

**Ministère de l'Education
Nationale**

**Direction Nationale de l'Enseignement
Superieur**

**Ecole Nationale de Medecine
et de Pharmacie**

Année 1991

**Republique du Mali
Un Peuple - Un But - Une Foi**

N° 28

TITRE

**Etude de l'action d'un Centre de Santé Communautaire dans la
lutte Contre le SIDA dans un Quartier Peri Urbain de Bamako
(Banconi)**

THESE

Presentée et Soutenue le _____ devant l'Ecole Nationale de
Medecine et de Pharmacie

Par Mr Broulaye Massaoulé Samaké

Pour Obtenir le Grade de Docteur en Médecine (Diplome d'Etat)

Jury

- Professeur **Sidy Yeya Simaga**
- Docteur **Akory Ag Iknane**
- Docteur **Fodé Coulibaly**
- Docteur **Hubert Balique**

President
Membre
Membre
Directeur

ECOLE NATIONALE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DU MALI
ANNEE UNIVERSITAIRE 1991-1992

LISTE DES PROFESSEURS

Professeur Issa TRAORE	Doyen
Professeur Boubacar S. CISSE	Premier Assesseur
Professeur Amadou DOLO	Deuxième Assesseur
Docteur Bernard CHANFREAU	Conseiller Technique
Professeur Bakary M. CISSE	Secrétaire Générale

D.E.R. CHIRURGIE ET SPECIALITES CHIRURCHICALES

1. PROFESSEURS AGREGES

Professeur Abdel Karim KOUMARE	Chef D.E.R. de chirurgie
Professeur Mamadou Lamine TRAORE	Chirurgie Générale
Professeur Aliou BA	Ophtalmologie
Professeur Bocar SALL	Ortho.Traumat.Sécourisme
Professeur Sambou SOUMARE	Chirurgie Générale
Professeur Abdou Alassane TOURE	Ortho-Traumatologie
Professeur Amadou DOLO	Gynéco-Obstétrique

2. ASSISTANTS CHEFS DE CLINIQUE

Docteur Madame SY Aida SOW	Gynéco-Obstétrique
Docteur Kalilou OUATTARA	Urologie
Docteur Mamadou L. DIOMBANA	Odonto-Stomatologie
Docteur Djibril SANGARE	Chirurgie Générale
Docteur Salif DIAKITE	Gynéco-obstétrique
Docteur Abdoulaye DIALLO	Ophtalmologie
Docteur Alhousséini Ag MOHAMED	O.R.L.
Docteur Mme DIANE F.S.DIABATE	Gynéco-obstétrique
Docteur Abdoulaye DIALLO	Anesth-Réanimation
Docteur Sidi Yaya TOURE	Anesth-Réanimation
Docteur Gangaly DIALLO	Chirurgie Générale
Docteur Sékou SIDIBE	Ortho-Traumatologie
Docteur A.K.TRAORE Dit DIOP	Chirurgie Générale

D.E.R. DE SCIENCES FONDAMENTALES

1. PROFESSEURS AGREGES

Professeur Bréhima KOUMARE	Microbiologie
Professeur Siné BAYO	Anatomie-Patho.
Professeur Gaoussou KANOUTE	Chimie Analytique
Professeur Yaya FOFANA	Hématologie

2. DOCTEURS D'ETAT

Professeur Yéya Tiémoko TOURE
Professeur Amadou DIALLO

Biologie
Chef D.E.R.Sciences Fond.

3. DOCTEURS 3° CYCLE

Professeur Moussa HARAMA
Professeur Massa SANOGO
Professeur Bakary M. CISSE
Professeur Mamadou CISSE
Professeur Sékou F.M. TRAORE
Professeur Abdoulaye DABO
Professeur N'Yenigue S. KOITA

Chimie Organique
Chimie Analytique
Biochimie
Biologie
Entomologie médicale
Malacologie, Biologie animale
Chimie organique

4. ASSISTANTS CHEFS DE CLINIQUE

Docteur Ogobara DOUMBO
Docteur Abdrahamane S.MAIGA
Docteur Anatole TOUNKARA
Docteur Amadou TOURE

Parasitologie
Parasitologie
Immunologie
Histo-Embryologie

5. MAITRES ASSISTANTS

Docteur Abdramane TOUNKARA
Docteur Flabou BOUGOUDOGO

Biochimie
Bactériologie

D.E.R. DE MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES

1. PROFESSEURS AGREGES

Professeur Abdoulaye Ag RHALY
Professeur Souleymane SANGARE
Professeur Aly GUINDO
Professeur Mamadou K. TOURE
Professeur Mahamane MAIGA
Professeur Ali Nouhoum DIALLO
Professeur Baba KOUMARE
Professeur Moussa TRAORE
Professeur Issa TRAORE
Professeur Mamadou M. KEITA
Professeur Eric PICHARD
Professeur Toumani SIDIBE

Chef D.E.R. Médecine
Pneumo-Phtisiologie
Gastro-Enterologie
Cardiologie
Néphrologie
Médecine Interne
Psychiatrie
Neurologie
Radiologie
Pédiatrie
Médecine Interne
Pédiatrie

2. ASSISTANTS CHEFS DE CLINIQUE

Docteur Abdel Kader TRAORE	Médecine Interne
Docteur Moussa Y. MAIGA	Gastroenterologie
Docteur Balla COULIBALY	Pédiatrie
Docteur Boubacar DIALLO	Cardiologie
Docteur Dapa Ali DIALLO	Hémato-Médec. Interne
Docteur Somita KEITA	Dermato-Leprologie
Docteur Bah KEITA	Pneumo-Phtisiologie
Docteur Hamar A. TRAORE	Médecine Interne

D.E.R. DE SCIENCES FONDAMENTALES

1. PROFESSEURS AGREGES

Professeur Boubacar CISSE	Toxicologie
---------------------------	-------------

2. MAITRES ASSISTANTS

Docteur Boukassoum HAIDARA	Législ. Gest. Pharma.
Docteur Elimane Mariko	Pharmacodynamie
Docteur Arouna KEITA	Matières Médicales
Docteur Ousmane DOUMBIA	Chef D.E.R. SCES Pharm.
Docteur Drissa DIALLO	Matières Médicales

D.E.R. DE SANTE PUBLIQUE

1. PROFESSEURS AGREGES

Professeur Sidi Yaya SIMAGA	Santé publique(chef D.E.R.)
Docteur Hubert BALIQUE	Maitre de conf. santé Pub.

2. ASSISTANTS CHEFS DE CLINIQUES

Docteur Moussa A. MAIGA	Santé Publique
Docteur Bernard CHANFREAU	Santé Publique
Docteur Pascal FABRE	Santé Publique
Docteur Bocar G. TOURE	Santé Publique

CHARGES DE COURS

Docteur Mme CISSE A. GAKOU	Galénique
Professeur N'Golo DIARRA	Botanique
Professeur Bouba DIARRA	Bactériologie
Professeur Salikou SANOGO	Physique
Professeur Daouda DIALLO	Chimie générale
Professeur Bakary I. SACKO	Biochimie
Professeur Yoro DIAKITE	Maths
Professeur Sidiki DIABATE	Bibliographie
Docteur Aliou KEITA	Galénique
Docteur Boubacar KANTE	Galénique
Docteur Souleymane GUINDO	Gestion
Docteur Mrs Sira DEMBELE	Maths
Mr Modibo DIARRA	Nutrition
Mrs MAIGA Fatoumata SOKONA	Hygiène du Milieu

ASSISTANTS

Docteur Nouhoum ONGOIBA	Chirurgie
Docteur Saharé FONGORO	Néphrologie
Docteur Bakoroba COULIBALY	Psychiatrie
Docteur Benoît KOUMARE	Chimie Analytique
Docteur Ababacar I. MAIGA	Toxicologie
Docteur Mamadou DEMBELE	Médecine Interne

C.E.S

Docteur Daba SOGODOGO	Chirurgie Générale
Docteur George YAYA (Centrafrique)	Ophtalmologie
Docteur Abdou ISSA (Niger)	Ophtalmologie
Docteur Amadou DIALLO (Sénégal)	Ophtalmologie
Docteur Askia MOHAMED (Niger)	Ophtalmologie
Docteur Oumar BORE	Ophtalmologie
Docteur N'DJIKAM Jonas (Cameroun)	Ophtalmologie
Docteur DEZOUUMBE Djoro (Tchad)	Ophtalmologie
Docteur Aboubacrine A. MAIGA	Santé publique
Docteur Dababou SIMPARA	Chirurgie Générale
Docteur Mahamane TRAORE	Chirurgie Générale
Docteur Mohamed Ag BENDECH	Santé publique
Docteur Mamadou MAIGA	Dermatologie

PROFESSEURS MISSIONNAIRES

Professeur J.P. BISSET	Biophysique
Professeur F. ROUX	Biophysique
Professeur G. FARNARIER	Physiologie
Professeur G. GRAS	Hydrologie
Professeur E.A. YAPO	Biochimie
Professeur Babacar FAYE	Pharmacodynamie
Professeur Mamadou BADIANE	Pharmacie Chimique
Professeur Issa LO	Législation

PERSONNELS RESSOURCES

Docteur Madani TOURE	H.G.T.
Docteur Tahirou BA	H.G.T.
Docteur Amadou MARIKO	H.G.T.
Docteur Badi KEITA	H.P.G.
Docteur Antoine Niantao	H.G.T.
Docteur Kassim SANOGO	H.G.T.
Docteur Yéya I. MAIGA	I.N.R.S.P.
Docteur Chompere KONE	I.N.R.S.P.
Docteur Adaman SANOGO	I.N.R.S.P.
Docteur BA Marie P. DIALLO	I.N.R.S.P.
Docteur Almady DICKO	P.M.I. Sogoninko
Docteur Mohamed TRAORE	Kati
Docteur Arkia DIALLO	P.M.I. Centrale
Docteur Reznikoff	I.O.T.A.
Docteur TRAORE J. THOMAS	I.O.T.A.
Docteur P. BOBIN	I. Marchoux
Docteur A. DELAYE	H.P.G.

DEDICACES

Au terme de ce travail qui doit couronner pour moi des années d'études , de formation professionnelle, ma pensée va aux miens qui m'ont dispensé leur amour, leurs biens, et leurs benedictions

Ma pensée affectueuse va mes regrettes grands parents hommes et femmes, qui m'ont tant aimé et auraient été heureux de me voir nanti d'un diplôme de médecine

J'adresse mon affection à mon père qui nous a toujours indiqué la voie de l'effort , nous a toujours encouragé à entreprendre et à préserver pour réussir.

A ma mère

je te dois , ton affection et ton amour ne m'ont jamais fait défaut. Ils seront pour moi les levains pour les actions à venir

A mes frères et soeurs particulièrement Odjouma Samaké qui m'a toujours donner des conseils, Yaya Samaké et Korotoumou Samaké Soyons conscients des sacrifices immenses que font nos parents pour nous conduire sur le chemin de l'honneur.
Recevez par là, la traduction de mes sentiments affectueux et fraternels;

A mes oncles, tantes, cousins, et cousines aussi ma sincère affection. Puissent nos liens familiaux se resserrer davantage.

A tous mes amis, Boukoro Doumbia, Souley Barry, Moriba Diarra, Bakry Samaké, Abdou Togola.
Temoignage de fidélité et d'amitié. Nous avons été unis pendant les moments d'épreuves et joie

A toute la promotion particulièrement, Seydou Kassoum Diarra, Lassine Samaké, Ousmane Faye, Drissa Ouattara et Brehima Mallé pour ne citer que ceux-ci.
En souvenir des années passées ensemble
Avec tous mes voeux de succès

Au corps professionnel de l'E.N.M.P. Toute ma reconnaissance et mon admiration.

A mes maîtres de stages
En reconnaissance de tout ce que vous m'avez appris et fait.

Au personnel A.SA.CO.BA.
Soyez remercié de votre disponibilité

A ceux qui ont participé à l'élaboration de cette thèse

A mon village natal Tinkele

A mon pays le Mali

REMERCIEMENTS

Au Docteur Massaoulé Samaké, au Docteur Salif Diakité, au Docteur Awa Diakité, à monsieur Djigui Keita, à monsieur Modibo Sangaré, à Monsieur Yacouba Diawara, monsieur Dolo.

Vous m'avez généreusement aidé et guidé dans mes recherches.
Je vous suis très reconnaissant.

Je remercie en fin tous mes maîtres de tous les degrés d'enseignement pour la qualité de l'éducation et du savoir qu'ils m'ont dispensé.

A Nos Maîtres et Juges.

A Monsieur le Professeur Sidy Yeya SIMAGA

Vous nous faites honneur en acceptant de pressier cette thèse et cela en dépit de vos multiples occupations.

Pendant notre carrière universitaire , nous avons pu largement bénéficié de vos hautes qualités humaines, morales et intellectuelles;
Qu'il nous soit permis de vous exprimer notre profonde gratitude.

A Monsieur le Docteur Akory Ag IKNANE

Vous nous avez guidé tout au long de ce travail, en encourageant toujours nos initiatives et nous laisser une liberté totale d'action.

C'est avec beaucoup de compréhension, de dévouement que vous nous avez consacré des heures précieuses malgré les multiples tâches qui vous occupent.

Au cours de notre passage dans le service A.SA.CO.BA. nous avons eu à apprécier vos efforts pour la bonne marche du travail et votre sens élevé des responsabilités.

A Monsieur le Docteur Fodé COULIBALY

Vous avez accepté de sacrifier votre temps pour juger notre travail.

Cela ne nous surprend guère car nous savons clairement l'intérêt que vous accordez à la promotion de la santé au Mali.

Nous en sommes très honorés et nous vous prions de trouver ici l'expression de notre profond respect et de notre reconnaissance.

A Monsieur le Docteur Hubert BALIQUE

Votre amour pour le travail bien fait nous a été d'une grande aide dans la recherche.

Vous êtes pour nous un mode de compétence, de sagesse;

Toujours disponible, vous êtes l'ami de tous le personnel de santé du Mali.

C'est d'ailleurs pour cela que nous nous sommes confiés à vous et vous avez accepté volontier d'initier et de diriger ce travail;

Ainsi , nous avons bénéficié de votre clarté d'esprit, de vos grandes connaissances, de votre encadrement de qualité et votre aide maternelle.

Je vous prie de croire à mon profond respect et à mon éternelle reconnaissance.

LISTE DES ABREVIATIONS

A.SA.CO.BA.	=	Association santé communautaire de Bankoni;
ARN	=	Acide ribonucléotide
ADN	=	Acide Desoxyribonucléotide
CAP	=	connaissances attitudes pratiques
ELISA	=	Enzyme linked immuno sorbent assay
EIPC	=	Ecole des infirmiers du premier cycle
ENMP	=	Ecole nationale de médecine et de pharmacie
G.R.I.R	=	Gay related Immuno-deficiency
I.N.R.S.P.	=	Institut nationale de recherche en santé publique.
IEC	=	Information éducation communautaire
M.S.T.	=	Maladie sexuellement transmissible
OMS	=	Organisation mondiale de la santé
R.I.P.	=	Radio immuno précipitation
SIDA	=	syndrome d'immuno déficience acquise
C.N.T.S	=	Centre national de transfusion sanguine
Lect	=	Lecture.

