

Ministère de l'Enseignement
Supérieur et de la
Recherche Scientifique



République du Mali

Un Peuple - Un But - Une Foi

UNIVERSITE DES SCIENCES

, DES TECHNIQUES ET DES

TECHNOLOGIES DE BAMAKO (USTTB)

FACULTE DE MEDECINE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE

ANNEE UNIVERSITAIRE : 2012-2013

N°.../M

TITRE

**Evaluation des comportements à risque et des syndromes d'IST
et VIH/SIDA chez les travailleuses du sexe fréquentant
les services de l'ONG SOUTOURA à BAMAKO-KAYES**

THESE

Présentée et soutenue le 21/ 11 / 2013
devant la Faculté de Médecine et d'Odonto Stomatologie

Par :

Mme OUMOU SIDIBE

Pour obtenir le grade de Docteur en médecine (DIPLOME D'ETAT)

Jury

Président : Pr Zimogo Zié SANOGO

Membres : Pr Samba Karim TIMBO

: Pr Adama DIAWARA

Directeur de thèse : Pr Zanafon OUATTARA

RÈMERCIEMENTS

Je remercie

Le tout puissant **ALLAH** de m'avoir montré ce jour très important pour moi et toute ma famille.

Louange à toi, l'omniscient, le miséricordieux pour tout ce que tu as fait pour moi.

Grâce à toi nous avons pu mener ce travail à bon port.

Au prophète MOHAMED S.A.W

Que les bénédictions et la paix de Dieu soient sur toi.

Nous te témoignons notre respect et notre gratitude pour tout ce que tu as fait pour l'humanité.

A mon frère Fadiala Moriba SIDIBE :

C'est toi l'ainé de la famille, et tu as été toujours là pour nous, de par tes soutiens et tes encouragements. Ce travail me permet de te réitérer mon amour. Ce travail est le tien mon frère.

A ma sœur Aminata Saran SIDIBE (étudiante en médecine):

Ce travail est le tien ma chérie, en plus d'être une sœur, tu es une amie, celle à qui je confie toutes mes peines, mes joies, mes petits secrets .Tu as toujours été présente pour moi .Je me rappelle de nos stress partagés aux moments des préparatifs des examens et également des bonheurs aux moments de la proclamation des résultats. Je te souhaite de connaître également ce jour de bonheur et de devenir un bon médecin. Je t'aime petite sœur.

A mes nièces et neveux:

Kouramba, Djenèba Fadiala, Garangué Fadiala, Mohamed Fadiala et

Moriba Fadiala SIDIBE :

Mes petites et petits c'est le moment de vous dire merci pour tout le bonheur que vous m'avez apporté. Je vous aime tous.

Ma cousine et cousins:

Mady SOUCKO Samba SIDIBE, Alphonse HONORE :

Trouvez en ces quelques mots toute ma sympathie, vous avez voulu croire en moi et vous n'avez cessé de me soutenir et de m'encourager

A mon maître Dr SOW Ousmane médecin généraliste :

Tu m'as considérée comme une fille, une nièce, j'ai beaucoup appris à tes cotés tant dans le domaine scientifique, qu'humain .Tu es un médecin de qualité et un homme très sympathique soucieux de la bonne marche du travail et de l'état de santé de ses patients. Je te suis très reconnaissante tonton SOW, et considère ce travail comme le tien. Merci.

A mon maître Dr Al hadji Idrissa KONE spécialiste en pédiatrie :

Ce travail est le tien, trouve en ses quelques mots toute ma reconnaissance car tu m'as appris la pédiatrie à cœur ouvert et tu m'as donné ta confiance. Merci tonton.

A mes amies:

Edou GUINDO, Fatoumata SINGARE

Vous avez été toutes une sœur pour moi, de par notre complicité de tous les jours. Considérez ce travail comme le vôtre. Nous avons fait du chemin ensemble depuis le second cycle jusqu'à maintenant, plus d'une quinzaine d'années d'amitié sans faille.

A tout le personnel de l'ONG SOUTOURA Bamako et Kayes :

Tina AGBONAVBARE animatrice, ma grande de cœur, ce travail est le tien de par ton courage, ton dévouement pour la bonne marche des activités de l'ONG .

Fatoumata TRAORE l'infirmière : merci pour tous les soutiens que tu m'as apportés.

Bellemoussa Dagnogo dit Vieux animateur : un grand merci pour toi.

Oumarou TRAORE le chauffeur : merci pour tout le dévouement pour la bonne marche des activités dans le service.

Dr Cheick Omar BAH : médecin de l'ONG SOUTOURA à Kayes merci pour votre disponibilité, et votre générosité durant notre séjour à Kayes !

A toutes les TS qui fréquentent L'ONG merci de m'avoir acceptée avec joie et courtoisie et pour avoir accepté de participer à la présente étude. Je vous remercie toutes.

DEDICACES

Je dédie ce travail :

A mon père MORIBA SIDIBE :

C'est avec beaucoup de plaisir que je m'adresse à toi ; je ne saurais dire à quel point tu es important pour moi. Ton courage, ta bonté, et ta droiture ont été pour moi une leçon de vie. Que Dieu te donne une longue vie et une santé de fer papa joli ! Amen !

A ma mère Dr SIDIBE GARANGUE SOUCKO :

GARANGUE tu es une femme si simple, si courageuse, si brave que les mots me manquent pour te dire à quel point tu es importante et à quel point je t'aime maman ;

Tout l'honneur te revient aujourd'hui très chère mère car c'est grâce au bon DIEU et à tes soutiens moraux, affectifs, et financiers que j'ai pu accomplir mon rêve d'être médecin. Que le tout puissant ALLAH te donne une longue vie, et une santé de fer,

Je t'aime maman.

A mon mari Moussa KEITA

Ta rencontre a été la plus belle chose qui me soit arrivée. Tu as apporté la stabilité et le bonheur dans ma vie .Merci pour ton encouragement et ton soutien. Je t'aime chéri.

A mon fils Moriba Moussa KEITA dit PAPI

Tu es le trésor de ma vie, et l'accomplissement d'un rêve celui d'être maman. Je t'aime plus que tout dans ce monde mon bébé. Que Dieu te donne la chance un jour d'être au terme d'une longue et brillante étude mon bébé chéri.

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DU JURY PROFESSEUR ZIMOGO ZIE SANOGO

Maître de conférences Agrégé

en chirurgie générale à la FMOS

Praticien hospitalier au CHU-PG



Cher maître,

Nous sommes très touchée par l'honneur que vous nous faites en acceptant de présider ce travail malgré vos multiples occupations.

Nous avons apprécié en vous l'homme calme, gentil et disponible.

Vos grandes qualités humaines et scientifiques font de vous un maître à autorité respectable.

Cher maître veuillez accepter ici notre profonde gratitude et qu'ALLAH le tout puissant vous accorde une longue vie.

A NOTRE MAITRE ET JUGE PROFESSEUR ADAMA DIAWARA

Maître de conférences

en Santé Publique à la FMOS



Cher maître,

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de contribuer à l'amélioration de la qualité de ce travail.

Vos qualités humaines et intellectuelles mais aussi et surtout votre sens élevé de la responsabilité et de la rigueur dans le travail nous ont énormément impressionnée. Passionné du travail bien fait, soucieux de notre formation et de notre réussite, vous êtes pour nous un modèle de courtoisie et surtout de courage.

Veillez recevoir, cher maître, l'expression de notre profonde gratitude.

NOTRE MAITRE ET JUGE PROFESSEUR SAMBA KARIM TIMBO

Maître de conférences

en ORL à la FMOS

Praticien Hospitalier

au CHU-Gabriel TOURE



Cher maître,

Nous sommes honorée d'avoir bénéficié de votre encadrement scientifique, social, intellectuel et de vos enseignements de qualité

Auprès de vous, nous avons appris le travail bien fait, l'amour du prochain et surtout la modestie.

Votre rigueur scientifique, vos qualités humaines, de même que votre totale disponibilité malgré vos multiples occupations font de vous un maître apprécié par tous.

Trouvez ici, cher maître, l'expression de notre sincère gratitude.

A NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR DE THESE Professeur Zanafon OUATTARA

Maitre de conférences

en urologie à la FMOS

Chef du service d'Urologie

au CHU-Gabriel TOURE



Cher maître

Votre qualité d'éminent chercheur,
votre exigence pour le travail bien fait,
votre compétence, votre disponibilité
constante, vos immenses qualités humaines
nous ont marquée à jamais.

La clarté de votre enseignement et votre grande culture scientifique imposent
respect et admiration.

Soyez assuré cher maître de notre profonde gratitude.

SOMMAIRE

I.	INTRODUCTION.....	14
II.	OBJECTIFS.....	17
III.	GENERALITES.....	19
IV.	METHODOLOGIE.....	25
V.	RESULTATS.....	32
VI.	COMMENTAIRES ET DISCUSSION.....	41
VII.	CONCLUSION	47
VIII.	RECOMMANDATIONS.....	49
IX.	REFERENCES.....	51
X.	ANNEXES.....	59

LISTE DES ABREVIATIONS

ARV : Anti Retro Viraux

CDC : Center of diseases control

CSN : Cadre Stratégique National

EDSM-IV : Enquête démographique de santé Mali IV

HPV : Human Papilloma Virus

INRSP : Institut National de Recherche en Santé Publique.

ISBS : Integrated STI/VIH and Behavioral Surveillance ou Enquête Intégrée sur la prévalence des IST/VIH et les comportements en matière d'IST

IST : Infection sexuellement transmissible

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONG : Organisation Non gouvernementale

ONU : Organisation des Nation Unies

RPR : Infection génitale à treponema pallidum

SIDA : Syndrome de l'Immuno-déficience Acquise

SSG : Surveillance de Seconde Génération

TPPA : Infection génitale à Syphilis

VIH : Virus de l'Immuno-déficience Humaine.

I-INTRODUCTION

I-INTRODUCTION

Les infections sexuellement transmissibles se définissent comme l'ensemble des maladies transmises lors des rapports sexuels (avec ou sans pénétration) avec un partenaire contaminé. Elles sont aujourd'hui un problème de santé publique de par leurs fréquences et leurs sévérités ; touchant les organes reproducteurs ainsi mettant en jeu la pérennité de l'espèce.

Les causes des ces maladies sont le plus souvent des bactéries, des virus et des parasites. Selon les estimations de l'OMS on enregistre chaque année dans le monde 340 millions de nouveaux cas d'IST (syphilis chlamydia et trichomonas) [1, 2]

En Afrique subsaharienne, on estime que 1,9 millions (1,6 millions -2,1 millions) de personnes ont été nouvellement infectées par le VIH en 2007 ce qui porte à 22 millions (20,5-23,6 millions) le nombre de personnes vivant avec le VIH. Deux tiers (67%) du total mondial de 33millions (30-36 millions) de personnes vivant avec le VIH se trouvent dans cette région, et trois quart (75%) de tous les décès dus au Sida en 2007 s'y produisent. [3]

Les progrès enregistrés dans la lutte contre l'épidémie ne sont cependant pas homogènes, note de l'ONU SIDA [4].Les épidémies en Afrique subsaharienne varient considérablement d'un pays à un autre pour ce qui est de leur taille comme de leur portée .La prévalence nationale du VIH chez les adultes est inférieure à 2% dans plusieurs pays d'Afrique de l'Ouest et d'Afrique centrale ,ainsi que dans la corne de l'Afrique, mais en 2007 ,elle était supérieure à 15% dans sept (7) pays d'Afrique Australe (Afrique du Sud, Botswana, Lesotho, Namibie, Swaziland ,Zambie et Zimbabwe) et supérieure à 5% dans sept(7) autres pays ; principalement en Afrique centrale et en Afrique de l'Est (Cameroun, Gabon, Malawi, Mozambique, Ouganda, République centrafricaine et République unie de Tanzanie) [4]

L'Afrique sub-saharienne, héberge environ 70 % des personnes infectées de la planète. La pauvreté, l'inégalité entre les sexes et le déplacement des personnes du fait d'un conflit ou d'une catastrophe naturelle constituent les facteurs socioéconomiques susceptibles d'accroître la vulnérabilité des personnes à l'infection à VIH. [5]

Les modes de transmission varient notablement selon les zones ; en Afrique de l'Ouest, plus de 75 % des transmissions sont imputables au travail du sexe, alors qu'en Afrique de l'Est, la transmission est attribuable soit à des groupes exposés au VIH (professionnelle du sexe, les hommes qui ont des relations sexuel avec des hommes (HSH) et les utilisateurs de drogues par injection, soit à la population en général, tandis qu'en Afrique australe la transmission est la plupart du temps une conséquence du comportement sexuel de la population en général [6].

Il est reconnu que la prostitution est identifiée comme une source centrale dans la dynamique de transmission des IST et de l'infection par le VIH, surtout dans les pays en développement [7]. En effet, les travailleuses du sexe sont considérées comme étant à très haut risque pour l'acquisition et la transmission du VIH [8] et ont souvent été décrites comme un petit groupe hautement surexposé et vulnérable dans lequel l'infection est hyper-endémique et duquel elle se répand à la population générale [9]. Dans les pays où la transmission hétérosexuelle est prédominante, les travailleuses du sexe constituent le groupe clé le plus important [10, 11].

II- OBJECTIFS

II-Objectifs de l'étude

1-Objectif général

-Analyser les comportements à risque d'infection sexuellement transmissible parmi les travailleuses du sexe assistées par l'ONG SOUTOURA à Bamako et Kayes.

2- Objectifs spécifiques

- Analyser les comportements à risque d'infection sexuellement transmissible.
- Déterminer la fréquence des syndromes d'infection sexuellement transmissible.
- Déterminer les germes fréquemment rencontrés.
- Déterminer le taux de séropositivité parmi chez ses travailleuses du sexe.

iii-GENERALITES

1. Définition des IST: Les IST sont des maladies infectieuses qui comme leurs noms l'indiquent se transmettent entre les partenaires au cours des différentes formes de rapports sexuels : de contacts génitaux et ou de rapport par le sexe oral et ou par l'anus. [1]

1.2. Agent pathogène :

On dénombre plus de 20 micros organismes qui se transmettent couramment au cours des rapports sexuels ; les plus fréquents sont le gonocoque, le treponema pallidum, le Chlamydia trachomatis, le Candidas albicans, le Papilloma virus, Herpès Simplex, le virus de l'immunodéficience acquise. [12]

1.3. Mode de transmission des IST

1.3.1. La voie sexuelle : c'est la principale voie de contamination du VIH et des germes responsables d'IST,

1.3.2. La voie maternelle (mère- enfant) ; deux voies de transmission sont possibles : la voie verticale transplacentaire (syphilis congénitales, VIH) ; et la voie filière génitale (conjonctivite du nouveau né),

1.3.3. La voie buccale : hépatite B et C,

1.3.4. La voie sanguine : hépatite B et C et VIH [13].

1.4. Fréquence :

Selon L'OMS 33. 000. 000 de cas d'IST surviennent chaque année, avec 4 cas d'IST les fréquents qui sont :

- La Gonococcie : 62.000.000 de cas par an
- La Chlamydiose : 89. 000.000 de cas par an
- La Syphilis : 12.000.000 de cas par an
- La Trichomonas : 17 000 000 de cas par an [1]

2. VIH/ SIDA

1.2. Agent pathogène

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. [14]

1.3. Mode de transmission du VIH

1.3.1. Transmission sexuelle

C'est le mode de transmission le plus fréquent :

- le virus est contenu dans le sperme et les sécrétions vaginales : cervicales ;
- tous rapports sexuels non protégés peuvent causer la transmission du VIH ;
- les facteurs favorisant : Les IST causes d'ulcérations, d'inflammations ;
- la transmission hétérosexuelle : la plus fréquente en Afrique.
- la transmission homosexuelle : au début de l'épidémie en Europe et aux Etat –Unis.

1.3.2. Transmission sanguine

Les principaux modes de transmission par voie sanguine sont :

- transfusion de sang et dérivés sanguins contaminés ;
- transplantation d'organes contaminés ;
- utilisations d'objet tranchant ou piquant souillés partagés :
 - seringues, matériel médical non stérilisé,
 - rasoirs, couteaux, ciseaux, lames.....

1.3.3. Transmission de la mère à l'enfant

Le risque de transmission maternofoetale du VIH se situe entre 15 et 40% en fonction des continents et cette transmission peut être :

- pendant la grossesse à travers le placenta ;
- au cours de l'accouchement lors du passage dans les voies génitales basses.

