Conférence internationale sur le sida en Afrique du 09 – 13 décembre 2001 à  
Ouagadougou(Burkina Faso).

**65 ROTHE M; ISRAEL N; BARRE-SANOUSI F.**

Mécanisme de la réplication virale du VIH -Médecine Thérapeutique 1996 ;  
2 :12-8.

**66 SACKO A B; WAKASUGI N.**

Conseils et test volontaire du VIH chez les femmes enceintes dans un centre de santé communautaire à Bamako (Mali)

Conférence internationale sur le sida en Afrique du 09 – 13 décembre 2001 à Ouagadougou (Burkina Faso) GIB, 421P.

**67 SAMAKE B M.**

Etude de l'action d'un centre de santé communautaire dans la lutte contre le sida dans un quartier périphérique de Bamako(Banco ni)

Thèse de Médecine / Bamako 1991-M-28.

**68 SANOGO M.**

Enquête séroépidémiologique sur l'infection le VIH au CSAC de 2001 à 2003.

Thèse de pharmacie Bamako 2004 W65.

**69 SAURAT JA.**

Le SIDA maladie sexuellement transmissible Médecine et Hygiène. Geneve : 461477-1988.

**70 SEDGO F.**

Prévention et éducation chrétienne de la sexualité humaine ; LA CREATIVITE PERPETUELLE 1998, 38P.

**71 SECK.M; RAMOSP T; GUISEY MB; BAMMEIDAZ.**

Perception et utilisation du préservatif au Sénégal (Dakar.)

Conférence internationale sur le VIH SIDA en Afrique Dakar 16-19 décembre 1991 W.A. 232.

**72 SIDIBE A T; TRAORE HA; DEMBELE M; MINTA D.K; CISSE I; DIOP CT; BABY M; TRAORE AK; DIALLO DA.**

Etiologie des insuffisances surrénaliennes en médecine interne de l'hôpital national du point G-Bamako(Mali) ; place de l'infection à VIH : Conférence internationale sur le sida en Afrique du 09 au 13 décembre 2001 à Ouagadougou (Burkina Faso) G.I.B. 65P.

**73 SIDA WEB ACTUALITE 2002**

**Qu'est ce que le VIH ?**

**[http/ www. maison-facile.com](http://www.maison-facile.com)**

**74 SIDIBE M.**

Le sida et les IST en Afrique

Conférence internationale sur le sida en Afrique du 21-26 septembre 2003 à Nairobi(Kenya).

**75 SPERLINGERS C; RETAL G.**

reduction of maternal infant transmission of human immuno deficiency virus type ,with Zidovudine treatment. N Engl J Med 1994 ; 331: 1175-80.

**76 TALNAN E, ANOH A et ZANOUB. African population studies/Etude des populations africaines : Inégalité sociale et comportements sexuels à risque chez les jeunes adolescents en milieu urbain ivoirien ; vol 19 , N° 2 , sup B, 2004, PP 61-80.**

**77 TRAORE A.**

Etude sur les connaissances attitudes et comportements des élèves du secondaire du district sanitaire de Kaya (Burkina Faso); livre des résumés de la



conférence internationale sur le sida en Afrique du 09 – 13 décembre 2001 à Ouagadougou (Burkina Faso) ; G.I.B. ; P77.

**78 TRAORE AK; DABO A; MINTA DK; DIARRA SI; DOUMBO O.**

Prévalence de l'anguillulose dans l'infection à VIH/SIDA au Mali :

Signes cliniques spécifiques associés : Conférence internationale sur le sida en Afrique du 09 au 13 décembre 2001 à Ouagadougou ; GIB 165P.

**79 TCHUPO JP; BOUPDA A; ELLA M; TURK T; STEINR M.**

Etude de l'acceptabilité des préservatifs féminins par les femmes à partenaires multiples à Yaoundé (Cameroun) conférence internationale sur le SIDA en Afrique Dakar 16-19 décembre 1991 W.A. 236.

**80 WILLIAM H. FLOSSIE WS.**

La génétique du SIDA In MONTAGNER L et GALLO R. eds. Le SIDA Paris: Bibliothèque pour les sciences 1989 ; 19-32.

**81 YENI P.**

Prise en charge Médicale des personnes infectées par le VIH rapport 2006.

Paris Flammarion Médecine Sciences.

[http// : www. Médecine. Flammarion. com.](http://www.Médecine.Flammarion.com) :2006. P : 124.

**82 YOUNG R V; Enquêtes MICS2 (RDC 2001) :**

Kinshasa et sa jeunesse

[http : www. unesco. org](http://www.unesco.org) .

# X ANNEXES

# X ANNEXES

## XI ANNEXES

## 1 Questionnaire

### Chapitre I : Renseignements socio-démographiques

♠ Nom :

♠ Prénom :

♠ Age :

♠ Situation matrimoniale : 1=marié / \_\_ / ; 2=non marié/ \_\_ /

♠ Profession :

♠ Résidence :

♠ Scolarisation : si scolarisé(e), niveau d'étude :

1=primaire/ \_\_ / ; 3=secondaire/ \_\_ / ;

2=second-cycle fondamental/ \_\_ / ; 4=non  
scolarisé(e) / \_\_ / ; 5=école coranique/ \_\_ /

♠ Religion : 1=Islam/ \_\_ / . ; 2=Christianisme/ \_\_ / ;

3=autre(préciser)/ \_\_ /

### Chapitre II : Connaissances sur les IST/VIH/SIDA.

a- Qu'est ce que le VIH ? 1=microbe/ \_\_ / ; 2=sore/ \_\_ /

b- Qu'est ce que le SIDA ? 1=maladie/ \_\_ / ; 2=sorcellerie/ \_\_ /

3=n'existe pas/ \_\_ /

c-Comment se transmettent les IST ? 1=rappports sexuels non protégés/ \_\_ / ;