SOMMAIRE

I, INTRODUCTION	1
1. Importance du sujet	1
2. Les objectifs	2
3. Méthodologie	2
II. RAPPELS SUR LE SIDA	4
1. Les mécanismes de défense	4
2. Histoire de la maladie	5
3. Virologie	
4. Rappels cliniques	10
5. Rappels épidémiologiques	17
6. Prévention	20
III. SITUATION ACTUELLE DU SIDA	25
1. Sida dans le monde	25
2. Sida en Afrique	28
3. Sida au Mali	35
IV. ESPERIENCE DE BANKONI	49
1. Le cadre du projet	49
2. Présentation du projet	53
3. Réalisation du projet	58
V. EVALUATION DU PROJET	83
1. La deuxième enquête CAP auprès des hommes	84
2. L'enquête CAP auprès des femmes	98
3. L'enquête CAP auprès des vendeurs de préservatifs	111
4. Evaluations des ventes de préservatifs	116
5. Nombres de préservatifs vendus par secteur	116
6. Présentation des dépenses	117
7. Comparaison entre les différentes enquêtes	117
VI. SYNTHESE, ANALYSE ET RECOMMANDATIONS	121
1. Synthèse	121
2. Analyse	124
3. Recommandations	125
VII. CONCLUSION	129
VIII. BIBLIOGRAPHIE	
IX. ANNEXES	

I. INTRODUCTION

I. INTRODUCTION

I.1 Importance du sujet

* La découverte aux Etats Unis d'Amérique en 1981 du Syndrome d'Immuno-Déficienc e Acquis e (ou SIDA) a suscité de façon progressive tout au long des années 80 une panique générale dans le monde, qui a conduit les chercheurs de différents pays à se pencher sur cette maladie nouvelle afin de la combattre en vue d'arrêter sa prodigieuse évolution .

En fin 1990, 300.000 cas de sida avaient été déclarés à l'OMS par plus de 150 pays (51).

Compte tenu de l'existence de cas non décelés, de la sous notification et des retards de notification, l'OMS estimait alors que, depuis le début de la pandémie, plus de 1,3 millions (51) de cas de SIDA avaient pu se produire dans le monde, dont environ 400.000 concernant des enfants et étaient dûs essentiellement à une transmission avant, pendant, ou peu après la naissance. La grande majorité de ceux-ci, soit près de 90 % se sont produits en Afrique subsaharienne.

En avril 1991, le nombre de cas de sida signalés à l'OMS par 162 pays et territoires (52) étaient de plus de 345 000 et en Avril 1992, il avait atteint 484 148 (30)

* En Afrique de l'Est, certains pays, tels que l'Ouganda ou le Kenya, ont atteints des niveaux de séropositivité supérieurs à 20 %(81). En Afrique de l'Ouest, la plaque tournante du Sida s'avère être la Côte d'Ivoire où le taux de séropositivité s'approche des 10 % (81)

Si l'on extrapole ces chiffres déjà considérables aux années à venir et si on imagine le nombre de décès dont ils seront l'origine, on ne peut que prendre conscience du caractère dramatique de la situation.

* Le premier cas de SIDA a été déclaré au Mali en 1985, soit 4 ans après que le premier cas mondial de la maladie ait été identifié. Depuis lors la progression a été exponentielle.

C'est ainsi que le Ministère de la Santé a enregistré un total cumulé de 853 cas en fin 1991. Ce chiffre correspond à la partie émergée de l'iceberg et on est en droit de penser qu'il est de plusieurs fois inférieur à la réalité, car il ne concerne pratiquement que la ville de Bamako et ne fait cas que des malades qui ont pu bénéficier d'un diagnostic biologique (12).

Or à ce jour les initiatives qui ont été prises au Mali sont loin de refléter la mobilisation générale que nécessite l'obtention d'un minimum de résultats dans la lutte contre un tel fléau.

Le taux de prévalence étant probablement encore inférieur à 1 %, les effets de la maladie ne sont pas encore suffisamment visibles pour créer la mobilisation nécessaire au sein de la communauté nationale (12)

Si rien ne change, ce taux dépassera 5 % dans les années à venir et la maladie tuera suffisamment de monde, y compris les élites économiques, politiques et intellectuelles du pays, pour qu'apparaissent les conditions nécessaires pour réagir: il sera alors malheureusement trop tard (12).

* Devant cette épidémie planétaire, qui n'épargne aucun pays, la mise en oeuvre d'une stratégie de lutte efficace et adéquate s'avère indispensable.

Or à l'heure actuelle, les différentes tentatives de mise au point d'une thérapeutique curative n'ont pas encore abouti et rien ne permet d'apercevoir la découverte prochaine d'un vaccin.

La seule attitude actuellement possible est préventive et repose en grande partie sur la prévention de la transmission sexuelle par l'abstinence, la fidélité au sein des couples ou l'utilisation de préservatifs lors des rapports extraconjugaux.

Or au Mali le taux d'utilisation des préservatifs est très faible: une enquête CAP réalisée en 1990 auprès des populations rurales de la région de Koulikoro et de Sikasso a montré que seulement 8 % de la population étudiée avait déjà utilisé au moins une fois des préservatifs (19).

Une étude de l'INRSP avait trouvé exactement le même chiffre au sein d'un échantillon de 292 hommes du quartier de Bankoni en 1988 (6).

* Devant le caractère dramatique de cette situation, l'Association Santé Communautaire de Bankoni ou ASACOBA a entrepris de conduire un programme de lutte contre le SIDA au sein de son quartier.

Compte tenu du caractère expérimental d'une telle initiative, le médecin chef de son Centre de Santé a proposé que cette expérience soit l'objet d'un sujet de thèse.

I.2 Les objectifs

Les objectifs de cette thèse ont été de:

- 1- faire le point sur la situation du SIDA dans le monde, en Afrique et au Mali,
- 2- de relater les hypothèses qui ont permis la conduite de ce programme de lutte contre le SIDA dans le cadre des activités de l'Asacoba,
- 3- de décrire les modalités de réalisation de ce programme,
- 4- d'en évaluer l'efficacité,
- 5- de procéder à son analyse critique et éventuellement faire des recommandations quant aux possibilités de lutte contre le SIDA au niveau des autres quartiers périurbains de Bamako.

I.3 Méthode de travail

* Pour réaliser ce travail le médecin-chef du Centre de Santé de l'Asacoba nous a accepté au sein de son équipe pendant la période allant du 22 octobre 1990 au 30 juillet 1991.

La conduite de notre étude s'est réalisée en quatre temps:

- une première enquête CAP au près des hommes avant la réalisation de toute activité,

- le suivi de la mise en oeuvre du programme de lutte pendant une période de 9 mois, à laquelle nous avons activement participé,

- une deuxième enquête CAP auprès des hommes et une enquête CAP auprès des femmes au terme de ces 9 mois,

- deux enquêtes auprès des vendeurs de préservatifs pendant la période de réalisation du programme, l'autre à son terme.

* Les enquêtes CAP (Connaissances-Attitudes-Pratiques) ont été réalisées auprès d'un échantillon représentatif des populations cibles.

Les actions de lutte ont reposé sur la mise en place d'un réseau commercial de ventes de préservatifs par les petits commerçants du quartier, à des prix très bas et sur l'organisation d'une campagne d'information au sein de la population, en faisant notamment appel aux richesses de théâtre traditionnel bamanan ou "kotéba".

Les enquêtes auprès des vendeurs de préservatifs ont permis d'étudier les difficultés qu'ils ont rencontrées dans cette activité et leurs éventuelles recommandations.

* Notre thèse comprend 5 parties:

- des rappels sur cette nouvelle maladie que représente le Sida,
- la situation épidémiologique du sida dans le monde,
- la présentation du programme de lutte de l'Asacoba,
- l'évaluation de ce programme au bout de 9 mois d'activités
- l'analyse de ce programme et la formulation de recommandations.

II. RAPPELS SUR LE SIDA

II. RAPPELS SUR LE SIDA

II.1 Rappels sur les mécanismes de défense

* L'organisme humain est continuellement agressé par des agents extérieurs pathogènes ou non pathogènes. Il doit donc en permanence essayer d'empêcher leur prolifération.

La première barrière qu'il leur oppose est de nature mécanique et n'est pas spécifique. Elle est constituée par les couches d'origine endothéliale ou épithéliale qui agissent de façon directe pour protéger l'organisme. Il s'agit notamment de l'endothélium bronchique, de la couche cornée de la peau, des cellules gastriques...

Toute déhiscence de cette barrière entraîne un contact direct entre l'organisme et les éléments pathogènes. Il apparaît alors un conflit immunologique qui constitue la deuxième barrière et où interviennent des mécanismes plus spécifiques, qui sont:

- les polynucléaires: Ils regroupent toutes les cellules qui sont mobilisées lors des réactions inflammatoires non spécifiques. Elles sont attirées au niveau du site infectieux par les facteurs chimiotactiques; leur tâche est de supprimer l'agent pathogène en le phagocytant. Elle est donc essentielle.

- les immunoglobulines: Ce sont des anticorps responsables de l'immunité humorale. Elles sont produites par les lymphocytes B et tout dysfonctionnement des immunoglobulines fait intervenir un dérèglement de la fonction B lymphocytaire.

On décrit plusieurs types d'immunoglobulines :

- . les IgM qui sont sécrétées de façon précoce;
- . les IgG, qui sont les plus abondantes;
- . les IgA qui sont des anticorps des sécrétions. Elles favorisent la phagocytose de l'agent pathogène en le mettant plus facilement à la disposition des cellules chargées de ce travail et neutralisent l'effet pathogène des toxines. Elles ont un rôle électif dans la lutte contre l'infection virale.

- les lymphocytes T: Ils sont à l'origine de l'immunité cellulaire. Ils sont porteurs d'immunoglobulines de surface qui rendent chaque cellule spécifique d'un antigène, selon la théorie clonale.

L'activation d'un clone est à l'origine des réactions de rejet des greffes et d'hypersensibilité retardée (comme dans la tuberculose). Leur rôle est majeur dans la défense antivirale.

- le complément: Il s'agit d'une protéine dont le rôle est de favoriser la phagocytose ainsi que certains phénomènes de l'inflammation, tels que le chimiotactisme et la diapédèse.

* En fait les choses ne sont pas aussi simples et pour bon nombre d'états pathologiques, les déficits des différents mécanismes sont intriqués. Dans le cas du SIDA le mécanisme consiste en une infection des lymphocytes T par les VIH entraînant l'apparition d'un déficit qui sera donc "acquis".

II.2 Historique de la maladie

* L'histoire du SIDA commence en 1980 en Californie aux Etats Unis d'Amérique et plus précisément à Los Angeles, parmi une population où sévit la permissivité sexuelle et où l'on fait fi d'une certaine "morale biologique" (11).

Entre 1980 et 1981, le docteur Michael Gottlieb et 4 de ses collègues de l'école de médecine d'Ucla (USA) ainsi que le docteur Pozalski de l'Hôpital Cedars Mont Sinai de Los Angeles (USA) traitent 5 jeunes hommes homosexuels pour une pneumonie à pneumocysti carinii. Deux de ces patients meurent au cours du traitement et d'autres infections opportunistes sont constatées chez tous les malades (11).

* Fin Juin 1981, on constate parmi des malades souffrant d'affections diverses la présence d'une tumeur de la peau : le sarcome de Kaposi. Cette angiosarcomatose découverte pour la première fois en 1872 par Moritz Kaposi est due à une prolifération anormale au niveau du derme de cellules fusiformes atypiques de nature endothéliale.

Observée initialement en Europe Centrale et dans le bassin méditerranéen, elle est retrouvée à partir 1950 en Afrique et particulièrement en Ouganda et au Zaïre sur des sujets jeunes (11).

En 1972, on note que cette affection peut survenir également chez les transplantés du rein dont le système immunitaire est volontairement déprimé pour empêcher le rejet de la greffe. L'apparition fréquente aux Etats Unis d'Amérique de cette affection chez les jeunes homosexuels et l'effondrement du système immunitaire, qui l'accompagne, font soupçonner une maladie sous jacente dont la nature immunitaire est rapidement démontrée par les tests de laboratoire . On constate en effet une chute du nombre absolu des lymphocytes et une inversion du rapport lymphocyte T4 sur lymphocyte T8 (11).

Cette maladie est alors individualisée sous le nom de Gay-Related Immuno-Deficiency ou(G.R.I.D), le mot Gay qualifiant la communauté homosexuelle.

* Très vite le caractère manifestement transmissible de cette maladie est affirmé après son apparition chez des hémophiles , chez des transfusés , chez des partenaires sexuels d'homosexuels et enfin chez des hétérosexuels.

Par ailleurs sa transmission intra utérine de la mère à l'enfant est démontrée. En 1982, le Gay-syndrome devient "SIDA", après que le "Center Diseases Control" (C.D.C.) d'Atlanta en ait donné la première définition clinique (11).

Les modes de transmission découverts, la nature virale de l'agent responsable est envisagée en rapprochant son mode de transmission de ceux de hépatite virale B et de certains autres virus.

En 1983 l'équipe de Luc Montagnier de l'Institut Pasteur de Paris isole le premier virus (HIV 1) sous les noms LAV pour les français; il sera dénommé HTLV par les anglo-saxons .

Plus tard une deuxième variété du virus est découverte à l' Institut Pasteur et à l'hôpital Claude-Bernard de Paris: c'est le LAV 2 .

Ce deuxième virus est retrouvé par MAX ESSEX de HARVARD chez des prostituées ne présentant aucun symptôme sous le nom de HTLV 4.

Bientôt le comité international de taxonomie des virus réunit les deux appellations sous le nom de virus d'immunodéficience humaine ou HIV.

* Très vite les différentes études réalisées ont montré que le virus HIV était présent dans les liquides génitaux et dans le sang des sujets contaminés.

II.3 Virologie

A) Caractères généraux et classification

Le virus du SIDA est un virus à ARN possédant une enzyme appelée transcriptase reverse ou inverse .

Il fait partie de la classe des lentivirus qui constituent avec les oncornavirus et les spumavirus les 3 sous groupes des rétrovirus.

Les gènes des particules virales sont constitués par trois gènes qui sont à l'origine de trois groupes de protéines virales que sont

- le gène "GAG" (gène de l'antigène de groupe) qui code les protéines de surface interne ou core et étroitement associé à l'ARN virale.

- le gène "POL" (polymerase) qui code la transcriptase inverse

- le gène "ENV" (enveloppe) qui code les protéines qui sont modifiées par glycolysation secondaire (glycoprotéines qui constituent une partie de l'enveloppe du virus) , ce sont ces glycoprotéines qui permettent l'ancrage du virus au niveau d'un récepteur membranaire de la cellule cible.

B) Structure , Organisation , Variation génétique et réplication.

a) Structure:

Les HIV sont des virus enveloppés de 80 à 120 nm de diamètre sortant par bourgeonnement à travers la membrane cytoplasmique de la cellule (81).

Ils apparaissent dans leur forme typique comme ayant une forme sphérique cernée par une enveloppe forte d'une couche lipidique à la surface de laquelle sortent des boutons au nombre théorique de 72 selon le modèle idéal proposé par Gelber Blom (81).

Cette enveloppe est limitée intérieurement par une membrane (ou matrice protéique) de 5 à 6 nm d'épaisseur qui joue le rôle de facteur stabilisant de la particule virale mature et qui servirait d'échafaudage supportant les projections de la surface voire de "pont" entre nucleocapside et glycoprotéine de l'enveloppe.

Cette couche tapissant l'enveloppe est arrangée de manière régulière isoédrique et accède de ce fait à la surface du viron (81).

En coupe, on constate au coeur de la forme sphérique la présence d'une sorte de barreau cône de 10 nm de longueur et 45 nm dans sa plus grande largeur .

Cette structure se trouve chez les autres lentivirus mais est absente chez les oncovirus et les spumavirus (81).

b) Organisation génétique.

Le génome qui compte plus de 9700 nucléotides est composé de 3 gènes caractéristiques des rétrovirus et de deux autres gènes dont l'un spécifique du VIH1 et l'autre du VIH2 .

Ces différents gènes sont "GAG", "POL" , "ENV", "VPU" pour VIH1 et "VPX" pour VIH2.

A leur côté, on retrouve d'autres gènes qui sont:

- le " TAT " (trans-activateur) augmente l'expression des gènes viraux,
- le "REF" exerce une fonction de régulation différentielle,
- le " NEF " (négative regulatory factor ou facteur de régulation négative) serait responsable de la latence,
- le " VIF " (virion infectivity factor ou facteur déterminant le pouvoir infectant du virus) intervient dans la réplication virale,

c) Variabilité génétique

Il existe d'importantes différences entre VIH1 et VIH2 qui apparaissent:

- globalement au niveau génomique : il existe une homologie entre les séquences nucléotidiques des virus VIH-2rod et VIH-sagm ou VIS-mac de 72 % et seulement de 42 % entre le VIH-1bru et les deux virus précédents VIH-2/VIS (81).