1.4. La fréquence

L'épidémie par le VIH représente à nos jours une grande menace pour le monde en raison du nombre de croissance de personnes infectées, et son impact négatif sur le développement socioéconomique.

En fin de 2007 l'ONU/SIDA estimait à 33 millions le nombre de personnes infectées par le VIH. Selon le même rapport 2,3 millions d'enfants de moins de 15ans vivaient avec le VIH/SIDA ; 330 000 en sont décédés et 420 000 ont été nouvellement infectées [15].

3. Lien entre IST et SIDA

De nombreuses études ont démontrée le rôle des IST comme facteurs favorisant dans la survenue de l'infection par VIH. Les IST constituent des portes ouvertes au VIH [1, 16,17]. Ces IST restent un problème de santé publique majeur.

Il est scientifiquement établi qu'un traitement correct et systématique et la prévention des IST ainsi que le changement de comportement peuvent faciliter la lutte contre le VIH/SIDA dans la population concernée [18, 1, 19,20]

Cependant, les IST classiques ont fortement diminuée dans les pays occidentaux notamment en raison de l'utilisation plus fréquente des préservatifs. [21]

4. Les travailleuses du sexe :

Cependant peu d'études sur la prostitution ont été réalisées jusqu'à ce jour au Mali. Selon le cadre stratégique National (CSN 2006-2010), le nombre de travailleuses du sexe au Mali est estimé à 15 591. [22]

Une enquête réalisée par le projet SIDA 3 en 2004 au Mali à fait ressortir quelques éléments caractéristiques de ce secteur, la prostitution n'est pas légale mais tolérée. Certains aspects qui entourent la prostitution sont néanmoins interdits tels que l'outrage public à la pudeur, l'incitation à la débauche, l'exploitation sexuelle et le proxénétisme. [23].

4.1. Définition d'une travailleuse du sexe :

Une travailleuse du sexe (en anglais : sex worker), terme générique utilisée à l'échelle internationale pour désigner les métiers ou pratiques qui mettent en scène une performance sexuelle qui, dans la majorité des cas, est une prestation de service en échange d'une compensation monétaire [46].

4.2 Les différentes catégories de travailleuses du sexe et le circuit de prostitution :

- D'une part, il y a les travailleuses du sexe affichées ; qui s'affichent comme travailleuses du sexe, qui sont connues et exercent le métier dans un lieu fixe (maisons closes et les bars avec chambres). [24]

Celles-ci sont le plus souvent originaires des pays de la sous région. Elles sont attachées à une maison close (déclarée sous le nom d'hôtel ou bar-restaurant) où elles payent un « loyer » à la journée pour une chambre variant de 2000 à 7500 FCFA. Elles sont enregistrées par les services de police des mœurs. [25]

- D'autre part, il existe les travailleuses du sexe dites clandestines qui cherchent les clients autour des petits bars, dans les quartiers ou dans la rue. Pratiquent la prostitution le soir dans la rue. Elles vivent généralement en famille et sont surtout d'origine malienne. La travailleuse du sexe clandestine ne s'identifie pas à un groupe affiché de travailleuse du sexe, ne se dévoile pas comme travailleuse du sexe et craint d'être reconnue lorsque qu'elle vient sur le site. Pour ne pas être reconnue, elle exercera loin de chez elle et se déguisera sur place pour le travail. Une fois terminée elle reprend son apparence « civil ». [24]

5. Les circuits de prostitution

- Le circuit le plus fréquent est le bar-restaurant « maquis » avec chambres de passe. La fille se trouve dans le bar et quand elle trouve un client, ils partent dans une des chambres. Le client loue la chambre (le plus souvent entre 2500 FCFA et 5000 FCFA) auprès du gérant et paye la passe à la travailleuse du sexe.

- Le circuit dernier-né, apparu avec l'arrivée des téléphones mobiles, est celui des hôtels. Des filles laissent des photos et numéros de téléphone à une personne secrète dans les hôtels chics et c'est le client qui appelle lui-même une fille. Beaucoup d'étudiantes essayent d'entrer dans ce dernier circuit.

Les Maliennes sont originaires de toutes les régions administratives du pays. La grande majorité des travailleuses du sexe proviennent de familles nombreuses, à faibles moyens économiques. L'âge des travailleuses du sexe au Mali se situe entre 11 et plus de 50 ans. [25]

6. Facteurs de risques aux IST-VIH/SIDA chez les travailleuses du sexe :

Les facteurs de risques par rapport aux IST-VIH/SIDA sont plus nombreux chez les travailleuses du sexe que dans la population générale.

-Il y a tout d'abord le multi partenariat et l'âge des travailleuses du sexe. Les jeunes travailleuses du sexe ne sont pas en bonne position pour négocier un rapport sexuel protégé tandis que les femmes d'âge avancé trouvant moins facilement des clients, sont contraintes d'accepter des rapports non protégés. Le fait de ne pas se servir d'un préservatif dans l'une de ces situations expose les partenaires à risque d'infection très élevé ;

-Il y a le facteur biologique mettant la femme plus en danger que l'homme

-Des facteurs exogènes mettent la travailleuse du sexe à risque, vu que les loyers dans les maisons closes ont récemment augmenté, ce qui oblige les travailleuses du sexe à avoir plus de clients. « Avec un loyer de 7500 FCFA, les filles doivent coucher avec 8 garçons juste pour le loyer ». Aussi, les rafles des agents de sécurité exigeant de l'argent mettent les filles en difficulté financière.

[25]

IV-METHODOLOGIE

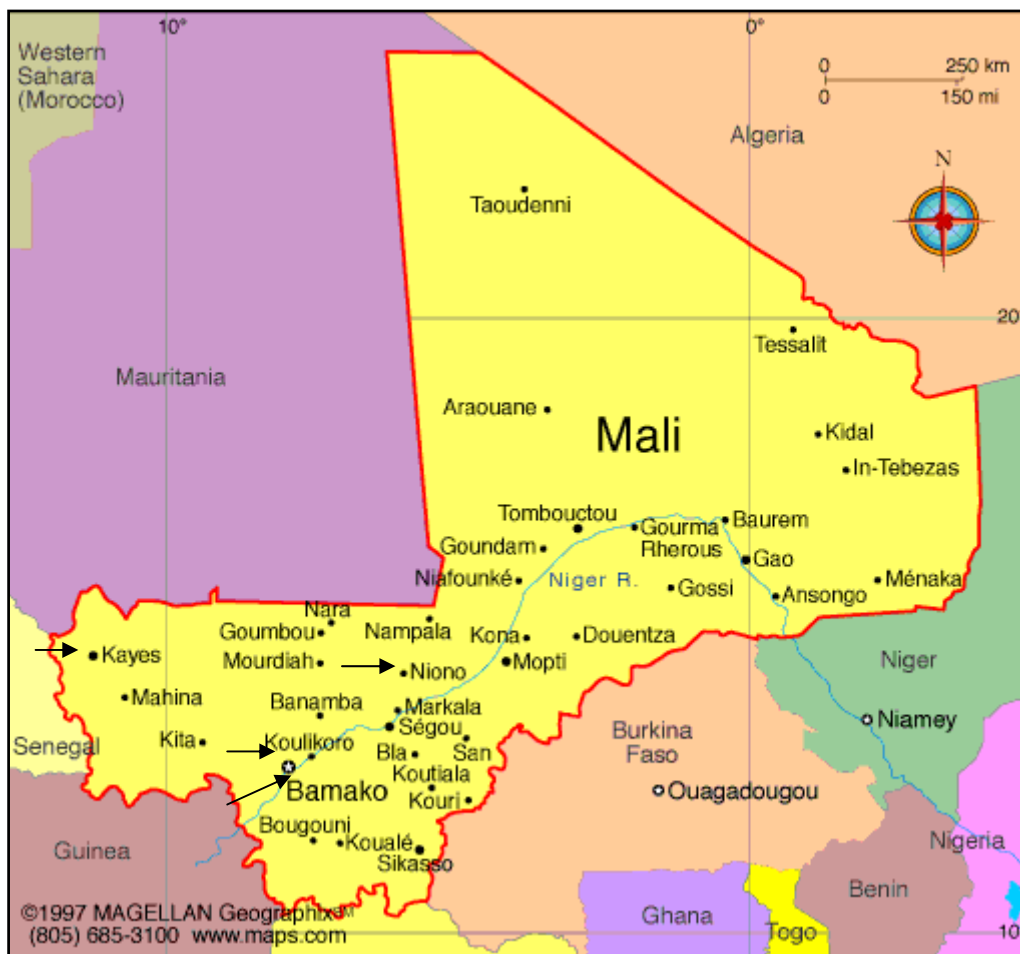
METHODOLOGIE

1. Cadre d'étude :

Notre étude a été effectuée à Bamako capitale du Mali et à Kayes première région administrative du pays.