2=WC/ \_\_ / ; 3= mère-enfant / \_\_ / ; 4=culotte d'autrui/ \_\_ /

d-Comment se transmet le VIH ? 1=rappports sexuels non protégés/ \_\_ / ;

2=WC/ \_\_ / ; 3=mère-enfant/ \_\_ / ; 4=les habits/ \_\_ / ; 5=les objets tranchants/ \_\_ / ;

6=piqûres d'insectes/\_\_\_/ ; 7=aiguilles d'injection/\_\_\_/ ; 8=nourriture/\_\_\_/ ;  
9=salutations/\_\_\_/

e-Que faire en cas d'IST ? 1=aller dans un centre de santé/\_\_\_/ ; 2=aller voir un  
marabout/\_\_\_/ ; 3=informez un EL/\_\_\_/ ; 4=rien/\_\_\_/

f-Quelles sont les méthodes de prévention des IST et VIH ? 1=préservatif/\_\_\_/ ;  
2=fidélité/\_\_\_/ ; 3=abstinence/\_\_\_/ ; 4=éviter de manger avec une PVVIH/\_\_\_/

g-Quels sont les avantages du dépistage volontaire et anonyme du VIH ?  
1=tranquillité d'esprit/\_\_\_/ ; 2=sécurité individuelle et collective/\_\_\_/ ;  
3=connaître son statut sérologique/\_\_\_/ ; 4=inutil/\_\_\_/

h-Est-il possible de savoir si une personne est infectée par une IST sur la base de  
son apparence ? 1=oui/\_\_\_/ ; 2=non/\_\_\_/ :

i-Est-ce que vous considérez ces maladies comme honteuses ou une punition  
pour mauvaise conduite ? 1=honteuses/\_\_\_/ 2=non honteuses/\_\_\_/ ;  
3=punition/\_\_\_/ ; 4=pas une punition/\_\_\_/

### **Chapitre III : les sources d'information et de service en matière d'IST/VIH/SIDA.**

A- Comment et de qui avez-vous reçu toutes ces informations ? 1=EL/\_\_\_/ ;  
2=radio/\_\_\_/ ; 3=télé/\_\_\_/ ; 4=agent de santé/\_\_\_/ ; 5=amis/\_\_\_/ ; 6=rumeurs/\_\_\_/ ;  
7=lecture/\_\_\_/ ;

**B-** Que faites-vous et où vous rendez-vous lorsque vous avez un problème ou besoin en IST/VIH ? 1=centre de santé/\_\_\_/ ; 2=tradithérapeute/\_\_\_/ ; 3=voir un EL/\_\_\_/ ; 4=rien faire/\_\_\_/

**C-** Allez-vous de vous-même dans un centre de santé ou y êtes-vous envoyé par quelqu'un d'autre ? 1=soi-même/\_\_\_/ ; 2=envoyé par quelqu'un/\_\_\_/

**D-** y a-t-il des conditions à l'obtention d'informations et de service en matière d'IST/VIH/SIDA ? 1=oui/\_\_\_/ ; 2=non

**E** Quel est le meilleur moment pour se rendre dans un centre de prise en charge des IST/VIH/SIDA ? 1=matin/\_\_\_/ ; 2=jour/\_\_\_/ ; 3=la nuit/\_\_\_/ ; 4=à tout moment/\_\_\_

### **FICHE SIGNALITIQUE**

**Nom** : DABOU

**Prénom** : Richard

**Année** : 2007-2008

**Ville de soutenance** : Bamako

**Lieu de dépôt** : Bibliothèque de la FMPOS

**Pays d'origine** : Mali

**Titre de thèse** : ETUDE DE LA PREVENTION ET DE LA PRISE EN CHARGE DES IST/VIH/SIDA DES JEUNES DU SECTEUR INFORMEL DE BAMAKO.

**Secteur d'intérêt** : Maladies infectieuses et santé publique

Adresse E-MAIL : richarddabou2007@ yahoo.fr

### Résumé :

Le but de cette étude était de déterminer le niveau de connaissance des jeunes du secteur informel en matière d'IST/VIH/SIDA et d'apprécier leurs capacités de gestion face à ce problème. Le secteur informel dans sa composante jeune constitue un secteur où la prévention des IST/VIH/SIDA est une urgence.

L'étude que nous avons effectuée est de type transversal et s'est déroulée successivement sur une période de deux ans dans les communes I, II et III du district de Bamako. L'étude a porté sur les apprenti-métiers, les aide-ménagères et les vendeuses ambulantes qui constituaient notre population d'étude. Notre échantillon était de 32 jeunes dont 16 garçons répondaient à nos critères d'éligibilité avec un âge moyen de 23 ans. Après formation, il ressort de notre évaluation que 94% des jeunes du secteur informel savaient que le SIDA est une maladie transmissible et 84% savaient que les principales voies de transmission étaient les rapports sexuels non protégés, parent-enfants et les aiguilles d'injection. Pour 72% des jeunes leurs premières sources d'informations étaient la télévision, la radio, les EL, et les agent de santé.

La prise en compte du secteur informel dans la lutte contre le VIH/SIDA est un gage de réussite.

**Mots clés :** *prévention, IST, VIH/SIDA, secteur informel, 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'indigène et n'exigerai jamais de salaire au dessus de mon travail, je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraire.

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 classe sociale 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 leur père.**

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

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

**Je le jure !**