- au niveau des protéines virales: on constate que le niveau de divergences est très élevé entre VIH1 et VIH2, notamment au niveau des spécificités antigéniques d'enveloppe.

L'homologie entre les protéines de structure de VIH1 et VIH2 se traduit par des réactions croisées entre le sérum VIH2 et protéine du VIH1 et inversement, réactions révélées en ELISA, Western Blot ou radio-immunoprécipitation (RIP).

Une partie de la glycoprotéine transmembranaire permet de porter un diagnostic différentiel entre le sérum VIH1 et VIH2 en utilisant des peptides synthétiques obtenus à partir de séquences peptidiques choisies dans cette région

- au sein d'un même sérotype il existe des variations en fonction des zones géographiques, comme cela ressort de l'arbre phylogénique et emprunté à Clavel.

- au sein d'un même individu en fonction des cellules et tissus et en fonction du temps.

Ces variations surviennent surtout au niveau de certaines zones de l'enveloppe.

d) Réplication et étape de l'infection

on peut concevoir après l'infection plusieurs cas de figure:

- * état d'intégration prolongé: Cet état sans stimulation antigénique correspondant à une situation de séro-négative (éventuellement anti "NEF" +).

Cet état peut persister des mois voire des années avant qu'il y ait séroconversion.

* infection abortive: Après primo-infection avec virémie et antigénémie p24, le sujet devient séropositif, mais l'organisme se débarrasse apparemment du virus et le patient à nouveau séropositif.

Certains peuvent guérir complètement, mais chez d'autres on retrouve après séronégativisation de l'acide dexoyribonucléotique (ADN) intégré et anticorps anti-"NEF".

* infection avec réplication virale: Après une étape de primo-infection on peut distinguer deux cas:

- une "réplication contrôlée", l'infection reste silencieuse tant que les cellules ne sont pas ou peu tuées ; il y a alors production de virus à faible taux sans effet cytopathique pour la majorité des tissus.

Cette phase de multiplication contrôlée tient soit à une phase de la maladie soit à des facteurs individuels, soit à des souches de virulence moindre ou non activées; les sujets sont séropositifs.

- une "réplication active" : Qui aboutit à la lyse rapide des cellules. Les virus sont produits en abondance (antigène p24 est décelable) entraînant les lyses cellulaires notamment les lymphocytes T4.

Le sujet est séropositif et sa capacité de produire des anticorps est fonction de son taux de lymphocytes.

Chaque situation est la résultante de l'inter-action entre le sujet lui même, la ou les souches virales, leurs gènes régulateurs et les co-facteurs

A chaque situation correspondent des méthodes d'investigation particulières qui font que l'on ne pourra pas dans l'avenir se limiter à la seule recherche d'une séropositivité, on devra passer à la recherche du virus et/ou du génome par amplification, tant pour le diagnostic que pour le pronostic ou l'évaluation thérapeutique.

II.4 Rappels cliniques

II.4.1 Définition du Center of Disease Control:

Faute de signe pathognomonique, la plupart des auteurs s'accordent à suivre rigoureusement la définition proposée par le CDC d'Atlanta qui est rapportée sur le tableau 1 ci-dessous .

Tableau 1: Critères diagnostiques du SIDA .

1. Cancers: -Maladie de Kaposi -Lymphome cérébral primitif.
2. Infections parasitaires: -Pneumonie à pneumocystis carinii; -Toxoplasmose cérébrale ou pulmonaire; -Cryptosporidiose; -Anguillulose viscérale.
3. Infections virales: -Infections pulmonaires, digestive ou nerveuses à cytomégalovirus; -Infections dues au virus herpès: systémique et/ou muco-cutanée chronique, ulcérations persistant plus d'un mois. -Leuco-encéphalopathie multifocale progressive probablement due à un papovavirus.
4. Infections fongiques: -Candidose oesophagienne; -Aspergillose systémique; -Cryptococcose systémique.
5. Infections bactériennes: -Infection systémique due à une mycobactérie autre que mycobactérie de la tuberculose et de la lépre.

On portera le diagnostic de SIDA si en l'absence d'une cause reconnue de déficit immun (figurant sur le tableau 2) est présente au moins une des affections ci-dessus.

Il est certain que n'y figurent pas certaines affections (lymphomes de type Burkitt ou apparentés, sarcomes immunoblastiques) ou groupements de symptômes qui sont pourtant observés dans les populations à risque.

Les causes connues de déficit immun figurent sur le tableau 2, qui a le mérite de souligner que le diagnostic de SIDA est un diagnostic d'exclusion.

Tableau 2: Affections et/ou thérapeutiques dont la présence exclut le diagnostic le SIDA.

Nature	Remarques quant à exclusion
1.Corticothérapie par voie générale ou autre traitement immuno-dépresseur ou toxique;	.Tout infection apparue pendant ou un mois après un tel traitement;
2.Tout cancer solide ou hémato-poiétique;	.Tout cancer apparu pendant ou dans les 4 mois suivant un tel traitement;
3.Age supérieur ou égale à 60 ans;	
4.Age inférieur à 28 jours;	.Tout autre cancer;
5.Tout déficit humain: .soit atypique pour un SIDA, exemple déficit électif de toxoplasmose l'immunité humorale. .soit de cause connue exemple aplasie thymique.	.Toute infection; .Maladie de Kaposi; .Infection à cytomegalovirus, .Herpès simplex; .Tout cancer.

Ce tableau se lit ainsi : exemple 2 : tout patient ayant un cancer, chez qui survient un autre cancer ou une infection opportuniste, ne peut être dit atteint de SIDA.

On procède alors à une sérologie qui, si elle se révèle positive, permet d'affirmer le SIDA.

II.4.2 Clinique :

a) Physiopathologie:

L'infection par le VIH peut entraîner une manifestation clinique qui est soit directement due à l'infection des tissus par le virus (encéphalite, myélite) soit liée à une infection des tissus par des agents opportunistes se développant plus facilement du fait de l'immuno-dépression provoquée par le virus (toxoplasmose, cryptosporidiose, infection mycosique, herpès, cytomégalovirose, pneumocystose...). En pratique, les infections opportunistes sont dues à des parasites, des bactéries ou des virus anciennement connus, contre lesquels il existe un arsenal thérapeutique . Mais grâce à l'immuno-dépression, elles ont tendance à s'étendre et à récidiver. Par contre il n'existe pas encore de traitement réellement actif sur les rétrovirus.

b) Manifestations cliniques dues au VIH:

On distingue quatre stades d'évolution, qui s'excluent mutuellement, c'est à dire qu'un patient ne peut appartenir au même moment à deux stades.

* Stade 1: Primo-infection:

Cette primo-infection correspond à la phase de séroconversion qui est prouvée symptomatiquement ou non.

* Stade 2: Sans symptômes cliniques:

Les patients se divisent en deux groupes:

- les sujets sans anomalies biologiques;
- les sujets avec anomalies biologiques (anémie, leucopénie, lymphopénie ou lymphopénie T4, thrombopénie, hypergamma-globulinémie, anergie cutanée).

* Stade 3: Avec syndrome lymphoadénopathique chronique:

Présence pendant au moins 3 mois de ganglions d'au moins un centimètre de diamètre, dans au moins deux aires extra-inguinales.

Ces sujets se divisent en deux groupes:

- sujets sans anomalies biologiques.
- sujets avec anomalies biologiques comme ci dessus.

* Stade 4: Avec symptômes cliniques.

Il se divise en 5 sous groupes qui ne s'excluent pas mutuellement. Ils sont caractérisés par:

-des signes généraux.

Un ou plusieurs signes parmi lesquels: fièvre durant plus d'un mois, amaigrissement non désiré de plus de 10% du poids corporel habituel, diarrhée durant plus d'un mois.

-des signes neurologiques.

- .atteinte centrale (méningite, encéphalite, myopathie)
- .neuropathies périphériques.

-des infections opportunistes

En plus des infections citées au tableau 1, on peut rencontrer une leucoplasie "velue" de la cavité buccale, un zona atteignant plusieurs régions...

-des affections malignes:

Parmi celles ci se trouvent le sarcome de Kaposi, le lymphome malin non hodgkinien, le lymphome cérébral isolé.

c) Autres manifestations :

Parmi elles, se trouvent les pneumopathies lymphoïdes interstitielles chroniques, manifestation ne pouvant se classer dans aucun des stades précédents.

d) Les signes cliniques d'alerte courante.

Quand doit-on suspecter un SIDA et pratiquer une sérologie VIH1 et VIH2 :

- * systématiquement chez les sujets à risque
- * chez toute personne présentant des signes cliniques suspects qui sont:

- Des signes majeurs:

- .Amaigrissement de plus de 10% du poids initial
- .Diarrhée chronique depuis plus d'un mois;
- .Fièvre prolongée depuis plus d'un mois;

- Des signes mineurs:

- .Toux persistante depuis plus d'un mois;
- .Dermatose prurigineuse généralisée;
- .Candidose bucco-pharyngée;
- .Infection herpétique chronique disséminée;
- .Lymphadénopathie généralisée.

Le sida se définit par la présence d'au moins deux signes majeurs associés à au moins un signe mineur, en absence d'une cause connue d'immuno-dépression (cancer, malnutrition sévère ...).

II.4.3 Examens complémentaires.

a) Les tests sérologiques.

L'infection à VIH entraîne l'apparition au bout de 6 à 8 semaines en moyenne des anti-corps anti VIH, détectés par les tests sérologiques mis au point.

On distingue des tests de dépistage et des tests de confirmation.

- * Les tests de dépistage: Ils sont de deux types:

- Le test "ELISA" (Enzyme Linked Immuno Sorbent Assay): c'est le test le plus utilisé. Il s'agit d'une technique immuno-enzymatique simple, rapide, peu coûteuse très sensible. Sa positivité est révélée par l'apparition d'une réaction colorée.

On distingue l'ELISA direct qui utilise les anticorps spécifiques pour détecter les antigènes viraux et l'ELISA indirect qui utilise les antigènes viraux pour détecter les anticorps spécifiques.

Cependant la spécificité de ce test est très limitée.

On peut en effet obtenir de fausses séropositivités par erreur de manipulation ou en général par la présence d'anticorps anti cellulaire reconnaissant la cellule sur laquelle le virus a été cultivé et non le virus lui même. De même, on peut avoir de fausses négativités avant la séroconversion.

- L'immuno fluorescence indirecte.

* Les tests de confirmation: Ils reposent sur deux techniques:

- Le Western Blot: Cette technique est coûteuse, et son utilisation est limitée à la confirmation des sérums positifs à l'ELISA. Le principe consiste à faire une migration électrophorétique des antigènes viraux sur un champ électrique, suivie d'une réaction des anticorps contre ces antigènes.

On verse ensuite le sérum du malade qui va se fixer sur les complexes anticorps antigènes donnant ainsi une coloration.

- La Radio Immuno Précipitation (R.I.P.): Un isolat de virus marqués par la cystéine (35s) est incubé avec le sérum du malade à tester. Les complexes immuns sont analysés par électrophorèse sur gel de polyacrylamide, puis identifiés par autoradiographie. Ces techniques permettent une meilleure approche épidémiologique, mais elles n'ont pas de valeur prédictive pour l'évolution de l'infection (17).

b) Isolément du virus: Il se fait par la culture de lymphocytes contaminés. C'est une technique très complexe et qui ne peut se réaliser que dans les laboratoires spécialisés.

c) Examens pour le diagnostic des infections opportunistes.

Ces infections peuvent être réparties en 3 groupes:

- Groupe 1: affections dont le diagnostic est indispensable, car débouchant sur une thérapeutique efficace. Il s'agit principalement des affections suivantes:

.paludisme	.candidose oesophagienne
.trypanosomiase	.cryptococcose
.tuberculose	.isosporese
.pneumopathie bactérienne	.pneumocystose
.septicémie	.toxoplasmose cérébrale
.candidose buccale	.anémie-thrombopénie

- Groupe 2: affections dont le diagnostic est utile mais débouchant sur une thérapeutique coûteuse:

.sarcome de kaposi	.oesophagite herpétique
.lymphome malin	.herpès cutanéomuqueux chronique
.rétinite à cytomégalovirus	
.colite à cytomégalovirus	

- Groupe 3: affections dont le diagnostic est inutile ou impossible car ne débouchant sur aucune thérapeutique:

.mycobactériose atypique	.pneumopathie lymphoïde
.leuco encéphalite multifocale progressive	.cryptosporidiose
.pneumopathie à cytomégalovirus	

d) Examens à effectuer chez un malade soupçonné de SIDA :

- Examens indispensables:
 - .sérologie VIH en ELISA
 - .recherche de trypanosomes et sérologie de la trypanosomiase
 - .frottis/goutte épaisse
 - .parasitologie et bactériologie des selles
 - .radiographie du thorax
 - .recherche de bacille de koch
 - .recherche de cryptocoques
 - .recherche d'isospora
 - .N.F.S.
- Examens utiles:
 - .hémoculture
 - .fond d'oeil
 - .lavage alvéolaire ou crachats
 - .recherche de pneumocystes
 - .latex cryptocoque
 - .culture sur Löwenstein
 - .ponction biopsie du foie
 - .histologie ganglionnaire
 - .fibroscopie oesophagienne
 - .côlonoscopie

II.4.4 Traitement:

S'il n'existe aucun traitement capable de guérir le SIDA actuellement, on dispose de produits qui agissent sur certaines infections opportunistes ou qui ralentissent l'évolution rapide vers la mort.

Il s'agit de:

- * médicaments à visées étiologiques :
 - .A.Z.T(azido thymidine)
 - .Ribavirine
 - .HPA 23 (antimoine)
 - .interféron

- * médicaments pour stimuler l'immunité :
 - .isoprinosine
 - .imutiol
 - .interleukine

- * médicaments pour les infections opportunistes:
 - médicaments indispensables:
 - .chloramphénicol ou ampicilline
 - .l'association sulfadiazine et pyriméthamine
 - .cotrimoxazole
 - .traitement antituberculeux comportant le pyrazinamide
 - .traitements antifongiques locaux
 - .amphotéricine B injectable

 - médicaments utiles mais coûteux
 - .aciclovir
 - .ganciclovir
 - .antinéoplasique
 - .kétonazole
 - .fluconazole

II.5 Rappels épidémiologiques

II.5.1 Modes de transmission:

Tout comme le virus de l'hépatite B, le virus du sida est véhiculé par le sang et les liquides génitaux des malades.

Il existe trois types de transmission du sida :

- la transmission sexuelle,
- la transmission par la voie sanguine,
- la transmission materno-foetale.

La transmission sexuelle est à l'origine de 75 % des contaminations dans le monde, la voie sanguine de 15 % et la transmission materno-foetale de 10 % (35)

Quant aux risques de contamination liés aux différents modes, ils sont présentés dans le tableau 3.

Tableau 3: Présentation des risques de contaminations liés aux différents modes de transmission.

Transfusion sanguine	> 90 %
Transmission périnatale	20 à 40 %
Relations sexuelles	0,1 à 1 %
Toxicomanie par voie intraveineuse	0,5 à 1 %
Risque par seringue	< 0,5 %

a) Transmission sexuelle.

* Mécanismes:

Où se trouve le virus, comment pénètre-t-il chez l'hôte à la suite d'un contact sexuel?

La présence de virus a été décelée dans les sécrétions vaginales et dans le sperme.

Dans ces 2 liquides, on constate que les cellules épithéliales ne sont pas porteuses du virus alors que les lymphocytes sont infectés.

La quantité de virus étant proportionnelle à la présence de cellules inflammatoires, le risque de transmission est donc augmenté par l'existence antérieure de maladies vénériennes (vaginites et uréthrites d'origine gonococcique ou non), qui entretiennent l'inflammation au niveau des voies génitales.

Il est également possible que lors des menstruations le fluide vaginal contienne plus de virus.

La pénétration du virus chez l'hôte est grandement facilitée par la présence d'une brèche épithéliale. Le risque de contamination est donc beaucoup plus élevé en cas d'ulcération génitale, en particulier de nature vénérienne.