SOUTOURA est un projet d'appui aux travailleuses du sexe créé en 2000.

La discrétion est au cœur de la relation entre l'ONG. Aucun panneau d'affichage n'indique la présence de l'ONG afin de mieux garantir l'anonymat et la confidentialité des personnes qui s'y rendent.



La carte du Mali et les 4 sites d'intervention de SOUTOURA (Bamako, Kati, Niono, et Kayes).

2. Type d'étude :

Il s'agissait d'une étude transversale portant sur des patientes présentant les symptômes d'IST suivants : écoulement vaginal, ulcération génitale et douleur abdominale basse.

3 .Période d'étude

L'étude s'est déroulée sur une période de 4 mois (du 01 Septembre 2007 au 01 Janvier 2008) sur deux sites Bamako et Kayes.

4. Population d'étude :

L'étude a porté sur les travailleuses du sexe suivies médicalement à la clinique SOUTOURA de Bamako et Kayes soit pour écoulement vaginal, d'ulcération génitale et douleur abdominale basse.

5. Les critères d'inclusion et de non inclusion :

5.1. Les critères d'inclusion sont :

- Donner son consentement à participer à l'étude,
- Etre reconnue comme travailleuse du sexe par la clinique SOUTOURA,
- Age supérieur à 15 ans,
- travailleuses du sexe diagnostiquées à la clinique avec des symptômes d'IST, au cours des visites de routine,

5.2. Les critères non inclusion :

N'ont pas été retenues :

- Toutes les travailleuses du sexe n'ayant pas accepté pas de façon volontaire l'enquête
- Patientes sous traitement antibiotique.

6. Echantillonnage :

La taille de l'échantillon a été calculée suivant la formule de SCHWARTZ

$$n = \frac{t^2 \times p(1-p)}{m^2}$$

Avec :

n = taille d'échantillon requise

t = niveau de confiance à 95% (valeur type de 1,96)

p = prévalence estimative de la maladie dans la population d'étude

m = marge d'erreur à 5% (valeur type de 0,05)

t = 1.96 donc **t**² = 1.96 x 1.96 = 3.8416

p = 0.353 la prévalence des cas d'IST chez les TS (CDC)

m = 0,05 donc **m**² = 0.0025

La taille de échantillon : $n = 3.8416 \times 0.353(0.647)/0.0025 = 351$

Nous prévoyons la taille de l'échantillon à (+-10) soit 361 travailleuses du sexe.

7. Méthode de collecte des données

7.1.Examen clinique :

- Un interrogatoire minutieux a été fait à la recherche des données Sociodémographiques, certaines variables de comportement sexuel.
- Un examen physique des organes génitaux externes à la recherche d'ulcération génitale, la pose du speculum à la recherche d'écoulement vaginal, l'examen Bi-manuel pour confirmer la présence de douleur abdominale basse.

7.2. Gestion des données :

Les données ont été récoltées à partir des registres cliniques de consultation conçus spécialement pour le suivi des travailleuses du sexe et d'un questionnaire adressé aux travailleuses du sexe. Un numéro d'identification unique a été attribué à chaque travailleuse du sexe au moment de son inscription en vue de préserver l'anonymat. Le formulaire d'entretien et les échantillons de laboratoire étaient identifiés avec ce numéro.

Le formulaire a été pré testé et corrigé.

La saisie des données a été effectuée sur le logiciel Epi Info 6.4 et l'analyse sur SPSS version 16.

8. Aspect éthique de l'étude :

Le protocole a été soumis aux comités d'éthique de l'INRSP et du CDC, l'anonymat des participantes et la confidentialité des résultats ont été respectés. Le consentement de chaque participante a été obtenu avant son inclusion dans l'étude.

Cette étude répond à une question de santé publique majeure au Mali en rapport très étroit avec les comportements à risques et les syndromes IST chez les travailleuses du sexe.

L'adhésion de l'enquête était libre et sans contrainte et toute personne volontairement pouvait arrêter sa participation soit à l'enquête clinique ou soit à l'enquête biologique à n'importe quel moment de l'étude.

Compte tenu du niveau d'étude faible des travailleuses du sexe les consentements ont été développés en français, anglais et bamanan (langue locale) et lus aux participantes, le formulaire de consentement a été signé par les travailleuses du sexe.

Tous les formulaires de consentement ont été gardés dans des tiroirs ou armoires fermés à clés au niveau de chaque site d'étude.

Les données démographiques et cliniques qui sont collectées comme partie des services cliniques seront reliés au fichier de données par une variable de liaison, qui une fois détruite ne permettra plus de faire le lien entre les données et les individus. Les données ont été saisies avec le logiciel Epi-info à SOUTOURA. Les questionnaires et les formulaires de consentement ont été gardés par le CDC/MALI.

V=RESULTATS

Notre étude a porté sur un total 361 travailleuses du sexe dont 202 à Bamako et 159 à Kayes.

5.1 Caractéristiques sociodémographiques des travailleuses du sexe

Tableau I : Répartition des travailleuses du sexe selon l'âge.

Age (ans)	Effectif	Pourcentage
15-24	166	46,0 %
25-34	158	43,8 %
35-45	27	7,5 %
46 -54	10	2,8 %
Total	361	100 %

Dans notre étude la tranche d'âge de 15-24 ans représentait la majorité de notre échantillon avec 46,0 % des cas.

Tableau II: Répartition des travailleuses du sexe selon la nationalité.

Nationalité	Effectif	Pourcentage
Nigériane	236	66,2 %
Maliennne	95	26,3 %
Burkinabé	12	3,3 %
Ghanéenne	5	1,4 %
Ivoirienne	5	1,4 %
Sénégalaise	2	0,6%
Béninoise	1	0,3%
Gambienne	1	0,3%
Nigérienne	1	0,3 %
Total	361	100 %

Les Nigérianes étaient à 66,2%, suivis par les Maliennes 26,3%, les Burkinabés 3,3%, les Ghanéennes 1,4%, sénégalaises 1,4%, les Ivoirienne 0,6%, les Béninoises, les Gambiennes, les Nigériennes représentaient 0,3%.

Tableau III : Répartition des travailleuses du sexe selon le statut matrimonial.

Statut	Effectif	Pourcentage
Mariée monogame	22	6,1%
Mariée polygame	20	5,5%
Célibataire	290	80,3%
Divorcée	14	3,9%
Veuve	15	4,2 %
Total	361	100 %

La majorité des travailleuses du sexe de notre échantillon était représentée par les Célibataires soit 80,3%.

Tableau IV : Répartition des travailleuses du sexe selon le niveau d'instruction.

Scolarité	Effectif	Pourcentage
Primaire	122	33,8 %
Secondaire	119	33,0 %
Supérieur	9	2,5 %
Non scolarisée	111	30,7%
Total	361	100 %

Le niveau scolaire des travailleuses du sexe abordées est faible dans l'ensemble, la majorité d'entre elles étaient de niveau primaire soit 33,8 %.

5.2. Les comportements sexuels des travailleuses du sexe

Tableau V: Répartition des travailleuses du sexe selon l'âge au premier rapport sexuel.

L'âge au Premier rapport sexuel	Effectif	Pourcentage
<10 ans	1	0,3 %
10-15 ans	103	28,5 %
16-20 ans	225	62,3 %
21-24 ans	17	4,7 %
25-54 ans	1	0,3 %
Sans information	14	3,9 %
Total	361	100 %

La majorité des travailleuses du sexe avait une tranche d'âge entre 16-20 ans lors de leur premier rapport sexuel soit 62,3%.

Tableau VI: Répartition des travailleuses du sexe selon l'âge au premier rapport sexuel commercial.