Le virus pénétrant à travers la muqueuse génitale non ulcérée, il se pourrait que des cellules intra-épithéliales porteuses du récepteur CD4, les cellules de langerhans, constituent une première étape pour la pénétration du virus à travers un épithélium non ulcéré.

* Probabilité d'infection, risque relatif

Le risque de transmission du VIH par voie hétérosexuelle est actuellement mal évalué; trois facteurs au moins semblent pouvoir jouer un rôle:

- l'état du "donneur": le risque serait majeur juste après l'infection ou lors du début du sida "maladie".

- l'état "du receveur": l'existence de co-facteurs tels que des ulcérations génitales ou une contraception hormonale (discutée) pourrait jouer un rôle favorisant.

- le "nombre de contacts": Bien qu'il existe des cas de contamination après un seul contact, le risque relatif de transmission du VIH est évalué à 0,2 de l'homme à la femme et 0,1 de la femme à l'homme (en comparaison la probabilité de transmission varie de 0,5 à 0,3 pour la gonococcie et est de 0,3 pour la syphilis) (31).

b) La transmission sanguine

Le VIH est présent dans différentes cellules sanguines, telles que les lymphocytes et les monocytes: il peut également exister sous forme de particules virales libres. La contamination du sang explique la transmission du virus par:

- La transfusion de produits sanguins ou de dérivés: ceci était particulièrement important avant Juillet 1985, date à laquelle a été institué dans toutes les banques de sang des pays développés le dépistage obligatoire des anticorps anti-HIV. Dans un pays tel que la France, si le risque de la transmission sanguine a existé, il est

à l'heure actuelle minime, mais n'est pas totalement nul. En effet il existe un temps de latence d'environ 4 à 6 semaines entre la pénétration du virus dans l'organisme et l'apparition des anticorps dans le sang, ce qui rend le sang infecté indétectable pendant cet intervalle (61).

- L'utilisation de matériels d'injection contaminés: c'est le mode de contamination prépondérant chez les sujets toxicomanes. Dans les pays en voie de développement où l'utilisation pour les soins de matériel à usage unique est difficile et où la stérilisation de matériel d'injection est souvent insuffisante, ce mode de transmission peut se révéler important.

- Les piqûres accidentelles: Le risque de la transmission accidentelle du virus du personnel soignant a toujours constitué une préoccupation majeure. Différentes études de surveillance du personnel après piqûre accidentelle ont montré que le risque était minime, si l'on rapporte le nombre de sujets réellement contaminés par cette voie aux nombre de piqûres ou de blessures susceptibles de contaminer, mais non nul.

Dans tous les cas la transmission accidentelle du virus s'est effectuée à travers une blessure, une piqûre profonde ou une coupure.

c) La transmission materno-fœtale

Le risque de transmission du virus d'une mère séropositive enceinte à son enfant a été estimé à 30 à 40% (61).

De nombreuses questions concernant le moment de la transmission du virus restent en suspens. La contamination in-utero apparait cependant indiscutable, puisque le virus a pu être isolé dans les produits d'avortement à partir de la quinzième semaine. Il est possible que la période à laquelle le virus franchit le plus facilement le placenta soit le troisième trimestre de la grossesse.

La contamination lors du passage de l'enfant dans la filière génitale maternelle, que ce soit par voie muqueuse conjonctivale ou par voie cutanée ne peut être exclue, puisque le virus est présent dans les sécrétions de l'endocol.

Les problèmes posés par la transmission materno-fœtale sont considérables, si l'on considère qu'en Afrique 5 à 10 % des femmes en âge de procréer dans certaines zones urbaines sont séropositives et qu'en France on estime entre 30000 et 40000(9) le nombre de femmes infectées, qui sont toxicomanes pour la plupart (61).

d) Autres modes de transmission évoqués:

Si dans certains cas le virus a pu être isolé dans la salive ou les larmes, aucun document de transmission par ces seules voies n'a été rapporté(.). Les différentes enquêtes épidémiologiques réalisées dans l'entourage proche de sujets VIH positifs n'ont jamais mis en évidence d'infection contractée en dehors des contacts sexuels

Enfin, aucun vecteur animal tels que les moustiques ou autres insectes hématophages n'a pu être incriminé dans la transmission à l'homme de ce virus.

II.6 Prévention

En l'absence de traitement et de vaccin la prévention du SIDA ne peut reposer que sur les points suivants:

- Information et l'Education de la population,
- La formation et l'information des professionnels de la santé,
- La prise en charge des personnes infectées par le VIH.

II.6.1 La prévention de la transmission sexuelle du SIDA:

En absence de tout vaccin et de tout traitement permettant de lutter contre la transmission de la maladie, la prévention du SIDA doit reposer sur deux mesures fondamentales:

- .la fidélité dans le couple;
- .l'utilisation de préservatifs lors de toute relation en dehors du couple.

Elle est l'approche la plus importante, mais aussi la plus difficile à mettre en oeuvre. Elle repose sur l'information et l'éducation qui doivent avoir comme principal objectif la modification des comportements sexuels reconnus aujourd'hui comme responsables de la propagation du virus.

L'action doit s'adresser à l'ensemble de la population. Mais il existe certains profils particuliers tels que les routiers ou les prostituées qui constituent de véritables groupes à risque.

a) Les messages

Leur contenu doit porter sur les thèmes suivants:

a.1 La réalité de l'épidémie:

Le préalable à toute campagne d'information et de prévention réside dans la prise de conscience par la population de la réalité de l'épidémie et de sa durabilité.

a.2 La diminution du nombre de partenaires sexuels:

Les messages élaborés sur ce thème doivent être pragmatiques et réalistes. Il est hors de question de proposer dans les sociétés habituellement (et souvent institutionnellement) polygames, la monogamie stricte. Le message doit donc promouvoir la fidélité au sein de l'éventuel ménage polygamique. Le SIDA peut être évité à trois ou à quatre, mais à condition de parler, et de parler du SIDA au sein d'un cercle fermé que constitue le couple et/ou avec les "deuxièmes bureaux". Malheureusement, l'infidélité d'une seule personne du groupe est susceptible de porter le virus dans le cercle et de le diffuser à tous les autres membres.

L'accent doit donc être mis sur les risques encourus avec les partenaires occasionnels, lors du "vagabondage" sexuel et surtout de la fréquentation des prostituées, afin de les limiter.

a.3 Le préservatif:

En dehors de l'abstinence ou de la fidélité dans le couple, l'utilisation du préservatif dans les relations extra conjugales doit être présentée comme le moyen le plus sûr pour prévenir la transmission sexuelle du SIDA.

a.4 Les pratiques sexuelles sans risque:

La prévention du Sida nécessite la pratique de rapports sexuels sans pénétration vaginale dans les situations où le partenaire est occasionnel et en l'absence de préservatifs.

Par ailleurs, il est important de ne pas passer sous silence le risque majeurs de sida que font courir les relations homosexuelles.

a.5 La prévention et le traitement des autres maladies sexuellement transmissibles (M.S.T.):

La transmission du VIH est facilité par la présence d'autres M.S.T. Il est donc indispensable de traiter ces affections et surtout d'éduquer la population dans l'optique d'une consultation précoce en cas de lésions génitales.

La prévention des M.S.T et leur traitement freinera considérablement la propagation du virus.

a.6 L'absence de contagiosité des séropositifs en dehors de relations sexuelles:

Afin d'éviter que le SIDA ne devienne une nouvelle "lèpre" avec l'exclusion sociale des malades ou des porteurs sains qui en résulte, il est nécessaire de persuader la population que le virus n'est transmissible que par des contacts sexuels et que ni le fait de manger dans le même plat, ni celui de boire dans le même récipient ne transmet le Sida.

a.7 Les groupes à risque

b) Les populations cibles:

Les messages doivent être estimés à l'ensemble de la population du pays, mais doivent être adaptés aux différentes populations cibles visées:

b.1 Les jeunes:

L'accent devra être mis sur le préservatif qui permet en outre la prévention des autres M.S.T. et des grossesses non désirées et sur la consultation précoce en cas d'ulcération génitale. On insistera également sur l'intérêt des relations stables et sur les dangers du vagabondage sexuel et de la fréquentation des prostituées.

b.2 Les couples mariés:

Le message prioritaire doit être celui de la stricte fidélité au sein du couple.

b.3 Les femmes:

Quel que soit leur statut social, les femmes doivent être une cible privilégiée des campagnes d'information et d'éducation car elles doivent chercher à imposer les mesures préventives à leur(s) partenaire(s). Les prostituées devraient être les mieux informées des risques encourus et être intransigeantes sur l'utilisation des préservatifs.

b.4 Les voyageurs:

Qu'ils soient professionnels (chauffeurs routiers) ou non, ils sont exposés plus que d'autres aux rencontres avec des partenaires occasionnels. S'ils ne sont pas capables de s'abstenir, ils doivent alors recourir aux préservatif ou aux pratiques sexuelles sans risque.

b.5 Les prostituées:

Par leur comportement sexuel les prostituées constituent une population à grand risque.

c) Les vecteurs de l'information:

c.1 Les médias:

La radio, la télévision, la presse écrite doivent diffuser les messages de prévention afin de permettre l'éclosion de la discussion au sein de la population.

c.2 Les institutions communautaires:

L'information doit utiliser le canal des responsables syndicaux, des associations de femmes, des mouvements de jeunes, afin qu'elle puisse être rapportée sur le lieu même de vie, par des intervenants connaissant les particularités de leur auditoire. De même les enseignants, du secondaire au supérieur, doivent être les vecteurs d'un message préventif qui sera fonction de l'âge et de la sensibilité de leurs élèves.

c.3 Les religieux:

Du fait de leur poids dans la société, ils doivent s'impliquer dans la prévention du SIDA. Il leur est indiscutablement plus facile de prôner la fidélité, en adaptant éventuellement les messages à leur sacerdoce que de promouvoir le port des préservatifs par exemple.

c.4 Le personnel de santé:

Les agents de santé sont en première ligne dans la lutte contre le SIDA et leur formation est capitale pour qu'ils puissent tenir ce rôle.

II.6.2 Prévention de la transmission par le sang:

a) Prévention de la transmission par transfusion:

Ce mode de prévention passe par le dépistage systématique de tous les sangs destinés à la transfusion. Cependant, le risque de transmission n'est pas annihilé à cause des sangs prélevés chez des donneurs en attente de séropositivité.

Par ailleurs les centres de santé périphériques peuvent être conduits à faire des transfusions d'urgence pour sauver des vies humaines (par exemple rupture de G.E.U) alors qu'ils ne sont pas en mesure de procéder aux analyses préliminaires.

b) Prévention de la transmission iatrogène:

Bien que la transmission par les injections soit considérée comme négligeable, les règles d'hygiène de base doivent être respectées, (pas de réutilisation du matériel à usage unique, préférence pour le matériel réutilisable facilement stérilisable). De même pour diminuer le nombre de traitements administrés par voie parentérale, les campagnes d'éducation devraient s'attacher à briser la demande des populations vis à vis des injections, et les médecins devraient recourir à la voie intermusculaire ou intraveineuses qu'en cas d'impérative nécessité.

c) Prévention de la transmission par toxicomanie intraveineuses:

Cette toxicomanie est heureusement encore rare en zone tropicale, à quelques exceptions près. Sachant cependant qu'elle est un sous-produit de l'urbanisation à travers l'extension de banlieues défavorisées, et le chômage des jeunes, il est nécessaire, dès maintenant, de la prévenir par la lutte contre les trafiquants et, si cela s'avère nécessaire, l'information des jeunes.

II.6.3 Prévention de la transmission mère-enfant

a) Prévention de la transmission materno-foetale:

On sait que toute femme séropositive restera porteuse du virus jusqu'à sa mort, que le risque de transmission à l'enfant au cours de la grossesse est élevé (entre 30 et 50% des cas) et que le risque de développement du SIDA chez l'enfant est considérable, sans doute de 90 à 95% (81). Dans ces conditions, que dire à une femme séropositive ?

Si celle-ci a déjà plusieurs enfants, il est impératif de lui déconseiller toute nouvelle grossesse et de lui donner les moyens d'une contraception qui doit reposer l'utilisation du préservatif par le partenaire. Dans le cas d'une femme qui n'a encore jamais eu d'enfants, quand on sait les conséquences psychologiques et familiales d'une telle interdiction ou d'une telle recommandation, la décision à prendre ne peut dépendre que du couple.

b) Prévention de la transmission par le lait maternel:

Malgré quelques cas rapportés de transmission de la mère à l'enfant par le lait maternel, cette modalité épidémiologique ne doit pas être retenue.

En zone tropicale, l'allaitement maternel doit donc être conseillé aux femmes séropositives.

II.6.4 Prise en charge des porteurs asymptomatiques:

Cette prise en charge doit être à la fois médicale et psychologique et doit chercher à responsabiliser la personne pour protéger les autres. La prise en charge des malades est également indispensable et les abandonner sans soins médicaux risque de conduire à des attitudes extrêmes du type "puisque je suis perdu autant profiter de la vie et disséminer le virus".

Cette prise en charge des malades demande des moyens financiers importants. Selon l'étude de Tall en 1990 sur la prise en charge et le coût du sida en milieu hospitalier au Mali (Hôpital National du Point G), un épisode d'hospitalisation coûte en moyenne 140 000 FCFA et le coût moyen investi dans les médicaments par malade est de 170 000 FCFA. Il ressort de cette même étude qu'il y a en moyenne deux hospitalisations par malade (71).

II.6.5 Mesures préventives individuelles:

- Recouvrir d'un pansement toute ouverture cutanée;
- Ne pas partager les rasoirs, les brosses à dent et les autres objets pouvant être contaminés par le sang des autres;
- Veiller à n'utiliser que des aiguilles et seringues ou tout autre instrument perforant la peau, parfaitement propres stériles.

II.6.6 Mesures préventives pour le personnel médical et paramédical:

- Eviter de se blesser avec des instruments pointus ou tranchants, contaminés par les liquides organiques des malades; éviter le contact entre les lésions cutanées ouvertes et tout ce qui provient de patients atteints de sida;
- Le port de gants pour différentes manipulation doit être obligatoire.
- Bien indiquer sur les flacons contenant les produits pathologiques des sidéens, une mention précisant leur maladie;
- Mettre les articles souillés dans un sac étanche;
- Stériliser les objets et les instruments ayant servi pour les patients sidéens;
- Utiliser les aiguilles et seringues à usage unique;
- Ne jamais pipeter avec la bouche de sang infecté.

II.6.7 Mesures préventives collectives:

- Information par tous les moyens, parole, écriture, image, théâtre;
- Education s'adressant au grand public, aux écoliers, aux personnes infectées, aux groupes à haut risque, au personnel de santé, aux éducateurs...
- Transfusions réservées aux seuls cas qui le nécessitent impérativement;
- Inactivation virale des produits sanguins destinés aux hémophiles et aux autres sujets à transfuser;
- Recherche systématique des anticorps VIH sur chaque don de sang, de sperme et d'organe.

III. SITUATION ACTUELLE DU SIDA

III. SITUATION ACTUELLE DU SIDA

III.1 Le SIDA dans le monde

III.1.1 Données actuelles:

* Concernant le Sida maladie:

Au 1er Janvier 1992, l'OMS avait enregistré un total de 444 681 cas de SIDA, qui avaient été déclarés par 164 pays (56).

Elle précisait que plus de 95 % de ces cas concernaient des adultes jeunes et d'âge moyen. Elle estimait alors à 1 million le nombre réel de cas cumulé de SIDA chez les adultes dans le monde. Cette différence était due, entr'autres, aux lacunes du diagnostic et de la notification aux autorités de la santé publique ainsi qu'au retard dans la déclaration des cas (56).

Le 1er Avril 1992, ce chiffre était de 484 148, soit une progression de 7,7 % par rapport au trimestre précédent. L'OMS estimait alors que ce chiffre représentait moins de 35 % des cas réels, ce qui la conduisait à estimer à près de 1,5 millions le nombre de personnes alors malades de Sida (30).

Dans les régions en développement que sont l'Afrique, l'Asie et l'Amérique latine, cette proportion est à peu près égale ou tend à le devenir rapidement, ce qui est révélateur de la prédominance de la transmission hétérosexuelle.

En Amérique du Nord et en Europe Occidentale, on continue à noter une proportion plus élevée d'hommes par rapport aux femmes, encore que cette proportion s'équilibre lentement au fur et à mesure que la transmission hétérosexuelle augmente dans les régions. Aujourd'hui, les deux tiers de tous les cas d'infection à HIV dans le monde sont imputés à une transmission hétérosexuelle et cette proportion va passer à 75 % ou 80 % d'ici l'an 2000 (56).

* Concernant l'infection par le Virus du Sida:

L'OMS estime à 5 à 6 millions d'hommes et 3 à 4 millions de femmes le nombre de personnes séropositives, c'est à dire contaminées par le VIH. Sur ces 8 à 10 millions d'adultes contaminés, plus d'un million ont déjà développé un SIDA-maladie et la majorité d'entre eux sont morts, tandis qu'un nombre égal est atteint d'une maladie moins grave liée à l'infection (56).

Environ un enfant sur trois né d'une mère infectée par le VIH est lui-même contaminé par le VIH et meurt du SIDA, généralement avant l'âge de cinq ans; les autres finissent par se retrouver orphelins lorsque leur mère meurt de SIDA. Il y a donc près d'un million d'enfants infectés dont la mère est contaminée par le VIH; plus de la moitié d'entre eux sont atteints du SIDA ou sont morts; d'autre part, près de deux millions d'enfants non contaminés de mères infectées par le VIH sont orphelins ou risquent de le devenir. La plupart de ces enfants vivent en Afrique subsaharienne (56).

III.1.2 Répartition par continents

Selon le communiqué OMS du 12 février 1992, le nombre d'adultes infectés par le VIH dans le monde au début de 1992 se présentait de la façon suivante (57):

Amérique du Nord	1 million
Amérique Latine.....	plus de 1 million
Europe Occidentale.....	500.000
Asie Méridionale et Asie du Sud-Est.....	plus de 1 million
Afrique Subsaharienne.....	plus de 6,5 millions
Australie.....	30.000
Europe Orientale et ex Union Soviétique.....	20.000
Asie orientale et pacifique.....	20.000
Total.....	environ 10 millions

III.1.3 Aspects épidémiologiques:

En Amérique du Nord et en Europe, on pense que c'est pendant les années 1980-85 que le nombre annuel de cas d'infection à VIH a atteint son maximum, avec la transmission fulgurante du VIH parmi les hommes homosexuels et les toxicomanes qui s'injectent de la drogue.

Depuis lors, le nombre annuel de cas dans ces pays a diminué, sans doute en partie à cause de la régression des comportements à risque dans ces groupes de population.

En Afrique subsaharienne, c'est au début des années 1980 que le VIH a commencé à se répandre largement, et le nombre annuel de personnes infectées a continué à augmenter tout au long des années 1980 et dans les années 1990.

En Asie, le VIH a commencé à se transmettre dans quelques pays seulement à la fin des années 1980 mais l'infection s'est propagée rapidement depuis lors. L'OMS prévoit que l'incidence annuelle en Asie va continuer à augmenter jusqu'au début du siècle prochain. On peut donc s'attendre à ce que le nombre annuel de cas d'infection à VIH en Asie dépasse le nombre annuel de cas en Afrique à un moment donné de la période 1995 -2000 (56).

L'OMS prévoit que, d'ici l'an 2000, un total de 30 à 40 millions d'hommes, de femmes et d'enfants auront été contaminés par le VIH depuis le début de la pandémie, soit un doublement, voire un quadruplement, en un peu moins de huit ans (56).

Evolution probable du Sida d'ici l'an 2 000 (39) (voir Figure 1).

A cause du long délai qui sépare l'infection par le VIH de l'apparition du SIDA, le nombre annuel projeté de cas de SIDA chez les adultes va refléter le nombre annuel de cas d'infection à VIH chez les adultes avec un retard d'une dizaine d'années.

Ainsi, le nombre annuel de cas de SIDA en Amérique du Nord et en Europe devrait culminer vers 1995 alors que, dans les pays en développement, particulièrement en Asie, il va continuer à augmenter jusqu'au siècle prochain. Si ces projections sont exactes et l'OMS pense qu'il s'agit là d'estimations prudentes, on peut s'attendre d'ici la fin des années 1990 à un total annuel de plus d'un million de cas de SIDA et de décès chez les adultes, qui se produiront pour la plupart dans les pays en développement, dont environ 500.000 en Afrique et 250.000 en Asie.

Les conséquences démographiques de cette pandémie se font déjà sentir en Afrique subsaharienne. En Afrique Orientale et Centrale, où un tiers des adultes sexuellement actifs sont infectés dans bien des zones urbaines, les taux de mortalité infantile, que des programmes de vaccination et d'autres programmes de survie de l'enfant avaient réussi à faire baisser notablement au cours de la décennie passée, sont en train de remonter à leurs niveaux de 1980 à cause des décès d'enfants dus au SIDA. Dans ces groupes de population, on a également noté un triplement du taux de mortalité chez les adultes, en seulement cinq ans (56).

Prevision OMS/Deiphi des cas de Sida cumulé chez les adultes

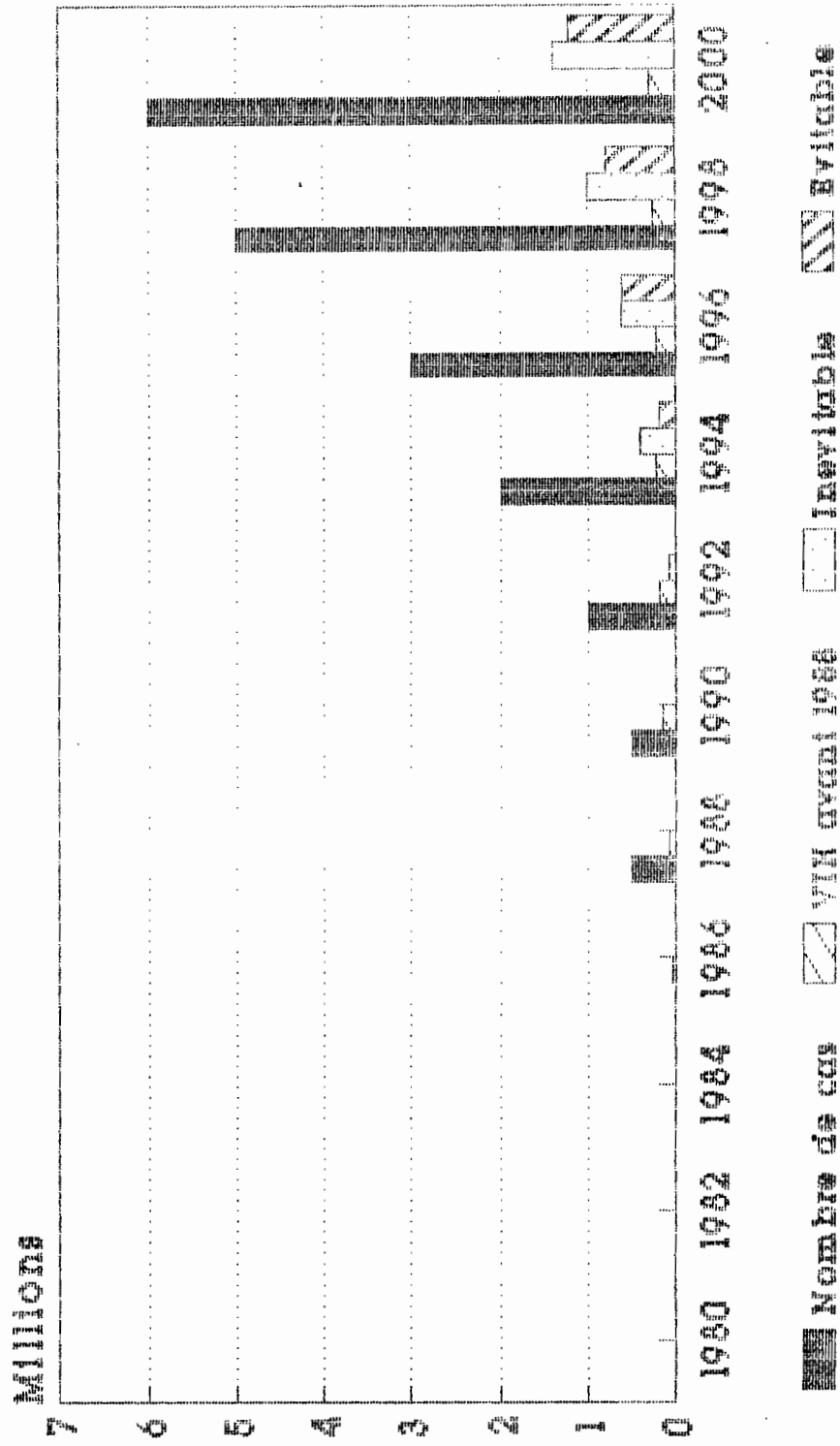


Figure 1

III.2 Le Sida en Afrique

III.2.1 Données actuelles

La Situation est particulièrement critique en Afrique subsaharienne, où plus de 6 millions personnes sont déjà infectées (55).

Certains pays comme l'Ouganda ou le Kenya ont déjà dépassé le seuil des 20% de séropositivité au sein de la population sexuellement active (55).

En Afrique de l'Ouest, on considère que s'est la Côte d'Ivoire qui constitue l'une des principales plaque tournante du Sida: le fait que 40% de sa population est composée d'étrangers (dont 50% de Burkinabè et 25% des Maliens) constitue probablement un facteur important.

Dans les consultations prénatales réalisées dans les villes de certains pays, jusqu'à un tiers des femmes enceintes sont porteuses de VIH.

De ce fait, l'OMS prévoit maintenant que d'ici l'an 2000, 5 à 10 millions d'enfants seront infectés par le virus.

L'augmentation prévue des décès dus au Sida chez les enfants commencera vers 1995 à annuler la baisse de la mortalité obtenue grâce aux programmes pour la survie de l'enfant menés ces vingt dernières années (55).

Dans les pays africains où la prévalence de l'infection à VIH est déjà élevée, l'espérance de vie à la naissance va diminuer de 5 à 10% au lieu d'augmenter de 20% d'ici l'an 2000 comme le prévoient les projections d'avant le Sida (55).

III.2.2 Evolution depuis 1980

Depuis 1980, le nombre de cas ne fait qu'augmenter, c'est ainsi qu'en décembre 1988, les pays Africains avaient à eux seuls déclaré plus de 20.000 cas de Sida à l'OMS. La réalité était certainement beaucoup plus grave, car, selon l'OMS, le total cumulé des cas de Sida dépassait alors 100.000 dans la région Africaine (81).

III.2.3 Répartition par pays

Le relevé épidémiologique hebdomadaire de l'OMS à la date du 4 octobre 1991 présente la situation du nombre de cas de Sida par pays comme ci-dessous indiqué dans le tableau.

Tableau 4: Nombre de cas de Sida déclarés par pays.

PAYS	nombre de cas	population	ratio cas/population	dates
Algérie	45	25.000000	0,000001	20.05.90
Angola	104	10.000000	0,00001	31.12.88
Bénin	158	4.600000	0,00003	30.06.91
Botswana	216	1.000000	0,0002	31.07.91
Burkina Faso	978	9.000000	0,0001	11.06.90
Burundi	3305	5.500000	0,0006	31.08.9
Cameroun	429	11.800000	0,00003	30.04.9
Cap-Vert	32	-	-	30.06.9
République centrafricaine	1864	3.000000	0,0006	30.06.90
Tchad	130	5.700000	0,00004	25.06.91
Comores	2	-	-	30.01.91
Congo	2405	2.300000	0,001	31.12.90
Côte d'Ivoire	6836	12.000000	0,0005	01.03.91
Djibouti	58	-	-	31.12.90
Egypte	27	52.400000	0,0000006	31.12.90
Guinée équatoriale	7	-	-	06.08.91
Ethiopie	1218	49.200000	0,00002	30.06.91
Gabon	117	1.200000	0,0001	31.12.90
Gambie	141	-	-	30.07.91
Ghana	2474	15.000000	0,0001	30.06.91
Guinée	338	5.800000	0,00005	01.07.91
Guinée-Bissau	157	1.000000	0,0001	26.03.91
Kenya	9139	24.000000	0,0003	31.05.90
Lesotho	11	1.800000	0,000000	27.04.90
Liberia	5	2.600000	0,000001	01.04.90
Jamahirya arabe Libyenne	1	4.500000	0,0000002	14.02.90

Tableau 4: Nombre de cas de Sida déclarés par pays (Suite).

PAYS	nombre de cas	population	ratio cas/population	dates
Madagascar	2	12.000000	0,0000001	30.06.91
Malawi	12074	8.800000	0,001	31.10.90
Mali	338	9.200000	0,00003	30.06.90
Mauritanie	26	2.000000	0,00001	31.07.91
Maurice	5	1.100000	0,000004	05.04.90
Maroc	70	25.100000	0,000002	31.12.90
Mozambique	251	15.700000	0,00001	31.07.91
Namibie	311	1.800000	0,0001	31.05.90
Niger	352	7.700000	0,00004	30.06.91
Nigéria	84	108.500000	0,0000006	29.01.91
Reunion	49	-	-	17.05.90
Rwanda	5100	7.200000	0,0007	31.03.91
Sao Tomé-et-Principe	1	-	-	30.09.90
Sénégal	552	7.300000	0,00001	18.07.91
Seychelles	0	0	0	01.08.91
Sierra Leone	40	4.200000	0,000009	30.04.91
Somalie	13	7.500000	0,000001	23.12.90
Afrique du Sud	764	35.300000	0,00002	06.05.91
Soudan	318	25.200000	0,00001	31.12.90
Swaziland	33	-	-	31.03.91
Togo	100	3.500000	0,00002	01.06.90
Tunisie	77	8.200000	0,000009	31.12.90
Ouganda	21719	18.800000	0,001	31.12.90
Tanzanie	21208	27.300000	0,0007	31.03.91
Zaïre	14762	35.600000	0,0003	31.12.90
Zambie	4690	8.500000	0,0005	31.05.91
Zimbabwe	7411	9.700000	0,0007	30.06.91
Total	120547			

III.2.4 Aspects épidémiologiques

* Fréquence de l'infection à VIH :

L'estimation exacte de l'épidémie de SIDA en Afrique est assez difficile à chiffrer compte tenu des moyens limités de surveillance et de diagnostic.

En Afrique, l'infection se transmet essentiellement par voie hétérosexuelle et affecte autant les hommes que les femmes .

La prévalence de l'infection est d'autant plus élevée que l'est la promiscuité sexuelle . C'est ainsi que 60 à 80 % des femmes prostituées des grandes villes d'Afrique Centrale ou de l'Est sont infectées. Dans les mêmes pays, différentes études de prévalence de l'infection VIH réalisées dans la population générale mettent d'ores et déjà en évidence des taux d'infection de 3 à 6 % (81).

- Séroprévalence

L'augmentation assez lente, mais progressive de la séroprévalence parmi les femmes enceintes, de 0 % à 2 % en 5 ans à Nairobi, montre que la dissémination du VIH est limitée, mais significative au sein de la population générale de ces régions (81).

Tandis qu'en Europe et en Amérique du Nord , 90 % des séropositifs appartiennent à quelques groupes bien définis à haut risque (homosexuels, bisexuels, toxicomanes par voie intraveineuse, hémophiles), en Afrique il a été, jusqu'à présent, moins aisé d'identifier des groupes à haut risque pour les campagnes de contrôle et de prévention. Il est vrai cependant que les sujets atteints de maladies sexuellement transmissibles ont des taux allant jusqu'à 90% (81).

Par ailleurs le diagramme des groupes d'âge montre une distribution bimodale de séroprévalence avec des pics en dessous d'un an et entre 20-30ans montrant le rôle dominant des transmissions sexuelle et transplacentaire (81).

- Séro-incidence

La séro-incidence ne peut être estimée qu'à partir d'études longitudinales de cohorte, or celles-ci sont chères et d'une exécution difficile sur le terrain.