Commercial	Effectif	Pourcentage
10-15 ans	6	1,7 %
16-20 ans	105	29,1 %
21- 24 ans	121	33,5 %
25-54 ans	28	7,8 %
Sans information	101	28,0 %
Total	361	100 %

La majorité des travailleuses du sexe avait une tranche d'âge entre 21-24 ans lors de leur premier rapport sexuel commercial, soit 33,5 %.

Tableau VII : Répartition des travailleuses du sexe en fonction de la fréquence d'utilisation du préservatif avec les clients.

Client	Effectif	Pourcentage
Toujours	357	98,9 %
Parfois	3	0,8 %
Sans information	1	0,3 %
Total	361	100 %

La majorité des travailleuses du sexe utilisent toujours les préservatifs avec les clients soit 98,9 % et 0,3% n'avaient pas fourni d'information.

Tableau VIII : Répartition des travailleuses du sexe en fonction de la fréquence d'utilisation du préservatif avec le dernier client.

Client	Effectif	Pourcentage
Oui	358	99,2 %
Non	2	0,6 %
Sans information	1	0,3 %
Total	361	100 %

La majorité des travailleuses du sexe ont utilisé les préservatifs avec le dernier client soit 99,2%, et 0,3% d'entre elles n'avaient pas donné d'information.

Tableau IX : Répartition des travailleuses du sexe en fonction de la fréquence d'utilisation du préservatif avec le partenaire régulier.

Partenaire régulier	Effectif	Pourcentage
Toujours	1	0,3 %
Parfois	134	37,1 %
Jamais	27	7,5 %
Sans information	199	55,1 %
Total	361	100 %

Dans notre population 37,1 % des travailleuses du sexe utilisaient parfois les préservatifs avec le partenaire régulier.

5.3. Les résultats de l'examen clinique

Tableau X : Répartition des travailleuses du sexe en fonction des signes d'IST : Ecoulement vaginal, Ulcérations, et de Douleur abdominale basse.

Signes d'IST	Oui		Non	
	n	%	n	%
Ecoulement vaginal	81	22,4	280	77,6
Ulcérations	4	1,1	357	98,9
Douleur abdominale basse	20	5,5	341	94,5

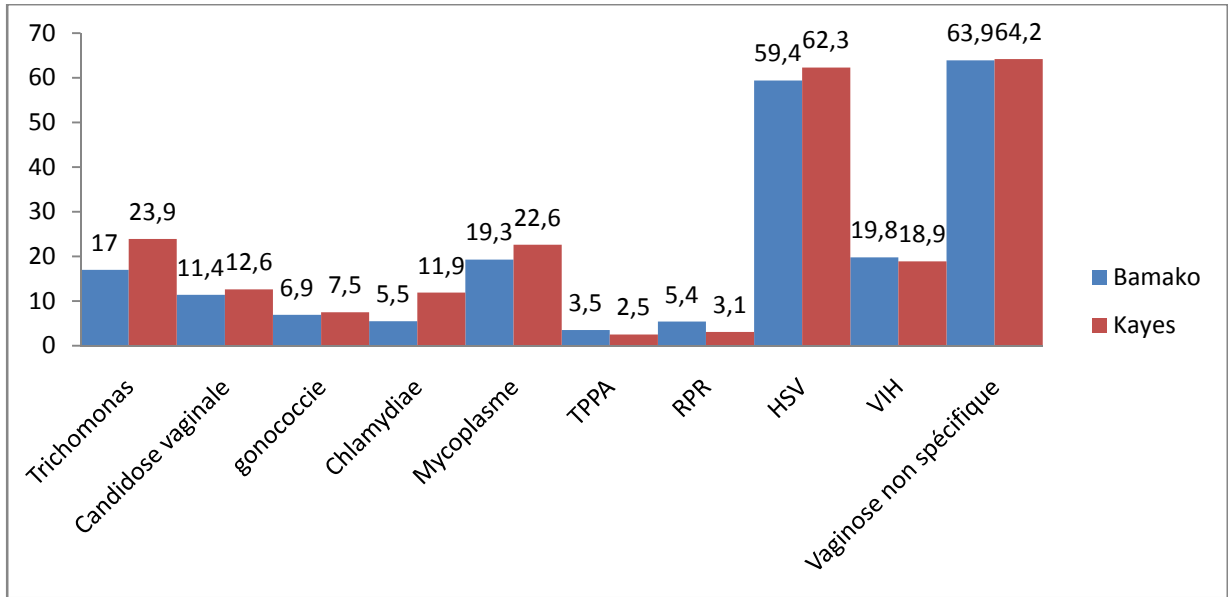
Dans notre population d'étude 22,4% avaient un écoulement vaginal, 1,1% d'ulcérations ou plaies génitales, et 5,5% des travailleuses du sexe avaient une douleur abdominale basse.

5.4. Les résultats des examens de laboratoire

Tableau XI: Répartition des travailleuses du sexe en fonction de la présence des germes dans les deux régions.

Régions	Bamako						Kayes					
	Oui		Non		Non fait		Oui		Non		Non fait	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Germes												
Trichomonas	36	17	165	81,7	1	0,5	38	23,9	121	76,1	0	0
Candidose vaginale	23	11,4	175	86,6	4	2	23	12,6	139	87,4	0	0
gonococcie	14	6,9	188	93,1	0	0	12	7,5	146	91,8	1	0,6
Chlamydiae	11	5,5	190	94,1	1	0,5	19	11,9	140	88,1	0	0
Mycoplasme	39	19,3	162	80,2	1	0,5	36	22,6	123	77,4	0	0
TPPA	7	3,5	185	91,9	10	5,0	4	2,5	155	97,5	0	0
RPR	11	5,4	181	89,6	10	5,0	5	3,1	154	96,9	0	0
HSV	120	59,4	72	35,6	10	5,0	99	62,3	60	37,7	0	0
VIH	40	19,8	159	78,7	3	1,5	30	18,9	123	77,4	6	3,8
Vaginose non spécifique	129	63,9	68	33,7	5	2,7	102	64,2	57	35,8	0	0

Evaluation des comportements à risque et des syndromes d'IST et VIH/SIDA chez les travailleuses du sexe fréquentant les services de l'ONG SOUTOURA à BAMAKO-KAYES



Dans notre population il n'y a pas de différence significative entre la prévalence de la vaginose non spécifique à Bamako (63,9%) et celle de Kayes (64,2%). Le taux de TPPA est plus élevé chez les travailleuses du sexe de Bamako avec 3,5% que chez les travailleuses du sexe de Kayes 2,5%.

VI-COMMENTAIRES & DISCUSSION

Notre étude porte sur 361 travailleuses du sexe dont 202 à Bamako et 159 à Kayes.

1. Caractéristiques sociodémographiques

Dans les deux villes, la tranche **d'âge** de 13-24 ans est la plus représentée avec 46% contrairement à celle de **DIOLLO [26]** qui avait trouvé 37,2% dans une fourchette de 30-39 ans.

Au plan sociodémographique, un des résultats frappants de cette étude est la forte proportion des travailleuses du sexe de **nationalité** Nigériane avec 66,2%. Les études réalisées au **BENIN** en 2002 et 2005 [27,28] avaient montré respectivement que la majorité des travailleuses du sexe étaient d'origine Nigériane soit 55% et 82 % étaient originaires d'autres pays. Cette présence importante des travailleuses du sexe d'origine étrangère a aussi été notée dans une étude réalisée en Côte d'Ivoire par **DIALLO MO. et al [29]**.

Cela peut s'expliquer par la mobilité importante de la population au niveau de la sous-région et pour ne pas se faire reconnaître par les siens.

Les **célibataires** étaient les plus représentées avec 80,3 % des cas dans notre étude.

Concernant le **niveau d'étude** des enquêtées, 30,7 % des travailleuses du sexe étaient non scolarisées, 33,8% de niveau primaire, 33 % de niveau secondaire, 2,5% avaient un niveau supérieur.

Le niveau d'instruction des travailleuses du sexe dans notre étude était supérieur à celle faite par **E. Sévérin et D.Ouohi [30]** en Côte d'Ivoire en 2003 qui ont trouvé 44% à 55% des travailleuses du sexe n'ont jamais été à l'école et seulement 1% avaient un niveau primaire.