Pour toutes ces raisons, peu d'études valables existent.

Dans une première étude, une enquête sérologique a été menée au sein du personnel de deux grands hôpitaux de Kinshasa en 1984 et 1986 auprès de 2384 personnes.

Il ressort de cette étude une séro-incidence de 1,8% (81).

Deux autres études ont montré que c'est parmi les individus à partenaires multiples que le virus s'est répandu d'une façon spectaculaire. C'est ainsi qu'on a relevé chez les prostituées de Nairobi une séro-incidence de 12% .

Parmi les " femmes libres" à Kinshasa le taux annuel d'infection en 1988 était de 14%.

Taux d'incidence du Sida par groupe d'âge en Tanzanie voir Figure 2 (35).

Taux d'incidence du Sida par groupe d'âge en Tanzanie continentale

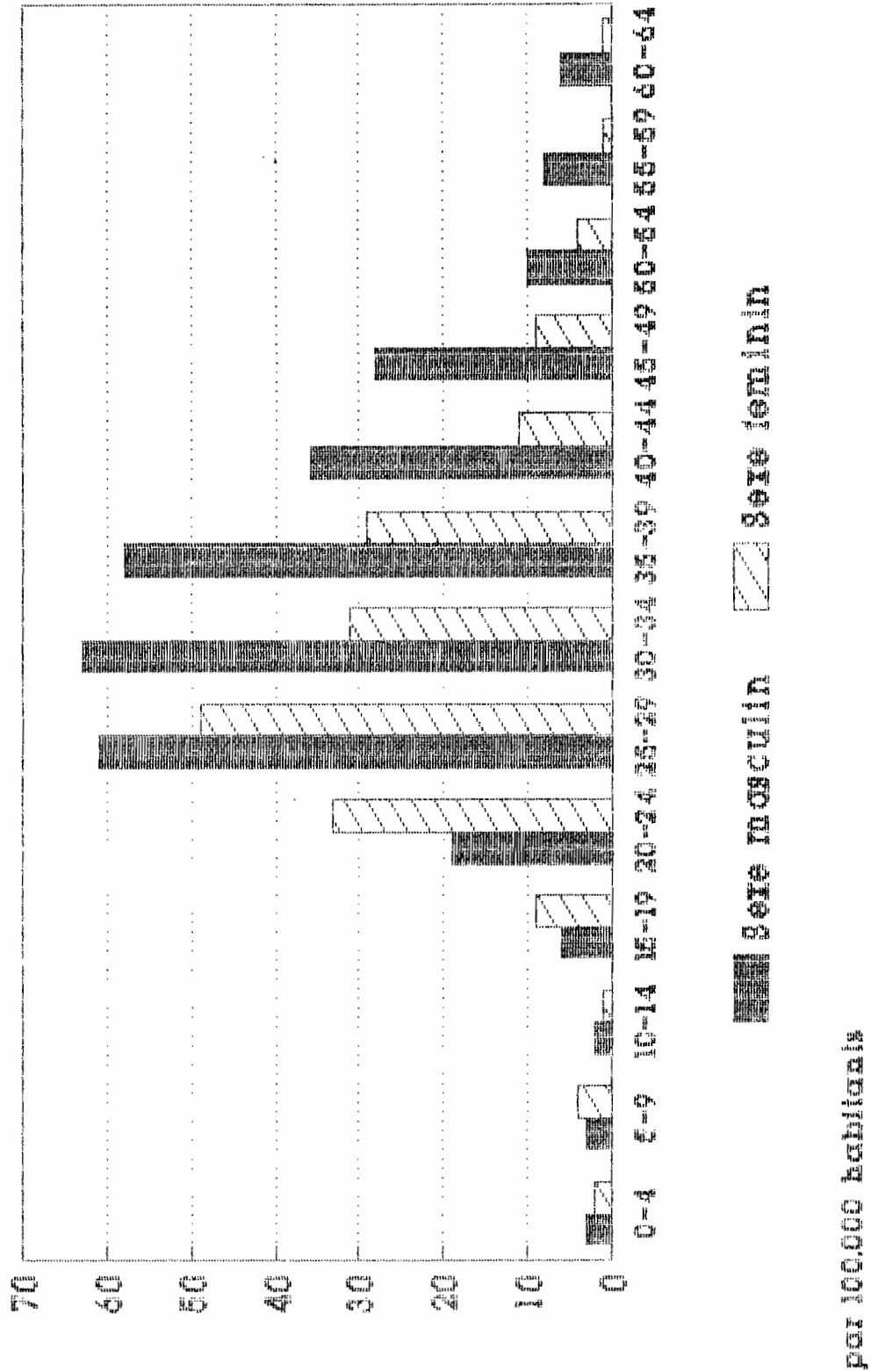


Figure 2

* Modes de transmission :

On retrouve en Afrique les différents modes de contamination qui prennent des aspects particuliers.

- Transmission sexuelle:

Des études épidémiologiques ont révélé qu'en Afrique les principaux facteurs de risque associés à la séropositivité sont la multiplicité des partenaires, des rapports sexuels avec des prostituées et des antécédents de maladies sexuellement transmissibles (M.S.T.) (81).

Probablement 80% des cas d'infection par VIH sont attribuables à un contact hétérosexuel. Entre les âges de 15 à 25 ans, les femmes sont cinq fois plus infectées que les hommes du même âge, alors qu'entre 25 et 35 ans autant d'hommes que de femmes sont touchés (H/F = 1,1). Par contre, après 35 ans ce rapport s'inverse au détriment des hommes car à âge égal ces derniers sont deux fois plus infectés (81).

- Transmission par transfusion sanguine:

Près de 10% des cas adultes de sida et jusqu'à 25% des cas, pédiatriques sont d'origine transfusionnelle (81).

- Transmission périnatale:

En Afrique, le mode principal d'infection VIH est hétérosexuel.

Il n'est pas étonnant par conséquent que 2 à 25% des femmes en âge de procréer de certaines grandes villes Africaines soient séropositives et soient donc conduites à transmettre le virus à leurs enfants. Le risque par grossesse étant de 20 à 40 %, il est aisé d'imaginer l'importance que revêt un tel mode de transmission (81).

- Infections liées à certaines pratiques traditionnelles:

Dans les populations où les pratiques de scarification, de tatouages, d'excision, de circoncision, de perçage d'oreilles sont courantes, on assiste à une exposition de la population, car elles sont faites avec des aiguilles ou des lames à usage multiple ayant rarement bénéficié d'une stérilisation suffisante.

III.2.5 Aspects socio-économiques du SIDA

Le SIDA frappe principalement les groupes d'âge de 20-25 ans représentant les forces vives des jeunes nations Africaines. A l'inverse d'autres épidémies, il touche surtout les populations vivant en milieu urbain, et préférentiellement les élites disposant d'un salaire et qui entretiennent une famille élargie.

La perte en ressources humaines atteindra dans les années à venir des proportions telles qu'elle pourrait retentir dramatiquement sur le développement économique des différents pays. Cette épidémie affecte aussi bien les hommes que les femmes en âge de procréer.

Théoriquement elle est en mesure de réduire gravement le taux de croissance de certaines populations urbaines en Afrique sub-saharienne où 2 à 25 % des femmes en âge de procréer sont VIH séropositives (81).

Avec une incidence annuelle de 5 à 1000 cas de sida par million d'habitants dans certaines grandes métropoles africaines, la mortalité spécifique sera d'au moins 0,1 % par an (81).

Les conséquences démographiques seront si désastreuses que plusieurs pays ayant actuellement un taux de croissance de leur population de l'ordre de 3 % se retrouveront dans près de 20 ans à un taux de 2%, conséquence directe d'une baisse de la natalité (81).

Par ailleurs les objectifs de nombreux programmes de santé seront compromis, une grande part des maigres ressources étant détournées vers les soins des patients de SIDA. Un très grand nombre de lits d'hospitalisation en médecine interne est déjà occupé par de tels malades, mettant en péril les soins destinés à d'autres malades graves mais curables.

Enfin le SIDA interfère directement sur l'incidence et l'histoire naturelle d'autres maladies endémiques telles que la tuberculose, qui connaît en conséquence une véritable "explosion".

D'après L'Institut Panos, l'adéquation du revenu per capita et des ressources mobilisables pour certains pays se présente de la façon suivante:

Tableau 5: Adéquation du revenu per capita et des ressources mobilisables.

PAYS	Niveau de l'épidémie	Niveau de revenu	Niveau des ressources
Suède	9	71	890
Suisse	25	98	392
France	25	57	233
Mexique	6	12	209
Brésil	8	10	125
Etats-Unis	100%	100%	100%
Zimbabwe	5	4	86
Trinidad	66	36	55
Zaïre	4	1	26
Kenya	25	2	7
Zambie	20	2	6
Ouganda	56	1	2

Dans la colonne 1 est exprimé le nombre de cas/million d'habitants dans chaque pays en pourcentage du nombre de cas/million d'habitants aux Etats-Unis.

Dans la colonne 2 est exprimé le revenu national par habitant en pourcentage de celui des Etats-Unis.

La dernière colonne est le rapport entre la colonne 2 et la colonne 1 et est un indicateur de la capacité économique de réponse du pays à l'épidémie (81)

L'analyse de ce tableau montre clairement les différences considérables d'aptitudes économiques entre les états pour lutter contre le Sida.

Il montre la situation dramatique de certains pays, qui sont dans une incapacité totale de mobiliser les ressources nécessaires à la lutte contre la maladie.

III.3 Le SIDA au Mali

III.3.1 La situation épidémiologique

A) Données actuelles:

* Au cours de l'année 1991, le nombre de cas de SIDA se présentait de la façon suivante :

Tableau 6: Age au diagnostic de la maladie par sexe: (44)

Classe d'âge	Sexe Masculin	Sexe Féminin	Total	M/F
<15 ans	5	0	5	-
15-19 ans	8	12	20	0,4
20-29 ans	68	27	95	2,5
30-39 ans	84	32	116	2,6
40-49 ans	44	6	50	7,3
50 ans et plus	31	10	41	3,1
Indéterminé	21	28	49	0,7
Total	261	115	376	2,3

On note dans ce tableau que le sexe masculin est le plus touché.

Avant de conclure, on doit se demander dans quelle mesure le mode de recrutement des malades est le même entre les sexes.

Tableau 7: Répartition des malades dépistés en 1991 selon le lieu de dépistage (44).

Sexe	Hospitalisés	Consultations Externes	Total
Masculin	158	24	182
Féminin	52	13	65
Total	210	37	247

La quasi totalité de ces cas ont été diagnostiqués par les hôpitaux de Bamako, à savoir le Point G et Gabriel Touré.

Ceci laisse penser que le chiffre réel de malades au Mali est beaucoup plus élevé, la plupart des sidéens qui vivent en dehors de Bamako n'étant pas diagnostiqués (44).

B) Evolution depuis 1985:

Depuis 1985 date de diagnostic du premier cas au Mali, le nombre de cas de SIDA ne fait que croître.

Le tableau ci-dessous nous donne l'évolution de 1985 à 1991.

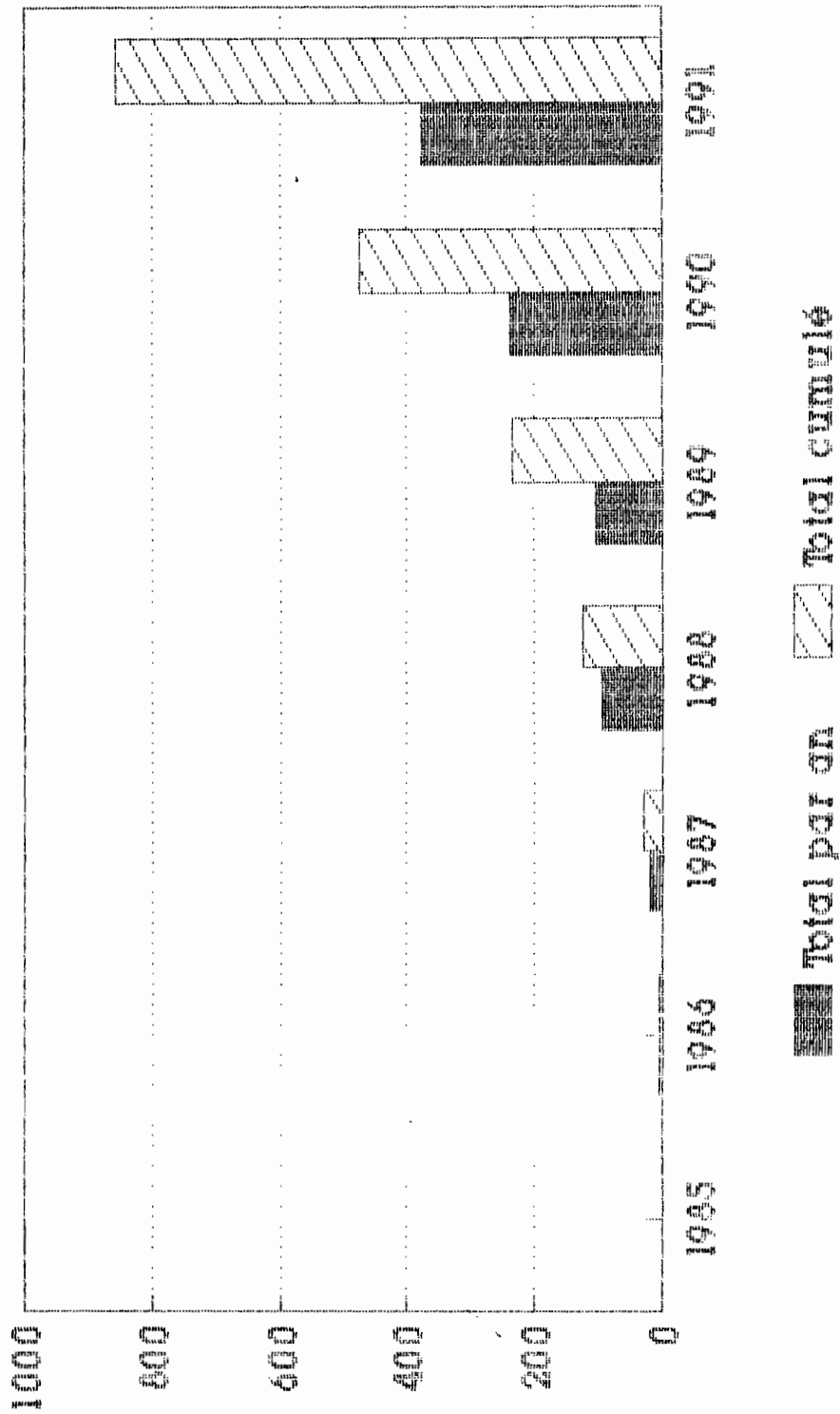
Tableau 8: Evolution du nombre de nouveaux cas diagnostiqués dans les formations hospitalières du Mali de 1985 à 1991 (44):

Nombre de cas de SIDA diagnostiqués par an :

Années	Nombre total de cas diagnostiqués par année	Cumulé
1985	1	1
1986	5	6
1987	23	29
1988	99	128
1989	106	234
1990	242	476
1991	377	853

Evolution du nombre de nouveaux cas diagnostiqués dans les formations hospitalières du Mali de 1985 à 1991 voir graphique 3

Evolution du nombre de Nouveaux cas de Sida au Mali



1985 & 1991

Figure 3

Allure exponentielle de l'évolution du Sida apparait de façon magistrale à l'examen du graphique 3, qui pourtant ne reflète que la partie émergée de l'iceberg.

C) Aspects épidémiologiques:

a) Nature des virus:

Ainsi que le montre le tableau ci-dessous, les cas de SIDA rencontrés au Mali sont dus aux deux virus VIH1 et VIH2, avec une légère prédominance pour le second.

Tableau 9: Nature des virus responsables de 85 des 99 cas de SIDA diagnostiqués au Mali en 1988 (43).