Le faible niveau de scolarisation s'explique par les conditions socio-économiques défavorables des travailleuses du sexe.

2. Comportement sexuel :

L'âge du premier rapport sexuel variait entre 16 et 20 ans soit 62,3% de notre échantillon. **Diallo F [26]** a trouvé dans son étude que l'âge au premier rapport sexuel était de 13ans.

La majorité des TS ont eu leur **premier rapport sexuel commercial** entre 21 et 24ans soit 46%. (**Nicole Pino**) [31] a rapporté dans son étude que l'âge du premier rapport rémunéré se situait entre 18 et 25 ans.

L'utilisation des préservatifs par les travailleuses du sexe lors des rapports sexuel variait en fonction du type de partenaire .Elle est plus importante avec les **clients** 99,2% qu'avec les partenaires réguliers qui sont généralement les maris, conjoints, copains à des niveaux variables.Toujours (0,3 %), Parfois (37,1 %) et 7,5% n'utilisaient jamais les préservatifs.

Notre étude est comparable à celle menée par **CDC et le Groupe Pivot Santé Population [32]** en 2006 à Bamako qui avait montré qu'une large majorité des travailleuses du sexe utilisent le préservatif avec leur client (98,5% des travailleuses du sexe interrogées) mais seulement 51.2% l'utilisent avec leur copain.

Dans une étude réalisée à **Ziguinchor** (Sénégal) en 2005 [33] sur les travailleuses du sexe le taux d'utilisation des préservatifs avec les clients était de 65% et presque nul avec les copains.

Une explication pour le plus faible taux d'utilisation du condom généralement avec les partenaires non payants est que les travailleuses du sexe les considèrent comme leurs maris ou leurs petits amis, estiment que ce sont des gens qu'elles connaissent bien et aussi le physique apparent de ces derniers les rassure qu'ils sont bien portants et ne peuvent pas avoir des maladies infectieuses. Aussi, le refus de ces partenaires d'utiliser le condom pourrait être une source du faible taux. Cette observation a été faite dans une autre étude réalisée au Kenya [34].

Cette confiance apparente et le refus d'utilisation du condom par les partenaires réguliers (non payants) pourraient malheureusement favoriser des grossesses non désirées, des avortements provoqués clandestins, la transmission des IST/ VIH dans la population générale. Le faible niveau d'utilisation du condom avec les partenaires réguliers a été observé dans d'autres études [35, 36].

L'usage des préservatifs avec les clients a également augmenté au fil des ans. Ceci pourrait être expliqué par une prise de conscience des travailleuses du sexe et de leurs clients et par les effets de l'intervention intégrée mise en place par les ONG intervenant dans le milieu de la prostitution.

3. Prévalence des IST :

Dans notre étude la prévalence globale des IST pour les deux villes a été : Trichomonas (20,5%), Candidose Vaginale 12,7%, Gonococcie (7,2%), Vaginose non spécifique (64%), Chlamydia 8,3%, TPPA 3%, RPR 4,4%, L'infection à mycoplasme (20,8%), Herpes Simplex (60,7%), VIH (19,4%).

L'étude de SABE [37] et ISBS 2006 [38] ont trouvé des taux respectifs de 5,2 % et 3,3% pour *Nisseria gonorrhée*, 4,5 % et 3,8 % pour *Chlamydia Trachomatis*. Ces données sont inférieures à notre résultat soit 7,2% pour la *Gonococcie* et (8,3 %) pour *Chlamydia Trachomatis*.

Une enquête menée à **Dakar en 2003 [39]** chez des travailleuses du sexe "clandestines" a montré une prévalence de 24 %, 22 %, et 20 % respectivement pour la syphilis, les infections dues à *Nisseria gonorrhée*, et *Chlamydia Trachomatis*.

La prévalence de l'herpès Simplex dans notre étude est nettement supérieure (60,7%) à celle de **GAO [40]** en 2009 sur les femmes enceintes soit 17,2%.

Par ailleurs l'enquête réalisée en 2002 au **Bénin [27]** sur les travailleuses du sexe a montré un taux de prévalence du Syphilis à 1,5% et celle de

l'EDSM IV [41] chez les femmes enceintes en milieu urbain africain est de 0,9% à 17% qui est nettement inférieure à notre résultat.

L'étude de **J. MONSONEGRO [42]** en 2006 a montrée que la prévalence de l'infection à l'Herpes Simplex était fonction de l'âge : le pic de prévalence se situe entre 20 et 25 ans. L'exposition aux HPV se produit le plus souvent chez la femme, peu après le début de son activité sexuelle. Le taux d'infection à HPV chez la femme jeune se situe entre 19 et 49 %.

Dans notre étude la prévalence de TPPA et RPR était respectivement de (3%) et (4,4%) qui est inférieure à celle réalisée par **Gerstl et al [43]** en 2005 en vue d'estimer la prévalence du Pian au niveau villageois dans la région de l'équateur au Nord de la République Démocratique du Congo. Trois cent quatre -vingt trois participants présentaient des lésions cutanées cliniquement évocatrices du pian, et 223 (58,2%) étaient positifs au RPR. Parmi ceux qui étaient positifs aux tests de RPR 56 (25,1%) seulement étaient confirmés positifs par TPPA (13)

La prévalence de la vaginose non spécifique (64%) est nettement supérieure à celle de **SABE [37]** 30,56%, l'infection à Candida 12,7% et celle du Mycoplasme 20,8%).

D'après l'Organisation Mondiale de la Santé, environ deux millions de grossesses sont affectées chaque année ; environ 25% de ces grossesses finissent par des fausses couches ou des avortements spontanés, 25% d'autres par des nouveau-nés à faible poids de naissance ou avec une infection grave [44].

4. La sérologie VIH :

Dans notre étude 19,4% des travailleuses du sexe avaient une sérologie VIH positive dont 19,8% chez les travailleuses du sexe de Bamako et 18,9% des travailleuses du sexe à Kayes. Cette prévalence est nettement inférieure à celle retrouvée chez les travailleuses du sexe soit 63,33% au début l'épidémie [45].

SABE [37] et WAPCAS [30] ont eu approximativement les mêmes résultats, soit respectivement 24% et 23%.

Une étude réalisée au Benin en 2005 où on note une prévalence élevée du VIH (30,5 %). Ce taux élevé de l'infection par le VIH chez les travailleuses du sexe est compatible avec d'autres études [2-5,17-19].

Les différentes éditions **d'ISBS [38]** ont montré les résultats suivants sur la prévalence du VIH chez les travailleuses du sexe : en **2000** (28,9%), 2003 (31,9%) ,**2006** (35,3%), **2009** (24,2%) ; toutes ses prévalences sont supérieures à celle trouvée dans notre étude (19,4%).

La diminution de la prévalence du VIH pourrait être aussi partiellement attribuée au fait que les travailleuses du sexe les plus anciennes avec VIH sont décédées et remplacées par de nouvelles non encore infectées. Ainsi l'arrivée importante de nouvelles travailleuses du sexe non infectées pourrait expliquer la diminution de la prévalence du VIH entre les différentes enquêtes réalisées au MALI.

Tous les résultats positifs au VIH ont été référés à un centre de prise en charge en ARV dans notre étude.

VII-CONCLUSION

CONCLUSION

Cette étude transversale nous a permis une analyse de la situation épidémiologique de l'infection par le VIH et les autres IST dans une population de travailleuse du sexe dans deux zones urbaines, Bamako et Kayes.

L'échantillon a porté sur 361 travailleuses du sexe venues en visite à la clinique SOUTOURA des deux villes. La Tranche d'âge la plus représentée était 15-24 ans et la majorité des travailleuses du sexe étaient des célibataires soit (80,3%). Le niveau de scolarité des travailleuses du sexe abordées est très faible dans l'ensemble, la majorité d'entre elles avaient un niveau d'étude primaire soit (33,8%).

L'âge au premier rapport sexuel varie de 16 à 20 ans (62,3%) et l'âge du premier rapport sexuel commercial va de 21 à 24 ans (33,5%). La plus part des travailleuses du sexe utilisaient le préservatif avec les clients (98,9%) et 37,1% l'utilisaient parfois avec leurs partenaires réguliers (boys friend, petit copain, maris).

La prévalence de ces infections était plus élevée à Kayes qu'à Bamako.

Les ulcérations engendrées par ses IST constituent une porte d'entrée pour le VIH. Leur prise en charge mérite une meilleure approche.

Tous les cas avaient été diagnostiqués cliniquement et avec des examens complémentaires au laboratoire.

Les résultats de notre étude, non représentatif de la population générale des travailleuses du sexe du Mali pourraient être objet d'autres études couvrant la plus grande majorité de la population des travailleuses du sexe.

VIH

RECOMMANDATIONS

RECOMMANDATIONS

1. A la cellule sectorielle de lutte contre le SIDA :

-Promouvoir des actions accrues et étendues sur l'ensemble du territoire Malien pour assurer une prise en charge des travailleuses du sexe dans leur mobilité à travers le pays.

2. Population cible : les travailleuses du sexe

- Renforcer les moyens pour faire venir davantage les travailleuses du sexe en consultation et dépistage volontaire pour le VIH/SIDA, leurs copains ainsi que leurs clients.

-Renforcer d'avantage les volets de sensibilisation pour un changement de comportement.

3. Aux ONG intervenant dans le milieu prostitutionnel :

-œuvrer à développer des services de qualité, efficaces et appropriés pour la prévention des IST/VIH et la promotion de comportements à moindre risque dans l'ensemble des régions du pays car les travailleuses du sexe se déplacent énormément.

-Traduire les supports et outils de communication (documents, cassettes vidéo et audio etc.) dans les différentes langues (Bamanan et Anglais)

IX

REFERENCES

BIBLIOGRAPHIQUES

1.OMS/ONUSIDA/UNICEF

Strategie mondiale de lutte contre les infections sexuellement transmissibles. Les maladies sexuellement transmissibles :politique et principes de prevention et de soins.Publ:2006-2015

2.VALLOIS.C;WILLIAMS.R;MAIGA.M;MAIGA.B;TOGOLA B;

Fondation pour le developpement de la formation médicale Qebec-Mali
Infection sexuellement transmissible.Version 2005

3. SIDA 3/AIDS3.

Capitalisation de l'expérience de la composante « appui à la participation communautaire » du volet Mali

Faculté de médecine / Université de Montréal.2005. p49.

4. HCNLS Infos.

Bulletin d'information du haut conseil national de lutte contre le SIDA (HCNLS)-N° spécial du 1^{ER} Décembre 2008.Bamako 2008, 25p

5. GIRARD M.P

Vaccin contre le SIDA : Etat des lieux

Méd Trop 2007; 67: 340-345.

6. WILSON D.

VIH Epidemiology: A review of Recent Trends and Lessons.2006; p13

7. JOESEF MR, KIO D, LINNAN M, et AL. Determinants of condom use in female sex workers in Surabaya, Indonesia. Int J STD AIDS 2000; 11: 262-5.

8. ESTEBANEZ P, FITCH K, NAJERA R. HIV and female sex workers. Bull World Health Organ 1993; 73: 397-412.

9. PLUMMER FA, NAGELKERKE NJ, MOSES S, et AL. The importance of core groups in the epidemiology and control of HIV-1 infection. AIDS 1991; 5 (Suppl 1): S169-S176.

10. GHYS PD, DIALLO OM, ETTIEGNE TRAORE V, et AL. Increase in condom use and decline in HIV and sexually transmitted diseases among female sex workers in Abidjan, Côte d'Ivoire, 1991-1998. AIDS 2002; 16: 251-8.

11. GERMAIN M, ALARY M, GUEDEME A, et AL. Evaluation of a screening algorithm for the diagnosis of genital infections with Neisseria gonorrhoeae and Chlamydia trachomatis among female sex workers in Benin. SEX TRANSM DIS 1997 ; 24 : 109-15.

12. 2EME EDITION MASSON, M DOLIVO et COLLABORATEUR : maladie transmises par voies sexuelles.

13. LASSANA DIARRA :

Profil épidémioclinique des IST et évaluation des algorithmes de la prise en charge syndromique au centre de santé de référence de la Commune V thèse de médecine 2000-2001N°01M73

14. CAUMES E

Manifestations dermatologiques au cours du sida ; Paris Glaxowelcome; 1996 ,136p

15. ONU SIDA/OMS le point sur l'épidémie du SIDA, Décembre 2007 ; 3p

16. INSTITUT ROYAL DES TROPIQUES:

Relever les défis du VIH/SIDA et des MST AIDS/SAF AIDS/OMS
1995 ; 5-7p

17. OVER M.PIOT; HIV

Infection and sexually transmitted diseases in diseases control priorities in developing countries Washington. Oxford University 1993 ;5-25p

18. OUMOU AROUNA KEITA

Etude intégrée sur la prévalence des IST/VIH et des comportements sexuels de cinq populations cible au Mali .Thèse med 2005 14p

19. DELLA BETTA-FIED. M.NLLAGAM, ISLAM M

La lutte contre les IST un fardeau mondial et un défi à la prévention Aids caps
USAID 1997; 5-7p

20. ONU SIDA baisse des taux d'infection à VIH associée à l'évolution des comportements sexuels en Thaïlande 1998 ; 1-2p

21. ONU SIDA/OMS les principes directeurs applicables a la surveillance des IST et VIH dans le monde 1991 ; 15p

22. SECRETARIAT EXECUTIF HAUT CONSEIL DE LUTTE CONTRE LE VIH et le SIDA.

Atteindre les objectifs, mobiliser les ressources et traduire le Cadre Stratégique National en actions (tableau B-2 taille des populations prioritaires). Août 2006, HCNLS: Bamako.

23. CCISD. Trajectoire de jeunes filles exploitées sexuellement en Afrique de l'Ouest (Projet d'appui à la lutte contre le SIDA en Afrique de l'ouest/SIDA Octobre 2005 ; 3p CCISD : Québec.

24. CELLULE SECTORIELLE DE COORDINATION DE LA LUTTE CONTRE LE SIDA

Rapport Final de l'enquête de Surveillance de Seconde Génération (SSG-2005).
Juillet 2006.p4

25. MEILLEURE PRATIQUE DE LUTTE CONTRE LES IST, ET LE SIDA AU MALI.

L'encadrement des travailleuses du sexe : le cas de l'ONG SOUTOURA.
Bamako 2008 ; 12-23p.

26. FATOUMATA DIALLO.

Etude de la régularité des visites médicales de routine pour une réduction de la transmission des IST-VIH/SIDA chez les professionnelles du sexe à Kati (MALI). Approche de l'ONG « SOUTOURA » Diplôme supérieur de gestion au niveau communautaire des programmes de santé orientés contre le VIH SIDA (DSGSC).2006 ; 30 p.

27.AHOJO A. B , ALARY M, MEDA H, NDOUR M, BATOMA G, BITERAB R, et ALL: Enquête de surveillance intégrée du VIH et des autres infections sexuellement transmissibles chez les travailleuses du sexe au Bénin en 2002. *Cahiers Sante* 2007 ; 17 : 143-51.

28. AHOJO A. B1, ALARY M1, NDOUR M2, LABBE A C3, AHOUSSINOU C4: VIH et IST chez les travailleuses du sexe au Bénin 2005 ; p14.

29. GHYSG P. D, DIALLO M. O, ETTIENNE -TRAORE V, KALE K, TAWIL O, CARAEL M. et ALL: Increase in condom use and decline in HIV and sexually transmitted diseases among female sex workers in Abidjan, Côte d'Ivoire, 1991-1998. *AIDS* 2002; 16: 109-15.

30 .ONUSIDA, UNICEF, PAM, PNUD, UNFPA, ONU DC, OIT, UNESCO, OMS, BANQUE MONDIALE : Réunion consultative régionale sur le commerce du sexe la mobilité et le VIH/SIDA dans les pays de la CEDEAO.6-7 Décembre 2003. Dakar, Sénégal.

Communications pays sur le commerce du sexe et le VIH/SIDA

Dr E. Sévérin et Diomandé Ouohi : COTE D'IVOIRE. p22

Projet Ouest Africain de lutte contre le SIDA et les IST (WAPCAS). p35

31. NICOLE PINO : Principaux résultats de l'étude sur la négociation du port du condom par les travailleuses du sexe de Bamako.2004 ; 6 p

32. F. FOFANA, D. PARRISH, G. SOUCKO, M. A. BARRY, K. LARTIGUE, M. KAMB, T. PETERMAN: Knowledge, Attitude and condom Use Practices among Boyfriends of Female Sex Workers in Bamako, 2008; 1p Mali. CDC et le Groupe Pivot Santé Population.