Groupes	VIH1	VIH2	VIH1+2	Total
Hommes	18	18	13	49 (58%)
Femmes	7	19	10	36 (42%)
Total	25 (30%)	37 (43%)	23 (27%)	85 (100%)

b) Séroprévalence:

Nous avons réussi à identifier 11 études de séroprévalence qui ont été effectuées au Mali jusqu'à ce jour.

* La première a été réalisé à Bamako en Mars-Avril 1987 chez des groupes présumés à risque (prostituées, prisonniers) et un groupe témoin (). Les prélèvements ont été effectués "au petit bonheur" sans faire appel aux moindres techniques de sélection d'un échantillon.

Tableau 10: Résultats de l'enquête séro-épidémiologique de Mars-Avril 1987 auprès de groupes de sujets à risque (60):

Groupes étudiés	Nombre de sujets testés	Nombre de sujets séropositifs	Pourcentage de séropositif
Prostituées	230	90	39,13
Prisonniers	153	11	7,18
Femmes enceintes	283	3	1,06
Total	666	104	47,37

* La deuxième a été réalisée à la même période (Mars-Avril 1987) et a porté sur des malades hospitalisés à Bamako et présentant des signes cliniques pour évoquer un syndrome d'immunodépression acquise. Les résultats sont colligés dans le tableau suivant:

Tableau 11: Résultats de l'enquête auprès de malades hospitalisés à Bamako (60)

Service	Malades testés	Malades séropositifs	Pourcentage séropositifs	Malades HIV1	Malades HIV2	Malade HIV1+2
Pneumologie	177	8	4,5%	2	3	3
Médecine interne	23	1	4,3%	0	1	0
Gastro-Entérologie	46	10	21,7%	4	4	2
Total	146	19	30,5%	6	8	5

* La troisième a été réalisée en Août-Septembre 1987 dans les chefs lieux de région. Cependant ces sérums testés n'ont pas été confirmés au Western Blot. Elle a concerné les groupes présumés à risque (prostituées et prisonniers) et un groupe témoin (femmes enceintes). Les résultats se présentent comme indiqués dans le tableau suivant:

Tableau 12: Résultats de l'enquête sur la positivité au seul test Elisa d'un groupe de prostituées et de prisonniers (60):

Régions	Populations		
	Prostituées séropositives (ELISA seul)	Prisonniers séropositifs (ELISA seul)	Femmes enceintes séropositives (ELISA seul)
Kayes	5/37 13,5%	5/51 5,88%	3/49 6,12%
Koulikoro	5/32 15,62%	1/30 3,33%	2/50 4%
Sikasso	12/38 31,57%	6/50 12%	7/77 9,1%
Segou	18/46 39,13%	3/50 6%	4/50 8%
Mopti	18/50 36%	2/50 4%	3/46 6,52%
Tombouctou	0/7 0%	3/58 5,17%	0/37 0
Gao	1/45 2,22%	5/56 8,98%	2/51 3,92%
Total	59/255 23,1%	23/345 6,7%	21/360 5,8%

* La quatrième a été effectuée dans le district de Bamako en avril 1987. Les résultats sont résumés dans le tableau suivant (43):
Toutes les données ont été confirmées en Western Blot ou RIPA.

Tableau 13: Enquête auprès des groupes de femmes enceintes, de malades hospitalisés et de sujets à risque.

Groupes	Sujets N	Positifs %	VIH1	VIH2	VIH1+2
Femmes Enceintes	2/283	1,06	-	2(100%)	-
Malades hospitalisés	20/240	8,33	3(15%)	11(55%)	6(30%)
Prisonniers Prostituées	11/153 90/230	7,18 39,13	4(36%) 24(26%)	6(54%) 34(37%)	1(9%) 29(23%)

* La cinquième a été réalisée de Janvier à Août 1988 parmi les prélèvements reçus par le laboratoire de l'INRSP Ses résultats figurent sur le tableau ci-dessous:

Tableau 14: Résultats des prélèvements au laboratoire de l'INRSP (43):

Groupes	Nombre	Positifs ELISA	Positifs Western Blot
C.N.T.S.	534	11	3 (0,5%)
Hôpital Point "G" Médecine	36	11	7 (19,4%)
Hôpital Point "G" pneumo	353	11	8 (2,2%)
Hôpital G. Touré	84	38	34 (40%)
Total	1 007	71	52 (5,2 %)

* La sixième a été réalisée de Janvier à Octobre 1988 parmi 247 sérums venant de l'Institut Marchoux (lépreux, dermatologie).
Ils n'ont cependant pas été testés au Western Blot

Tableau 15: Résultats de l'enquête sur 247 sérums testés à l'ELISA (43):

Sexe	Nombre Positifs	%Positifs	VIH1	VIH2	VIH1+2
Hommes	29/173	16	7	16	6
Femmes	8/74	10,8	1	6	1
Total	37/247	26,8	8(22%)	22(59%)	7(19%)

* La septième étude a été réalisée par le Professeur Moussa Traoré et a montré que, sur 991 malades admis dans le service de neurologie de l'Hôpital du Point G entre Janvier 1989 et Septembre 1991, 33 étaient porteurs d'anticorps anti VIH soit un taux de séroprévalence de 3 % (78) .

* La huitième a été réalisée en 1990 par Aly Soumoutera. Elle portait sur le bilan de deux ans de dépistage par le service de séro-immunologie de l'Institut National de Recherche en Santé publique (Bamako) et a montré que sur 2408 sérums testés en ELISA , 559 étaient positifs soit 23,21% et que sur ces 559 sérums positifs à l'ELISA, 442 étaient positifs au Western Blot soit 18,3 % (66).

* La neuvième a été réalisée par Amadou Sy. Elle portait sur la prévalence de l'infection à HIV au Centre National de Transfusion Sanguine de juillet 1987 à Juin 1989. Elle a montré que sur 4242 sérums testés à ELISA, 127 étaient positifs soit un taux de prévalence 2,99% et 97 étaient positifs au Western blot soit un taux de prévalence de 2,29% (69).

* La dixième a été réalisée par Diarra D. Boubacar à l'INRSP. Elle a porté sur 3496 sérums prélevés dans toutes les régions du Mali et le district de Bamako pour un dépistage systématique des anticorps anti-virus de l'immuno-déficiéncie humaine et a duré de Juillet 1987 à Juin 1988 . Les prélèvements ont été testés à l'ELISA indirecte, puis confirmés au Western Blot . La population étudiée était constituée de prostituées, de prisonniers , de malades hospitalisés et des groupes témoins (femmes enceintes, donneurs de sang et voyageurs volontaires).

Le tableau 16 ci-dessous nous donne la répartition de la séroprévalence par population étudiée , le tableau 17 donne la répartition de la séroprévalence par région et le tableau 18 donne la répartition de la séroprévalence par âge.

Tableau 16: Résultats de l'enquête réalisée à l'INRSP auprès de groupes à risque et d'une population témoin (17):

Population	Nombre testés	VIH1 positifs	VIH2 positifs	VIH1+2 positifs	total positifs
Prostituées	487	34	50	39	123 (25,3%)
Prisonniers	496	6	10	2	18 (3,6%)
Malades	866	38	56	27	121 (14%)
Femmes enceintes	588	2	7	0	9 (1,6%)
Donneurs sang	687	3	1	1	4 (0,6%)
Voyageurs volontaires	372	9	8	2	19 (5,1%)
Total	3496	92	132	71	294 (8,4%)

Tableau 17: Répartition de la séroprévalence par régions (17)

Région	Nombre testé	VIH1'	VIH2	VIH1-2	total	%
Kayes	173	3	5	0	8	4,6
Koulikoro	116	0	1	1	2	1,7
Sikasso	179	7	8	2	17	9,5
Ségou	176	4	6	5	15	8,5
Mopti	184	3	7	3	13	7,1
Tombouctou	132	1	3	0	4	3
Gao	190	1	2	0	3	1,6
Bamako	2335	73	100	60	133	5,7

Tableau 18: Répartition de la séroprévalence par tranches d'âge (17):

Classe d'âge	VIH1	VIH2	VIH2-1	TotalVIH+	Effectif	%
0-14 ans	1	2	0	3	49	6,1
15-20 ans	11	14	5	30	524	5,5
21-30 ans	48	63	31	111	1 518	7,3
31-40 ans	23	41	26	90	801	11,2
41-50 ans	3	4	5	12	287	4,2
Plus de 50 ans	5	5	1	12	264	4,6
Total	91	129	69	258	3 443	7,5

Ces chiffres montrent donc que le sida existe partout au Mali, dans toutes les classes d'âge et dans les deux sexes.

- La onzième a été réalisée par Maiga M.A. et collaborateurs (39) auprès de 496 femmes enceintes de Bamako et de Sélingué entre le premier septembre 1989 et le 28 février 1990.

La population étudiée était constituée de femmes enceintes du groupe d'âge de 15 à 49 ans fréquentant les centres de santé maternelle et infantile et les maternités de la ville de Bamako et des villages autour de Sélingué. Les sérums qui ont été testés à l'ELISA puis confirmés au Western Blot, ont montré une séroprévalence de 6 pour mille (39).

- Les conclusions de ces différents travaux ne peuvent être que très prudentes, dans la mesure où ils n'ont porté que sur des groupes de population limités et sans l'emploi de méthodes permettant d'obtenir une représentativité statistique. Elles permettent cependant:

- d'affirmer la présence du SIDA au Mali et d'estimer son taux de séropositivité sur l'ensemble du territoire entre 1 et 2 %.

- de prouver la double existence des VIH1 et VIH2, avec une légère prééminence du second.

- de montrer l'importance du rôle des prostituées dans la diffusion.

III.3.2 Le programme national de lutte contre le SIDA au Mali

A) Historique:

En 1987, un comité technique de lutte contre le sida a été constitué et a élaboré un programme a court terme.

Puis par décision ministérielle n° 310/MSP/AS/CAB. du 9 Novembre 1988 ont été créées un comité national de lutte contre le sida ainsi qu'un conseil scientifique (décision n° 11/mps-as/cab du 16 novembre 1988).

Enfin a été élaboré, selon les recommandations de l'OMS et avec son appui, un programme a moyen terme.

B) Le programme a moyen terme de lutte contre le Sida:

* Objectifs: le programme vise a prévenir la transmission du VIH et a réduire la morbidité associée a l'infection a HIV ainsi que l'impact de la mort sur la société.

* Stratégie:

La lutte contre le sida reposera sur les effets conjugués des activités suivantes:

- assurer la surveillance épidémiologique;
- réduire la transmission sexuelle, par:
 - .la diffusion des préservatifs,
 - .l'information, éducation communautaire (IEC),
 - .l'information des groupes a risque (prostituées...)
- réduire la transmission par le sang, développer et renforcer les laboratoires,
- renforcer la prise en charge des séropositifs, des malades et de leurs familles
- prévenir la transmission de la mère infectée a l'enfant;
- développer la recherche;
- améliorer la formation des professionnels de santé et l'éducation.

* Moyens:

Pour y parvenir a été prévu le budget suivant (en us \$):

Objectifs	avance OMS	année 1	années 2 a 5	total
organisation	49 525	463 362	1 220 100	1 683 462
épidémiologie	35 776	52 292	83 970	136 262
transmission sexuelle	113 181	1003840	2 553 587	3 557 427
transmission sanguine laboratoire	80 000	915 645	1 371 750	2 287 395
prise en charge des patients	15 000	110 000	312 000	422 000
recherche action		92 000	92 000	184 000
formation	26 214	46 231	21 067	67 298
Total	419 696	2683 370	5 654 474	8 337844

La contribution du gouvernement au salaire de la coordination du programme a été estimée a 20 000 US \$ pour la 1ère année et a 80 000 US \$ pour les années 2 à 5, soit un total de 100 000 US (43).

C) Organisation générale du programme:

1. Structure décisionnelle: le Ministère de la santé publique de l'action sociale et de la promotion féminine: le Ministre de la Santé est l'instance suprême de décision.

2. Structures consultatives:

- le Comité National de Lutte contre le Sida dont le président est le Ministre de la santé. Par son approche multisectorielle, il a pour mission de:

- donner son avis sur la politique et les plans d'action de lutte contre le sida;
- apporter son concours au Ministère de la santé pour sa mise en oeuvre;
- contrôler sa gestion et ses orientations;
- promouvoir la coopération et la collaboration internationale en matière de lutte contre le sida.

- le Conseil Scientifique et Technique: il est subdivisé en 5 commissions de travail:

- la commission prévention par l'information, la sensibilisation et l'éducation du public;

- la commission transfusion sanguine et laboratoire;
- la commission dépistage, épidémiologie et clinique;
- la commission éthique, justice et impact socio-économique;
- la commission recherche.

3. Structure de coordination: un bureau de coordination assure la mise en oeuvre des activités et la gestion des ressources. Il est chargé de la coordination et de l'intégration des activités de lutte contre le Sida entre le Ministère de la santé et les autres Ministères, les organisations internationales, les ong et les organisations caritatives. Il veille au suivi et à l'évaluation des activités au niveau national et périphérique. Il dégage les critères d'avancement et de succès des activités. Il peut faire appel à des consultants locaux ou étrangers.

4. Structures périphériques: des comités sida doivent être créés au niveau des régions et des cercles. Ils sont les correspondants au niveau périphérique du comité national de lutte et ont la charge de décentraliser l'action au niveau de leur région.

D) Le projet de "Marketing Social et de Distribution à base Communautaire des préservatifs":

Financé par l'Usaid, son exécution a été confiée à la Société SOMARC.

Ses objectifs sont de vulgariser l'utilisation des préservatifs en faisant appel aux méthodes de Marketing Social, c'est à dire de sollicitation de la demande à travers une rationalisation de l'offre et une campagne d'information.

A été mis sur le marché un préservatif intitulé "protector" et conditionné par paquets de 4 ou de 12.

Son prix de vente est de 25 F l'unité.

Pour asseoir son support commercial, le projet a fait appel d'une part aux médias (radio et télévision), d'autre part aux structures commerciales d'un distributeur malien.

Le projet a été conçu pour être réalisé en 3 phases:

- . une phase d'implantation aujourd'hui achevée,
- . une phase d'expérimentation de 18 mois, actuellement en cours de réalisation,
- . une phase d'extension.

* Ce projet reprend une grande part des termes de nos hypothèses de travail, à 2 différences près:

- . Disposant de grands moyens financiers, il a pris d'emblée une dimension nationale, lui permettant notamment l'utilisation des médias nationaux

- . Il s'est essentiellement concentré sur le secteur formel, et n'a pas entrepris d'ouverture sur le secteur informel (les petits tabliers de rue), qui est selon nous, essentiel pour la réussite d'un tel projet.

E) Le nouveau Plan de travail 1992-1993 pour la lutte contre le SIDA au mali:

En décembre 1991, ont été définis les éléments sur lesquels s'appuiera la lutte contre le sida au cours des 2 années à venir:

* Orientations stratégiques:

Le programme national de lutte contre le sida a décidé de développer les aspects suivants:

- . une plus grande décentralisation de ses activités,
- . une plus grande collaboration intersectorielle
- . une plus intense coopération avec les partenaires étrangers

* Options méthodologiques de lutte:

- . la vulgarisation des préservatifs
- . le choix des partenaires à faible risque
- . la limitation du nombre de partenaires
- . l'asepsie des actes infirmiers

* Il a par ailleurs choisi de mettre un accent particulier sur les points suivants:

- . intégration de la lutte contre les MST au sein du PNLS
- . introduction d'un volet spécifiquement destiné aux prostituées
- . mise en place de groupes d'animation pour la diffusion de messages dans les centres urbains
- . élaboration de matériel didactique adapté aux populations cibles.

* Contenu

- collaboration étroite avec la radio diffusion télévision du Mali (RTM)
 - . enregistrement de 96 messages et spots publicitaires (radio, télé) en langues nationales.
- 24 articles et encarts dans les journaux
- encadrement des prostituées
- IEC dans les casernes
 - vis à vis des travailleurs saisonniers
 - vis à vis des travailleurs saisonniers
 - dans les écoles avec la direction Nationale de l'alphabétisation fonctionnelle et de la linguistique appliquée (DNAFLA)
 - avec les associations de femmes
 - vis à vis des leaders religieux
- production d'affiches (120 000) de brochures (50 000), de tee-shirts (1 000)
- comités régionaux et locaux de LCS
- soutien à la création d'associations de lutte
- soutien à la création de spectacles de théâtre.