33 . N'DIAYE P, DRAME B. G, WONE I, TOURE K, DIAGNE CAMARA M, TALL DIA A: Connaissances et pratiques concernant l'infection à VIH/SIDA chez les travailleuses du sexe à Ziguinchor (Sénégal). *Dakar Med* 2005 ; 50 : 183-8.

34. HAWKEN M. P, MELIS R. D. J, NGOMBO D.T, et ALL: Part time female sex workers in a suburban community in Kenya : a vulnerable hidden population. *Sex trans Infect* 2002; 78 : 271-3.

35. HOOYKAAS C, VAN DER PLIGT J, VAN-DOORNUM G. J, et ALL:

Heterosexuals at risk for HIV: differences between private and commercial partners in sexual behavior and condom use. *AIDS* 1989; 3 : 525-32.

36. DARRO W WW. Condom use and use-effectiveness in high-risk populations. *Sex Transm Dis* 1989; 16 : 157-60.

37. OUMOU SABE: Etude de la prévalence des IST/VIH et les facteurs de risque de l'infection à VIH chez les prostituées à DANAYASO, BAMAKO-SIKASSO.

Thèse pharmacie, 2000, N°24. 59 -60 -63p.

38. MINISTERE DE LA SANTE : Enquête intégrée sur la prévalence des IST/VIH et les comportements en matière d'IST (ISBS), 2006, Bamako, menée au Mali, Avril à Juin 2006, Rapport final 2006.77 p.

39. LAURENT C, SECK K, TOURÉ KANE N. C, SAMB N, WADE A, et All: Prevalence of HIV and other sexually transmitted infections, and risk behaviors in unregistered sex workers in Dakar, Sénégal. *AIDS*, 2003, 17, 1811-1816.

40. CELLULE DE COORDINATION DU COMITE SECTORIEL DE LUTTE CONTRE LE SIDA/INRSP : Etude sur la prévalence élevée de la syphilis dans le Nord-est du MALI, Région de GAO. Décembre 2009 p39-45.

41. DIRECTION NATIONALE DE LA STATISTIQUE ET DE L'INFORMATIQUE/ MINISTERE DE LA SANTE / MALI : Enquête démographique de santé Mali (EDSM IV). Bamako 2006 ; 497p.

42. JOSEPH MONSONEGRO : Infection à papillomavirus (Etat des Connaissances, pratiques et prévention vaccinale). France Septembre 2006.

43. GERSTL S, KIWILA G, DHORDA M, LONLAS S, MYATT M, et ALL : Etude de prévalence de Yaws en République Démocratique du Congo a l'aide de Méthode d'échantillonnage d'assurance qualité de lot. PLoS One . 2009 Jul 22 ; 4(7) : 6338.

44. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE : L'élimination de la Syphilis congénitale dans le monde : Justification et stratégie d'action. Genève, Organisation Mondiale de la Santé, 2007.

45. TRAORE S. Contribution à l'étude de séroconversion Anti HIV du SIDA chez les groupes à risques à Bamako. Thèse Pharm. Bamako 1987.

46. TABET P. "Du don au tarif, les relations sexuelles impliquant une compensation", Les Temps modernes, 1987, n°490

X-ANNEXES

FICHE SIGNALITIQUE

Nom: SIDIBE

Prénom : Oumou

Titre de la thèse : Evaluation des comportements à risque et des syndromes d'IST et VIH/SIDA chez les travailleuses du sexe fréquentant les services de l'ONG SOUTOURA à Bamako-Kayes.

Année : 2012-2013

Ville de soutenance : Bamako

Pays d'origine : Mali

Lieu de dépôt : bibliothèque de la faculté de Médecine de pharmacie et d'odontostomatologie.

Secteur d'intérêt : santé publique.

RESUME :

Le but principal de notre étude était d'évaluer les comportements à risques et des syndromes d'infection sexuellement transmissibles et de l'infection à VIH chez les travailleuses du sexe.

L'étude est transversale, elle s'était déroulée du 01 Septembre 2007 au 01 Janvier 2008 dans les cliniques « SOUTOURA » de Bamako et Kayes.

Les critères d'inclusion ont été le consentement de la femme, être reconnue comme TS par la clinique SOUTOURA ; un âge compris entre 15 et 54 ans se présentant à la clinique avec des symptômes (d'écoulement vaginal, ulcération génitale et douleur abdominale basse) ou qui viennent pour des visites de contrôle de routine. Toutes les femmes ont répondu à un questionnaire et subit un examen gynécologique et des prélèvements vaginaux.

Les IST diagnostiquées ont été : la gonococcie, la vaginose non spécifique, l'infection à chlamydia trachomatis, la syphilis vénérienne, Trichomonose, la candidose vaginale et l'infection à VIH.

La prévalence de l'infection par le VIH était à 19,4% cette infection est statistiquement liée à certains facteurs favorables : le jeune âge, le multi partenariat, les IST avec plaies servant de porte d'entrée au VIH.

En conclusion les IST et l'infection par le VIH sont encore relativement fréquentes chez les travailleuses du sexe. Des efforts soutenus doivent être déployés pour freiner ces fléaux.

Mots clés : travailleuses du sexe, IST, SIDA.

Questionnaire sur l'évaluation des comportements à risque et des syndromes d'IST chez les travailleuses du sexe au Mali

Date /...../ 2008 /

N° d'identification /...../

A .Caractéristiques socio- démographiques

Site d'inscription :

1. Bamako
2. Kayes

Age

Pays d'origine :

1. Mali
2. Nigéria
3. Cote d'Ivoire
4. Burkina Faso
5. Sénégal
6. Ghana
7. Autre à préciser

Statut matrimonial :

1. Mariée monogame
2. Mariée polygame
3. Célibataire
4. Divorcée
5. Veuve
6. Autre à préciser
7. Sans information

Niveau d'instruction :

1. Non scolarisée
2. Primaire
3. Secondaire
4. Supérieure
5. Autre à préciser

B. Les variables de comportement sexuel

Age au premier rapport sexuel : /..... /

Age du premier rapport sexuel commercial /...../

A quel fréquence utilisé vous le préservatif avec les clients ?

1. Toujours
2. Souvent
3. Parfois
4. Jamais
5. Sans information

Avez-vous utilisés un préservatif avec le dernier client ?

1. Oui
2. Non
3. Sans information

A quelle fréquence utilisez-vous le préservatif avec votre partenaire régulier ?

1. Toujours
2. Souvent
3. Parfois
4. Jamais
5. Sans information

Examen génital :

Inspection de la vulve

1. Normale
2. Ulcération
3. Inflammation
4. Condylome

Examen au spéculum :

Ecoulement vaginal confirmé ?

1. Oui
2. Non

Ulcération génitale confirmée ?

1. Oui
2. Non

Col utérin

1. Normal
2. Ulcération / Erosion
3. Saignement au contact
4. Douloureux
5. Autres(préciser)

Examen de laboratoire

A. Bactériologie

Prélèvement vaginal : Trichomonas

1. Oui
2. Non
3. Non fait

Prélèvement cervical : Gonococcie

1. Oui
2. Non
3. Non fait

Chlamydia

1. Oui
2. Non
3. Non fait

Mycoplasme

1. Oui
2. Non
3. Non fait

B. Sérologie :

Sérologie Syphilitique :

RPR :

1. Positif
2. Négatif
3. Non fait

TPHA :

1. Positif
2. Négatif
3. Non fait

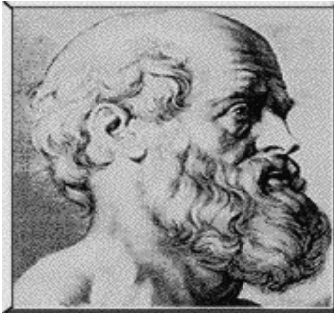
Sérologie VIH

Test rapide / ELISA

1. Positif
2. Négatif
3. Non fait

Confirmation /...../

SERMENT D'HIPPOCRATE :



En présence des Maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon travail, je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront 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 avec mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

JE LE JURE