+ Surveillance sentinelle dans 5 régions
approvisionnement des laboratoires en réactifs...

+ Laboratoire

* Budget prévisionnel (en US \$)

	1992	1993	Total
-gestion	1 046 398	634 774	1 681 172
-IEC	2 703 857	1 355 806	4 059 663
-éthique et counselling	14 535	-	14 535
-épidémiologie	834 136	998 612	1 832 748
-laboratoire-CNTS	1 621 733	1 445 706	3 067 439
Total	6 220 659	4 434 898	10 655 557

IV. ESPERIENCE DE BANKONI

IV. EXPERIENCE DE BANKONI

IV.1 Le cadre du projet

IV.1.1 Le quartier de Bankoni

Bankoni est l'un des quartiers le plus peuplé du district de Bamako . Situé dans la commune 1, il se trouve à l'est de la vieille ville coincé entre les falaises de Koulouba au nord et la route de Koulikoro au sud et faisant limite avec les quartiers de Korofina et de Fadjiguila. Sa limite ouest est constituée par le marigot de Bankoni qui le sépare du quartier résidentiel de l'Hippodrome . Le quartier couvre aujourd'hui une superficie de 280 hectares avec une population estimée à 47891 habitants par le recensement général de la population de 1987 . Le quartier est divisé en 6 secteurs qui sont:

- Secteur 1 :Salembougou
- Secteur 2: Flabougou
- Secteur 3: Plateau
- Secteur 4: Zéguenekorobougou
- Secteur 5: Layebougou
- Secteur 6: Dianguinebougou.

La population de Bankoni est très jeune , en effet la proportion des moins de 20 ans y constitue 55 % de la population. Entre le recensement de 1976 et celui de 1987 la population a augmenté de 81,88 % (18).

La quasitotalité des ethnies du pays y est représentée.

Comme tout quartier spontané, Bankoni n'échappe pas aux problèmes socio-sanitaires, qui sont liés au manque d'eau potable, au surpeuplement, aux conditions d'hygiène précaires, à l'analphabétisme, au faible pouvoir d'achat.

En Mars 1989 le quartier s'est doté d'un centre de santé géré par une association, l'association santé communautaire de Bankoni (A.SA.CO.BA.).

IV.1.2 L'A.SA.CO.BA.

IV.1.2.1 Présentation de l'association

En 1988 un groupe de "notables" et de personnes motivées de Bankoni ont créé une association dont le but fondamental est de contribuer à la protection et à l'amélioration de la situation sanitaire du quartier, en s'appuyant sur la participation de la communauté.

Il s'agit d'une association à but non lucratif qui possède la personnalité juridique et morale.

Son siège est à Bamako en République du Mali

Selon les statuts les organes de l'association sont:

* L'Assemblée générale qui est instance suprême de l'association.

Elle définit sa politique générale .

Elle est convoquée en session ordinaire une fois par an par le conseil. Elle peut se réunir en session extraordinaire sur convocation du conseil ou à la demande des 2/3 des membres actifs.

* Le conseil d'administration qui comprend des membres élus , des membres de droits et des membres nommés.

Sont élus par l'assemblée générale pour 3 années renouvelables:

- un président
- un vice président
- un secrétaire administratif
- un secrétaire administratif adjoint
- un trésorier
- deux commissaires au compte
- les 6 chefs de secteur
- le médecin chef du centre

Sont membres de droit avec voix consultatives:

- le maire de la commune 1
- le médecin chef de la commune 1
- les conseillers techniques .

* Le conseil de gestion est composé de membres élus par le conseil d'administration pour une durée de 3 ans renouvelables. Il se compose comme suit:

- un président
- un vice président
- un secrétaire administratif
- un secrétaire à l'organisation
- un trésorier
- le médecin chef du centre

* Les ressources de l'association proviennent :

- de la vente des cartes de membre
- des dons et legs
- des manifestations lucratives.

IV.1.2.2 Présentation du centre de santé de l'A.SA.CO.BA.

A) Généralités

La première initiative de l'Asacoba a été la création d'un centre de santé qui a ouvert ses portes le 9 Mars 1989.

Dans un premier temps, le centre de santé communautaire de Bankoni s'est limité à des activités purement curatives, qui se sont progressivement élargies sur le domaine de la santé de la mère et de l'enfant.

Outre son caractère communautaire, l'originalité de ce centre réside dans plusieurs principes:

- . autofinancement à partir de ses ressources propres,
- . emploi de jeunes diplômés maliens,
- . qualité de l'accueil et des soins,
- . prise en charge de l'ensemble des soins de santé primaires et secondaires,
- . information optimale des populations quant aux attitudes nouvelles à acquérir en matière de santé,
- . production de service au coût le plus bas possible,
- . recherche de l'impact maximum des services vis à vis de la population du quartier.

Les objectifs qui lui ont été assignés sont de contribuer à l'amélioration de l'état de santé de l'ensemble de la population du quartier par sa participation active et volontaire.

L'A.SA.CO.BA. bénéficie de la personnalité morale, et peut donc à ce titre fonctionner selon les principes de gestion d'une véritable entreprise à but non lucratif.

Ainsi est-elle à même de recruter du personnel n'appartenant pas à la fonction publique et de le payer grâce aux ressources qu'elle dégage des cotisations de ses membres et d'un système de recouvrement des coûts.

B) Description du centre

Le centre de santé est dirigé par un médecin directeur et comprend un personnel technique de 20 personnes, toutes de nationalité Malienne et formées au Mali.

Le centre de santé regroupe:

a. un dispensaire comprenant :

- deux cabinets de consultation,
- un dépôt pharmaceutique,
- une salle de soins infirmiers,
- une salle de laboratoire.

b. une maternité comprenant

- un cabinet de consultation;
- une salle de travail et une salle d'accouchement;
- trois salles d'hospitalisation.

c. un centre de l'enfance destiné à la visite des enfants sains, aux vaccinations, à l'éducation sanitaire et à la récupération nutritionnelle.

Il faut signaler qu'aucun de ces blocs n'est pourvu ni d'eau courante ni de l'électricité publique.

Cependant une fontaine qui se trouve à proximité permet de se procurer de l'eau potable à la somme de 10 FCFA le sceau et l'éclairage est assuré par un groupe électrogène.

C) Le personnel

Il s'agit d'un personnel contractuel comprenant:

- trois docteurs en médecine diplômés de l'Ecole Nationale de Médecine et de Pharmacie.
- cinq infirmières diplômées d'état
- une technicienne de laboratoire
- deux sages femmes
- un adjoint administratif
- un gérant de dépôt pharmaceutique
- quatre matrones
- deux gardiens manoeuvres
- deux sages femmes vacataires.
- un psychologue

Certains membres de ce personnel assurent des visites à domicile régulièrement et systématiquement concession par concession, afin de rencontrer individuellement chacune des mères de famille du quartier et parler de leurs problèmes de santé.

Les ressources du centre proviennent de la vente des prestations (tickets de consultation , carnets de consultation prénatale et infantile, frais d'accouchement, examen de laboratoire) et de la vente des médicaments essentiels.

Les tarifs pratiques et le faible coût des médicaments créent des conditions de prix accessibles à la quasitotalité des habitants de Bamako.

Les résultats du centre s'expriment à travers ses chiffres de fréquentation: en 1991, il a effectué 16.000 consultations de médecine générale et 2300 accouchements.

IV.2 Présentation du projet de lutte contre le SIDA

IV.2.1 Génèse du projet

* Conscient du caractère dramatique de la situation du Sida au Mali et surtout du peu d'actions entreprises à ce jour pour lutter contre ce fléau qui dans quelques années sera à l'origine d'une véritable hécatombe, les médecins du Centre de Santé de l'Asacoba ont proposé au bureau de l'Association d'entreprendre un programme de lutte contre cette maladie au sein même du quartier.

* En effet le Sida constitue à leurs yeux une affection dont les solutions reposent pour l'instant entre les seules mains des communautés.

Si le corps médical a su découvrir l'origine virale de ce mal, ses mécanismes physiopathogéniques, ses manifestations cliniques et biologiques ainsi que son mode de transmission, il ne dispose à ce jour d'aucune arme capable de le combattre avec succès.

En attendant que soit mis au point un vaccin efficace et utilisable à très vaste échelle, tout ce qu'il peut faire est d'expliquer aux populations ce qu'il faut savoir sur le SIDA et sur les façons de l'éviter, en les incitant à s'organiser pour s'en protéger.

Bien qu'ils n'aient eu à rencontrer eux mêmes que peu de cas de séropositivité parmi leurs malades, leur conscience du problème les a conduit à élaborer un projet pour le quartier qui leur a accordé sa confiance.

IV.2.2 Buts du projet

Le Projet de lutte contre le Sida de l'Asacoba s'est donné comme buts de développer l'utilisation des préservatifs masculins dans les relations sexuelles extra conjugales.

IV.2.3 Hypothèse de travail

Une réflexion commune des médecins du centre de Santé de l'Asacoba avec les membres du bureau de l'association a conduit à considérer que 3 raisons limitaient l'utilisation des préservatifs:

- le peu de connaissance du Sida, de ses mécanismes de transmission et des mesures capables de s'en protéger,
- les difficultés d'accès aux préservatifs pour ceux qui seraient désireux d'en utiliser,
- les réticences à l'utilisation des préservatifs.

* Le peu de connaissance du Sida est le fruit de la faiblesse d'information sur le sujet dont bénéficient les populations.

Les seules voies utilisées jusqu'à ce jour sont la radio et la télévision.

Si le taux d'audience de la télévision est encore relativement faible dans le quartier, la RTM estime à 60.000 le nombre total de postes de télévision au niveau national, la plupart des familles disposant d'un récepteur de radio (1.600.000 postes radio au niveau national selon la RTM).

Malheureusement, les émissions sur le sida sont encore trop rares, compte tenu de l'importance du sujet et les messages ne sont pas toujours adaptés aux populations auxquelles ils sont destinés.

* Les difficultés d'accès aux préservatifs sont d'ordre géographique, financier et culturel.

- D'un point de vue géographique, les personnes désireuses d'en acquérir doivent se rendre dans les centres de Santé de la ville, ce qui nécessite pour beaucoup de longs déplacements pour être rejoints,

De plus, les préservatifs n'y sont disponibles que pendant les heures officielles d'ouverture, c'est à dire pendant que les bénéficiaires sont eux mêmes au travail et ont autre chose à penser qu'au programme de leurs soirées.

Par ailleurs, c'est rarement le matin que l'on part à la recherche de préservatifs.

- D'un point de vue économique, des préservatifs sont en vente dans les officines pharmaceutiques de Bamako, mais à des tarifs prohibitifs. Il y a à Bamako une infime partie de la population qui est prête à acheter des préservatifs à 1 200 FCFA la boîte de 6.

A titre de comparaison, les prostituées des milieux populaires font des "passes" à 500 FCFA.

- D'un point de vue culturel, au Mali comme dans la plupart des pays, il est difficile de demander des préservatifs dans une formation sanitaire.

Il est probable que de nombreuses personnes se sont rendues dans un centre de santé pour en obtenir et n'ont pas osé en demander par simple pudeur.

* Les réticences à l'utilisation des préservatifs constituent probablement un des obstacles majeurs à leur emploi.

- La difficulté la plus grande se situe dans les relations sexuelles entre personnes qui ont des relations amicales ou affectives (par différence avec les aventures à caractère "occasionnel").

Exiger le port du préservatif à son partenaire introduit une notion de multiplicité des partenaires qui n'est, en principe, qu'exceptionnellement avouée dans de telles relations.

Elle peut en effet signifier que celui ou celle qui l'exige craint:

- . soit que son partenaire ne soit séropositif, donc qu'il ait un mode de vie répréhensible par la morale,

- . soit de contaminer son ou sa partenaire, ce qui signifie qu'il est séropositif ou qu'il estime pouvoir l'être.

Il est donc très difficile d'envisager une solution réaliste à ce problème.

- La seconde source de réticences est purement technique et concerne surtout les personnes qui n'attendent qu'une satisfaction physique de leurs relations sexuelles: elles estiment que l'emploi de préservatifs perturbe la préparation de l'acte sexuel et altère son déroulement.

De plus, on peut émettre l'hypothèse que le fait d'avoir des relations sexuelles interdites par la morale, par la société ou par la science donne tout son intérêt à cet acte.

L'idée que le Sida puisse également être une réponse à la violation d'interdits ne contribue t-elle pas à renforcer cette notion et à pousser certaines personnes à décider, en toute connaissance de cause de ne pas utiliser de préservatifs ?

- * Face à ces réflexions, les médecins de l'Asacoba ont estimé que le caractère communautaire de leur centre les mettait en mesure de tenter une action contre ce fléau, qu'ils savent évoluer sournoisement au sein du quartier.

Ils n'ont pas pu prouver l'importance de la maladie et de son génie épidémiologique au sein de la population, mais ils ont estimé que Bankoni devait être considéré comme un quartier à haut risque de Bamako.

Quartier périurbain surpeuplé et cosmopolite, Bankoni est l'objet d'une activité nocturne intense où la promiscuité sexuelle extra conjugale est certainement très forte.

Avant que ne soient effectués les travaux d'aménagement du quartier, sa fréquentation était déconseillée dès la tombée de la nuit.

Ces médecins ont envisagé de procéder à une évaluation du niveau de séroprévalence au sein de la population, mais ont du y renoncer devant le coût excessif de l'opération, estimant par ailleurs que la connaissance de cette donnée n'aurait aucune incidence sur la décision d'agir et qu'il valait mieux utiliser les sommes disponibles à lutter contre le mal, plutôt que de chercher seulement à le décrire.

Le faible taux d'utilisation des préservatifs dans le quartier avait par ailleurs été attesté par les résultats de l'enquête effectuée par l'INRSP en 1990 sur un échantillon représentatif de 292 hommes, dont seulement 8 % avait affirmé avoir utilisé dans leur vie au moins une fois des préservatifs.

IV.2.4 Stratégie adaptée

La stratégie adoptée pour la conduite du programme de lutte contre le Sida dans le quartier de Bankoni repose sur la mise en oeuvre de 2 volets:

- un volet d'éducation pour la santé, ayant pour but de développer le degré de connaissance du Sida et des méthodes de lutte,
- un volet commercial, ayant pour but de faciliter l'accès aux préservatifs de la population du quartier.

a) Le volet éducatif:

* Objectifs: Ce volet a pour objectif d'élever au sein de la population de 13 ans et plus le degré de connaissance du Sida, en ce qui concerne:

- l'existence de la maladie,
- sa gravité,
- son mode de transmission par voie sexuelle,
- la nécessité d'utiliser des préservatifs lors de toute relation sexuelle extra conjugale,
- les moyens de se procurer des préservatifs.

Il a été délibérément décidé de ne pas aborder, la question de la transmission latrogène de la maladie, considérant que d'une part cet aspect concernait avant tout la responsabilité du corps médical, d'autre part en parler risquerait de créer une suspicion de la population vis à vis du corps médical et donc d'affaiblir les possibilités de lutte.

* Méthode: Outre l'information faite sur ce sujet par les services du MSP/AS/PF, l'Asacoba a décidé d'entreprendre une double campagne éducative.

- la première a consisté en la présentation de séances de théâtre traditionnel bamanan ou "kotéba" dans les différents secteurs du quartier,
- la seconde a consisté en l'élaboration d'une affiche qui a été placardée aux 4 coins du quartier et à proximité des lieux de vente de préservatifs.

b) Le volet commercial:

* Objectifs: Ce volet s'est donné pour objectifs de mettre en place un réseau de vente de préservatifs répondant à 4 critères:

- faible coût des préservatifs,
- proximité des lieux de vente,
- incitation des vendeurs,
- respect de la pudeur des clients et de leur désir d'anonymat.

* Méthode: Pour y parvenir, l'Asacoba a décidé d'utiliser l'ensemble des commerçants du quartier, qu'ils appartiennent au secteur formel ou informel.

L'idée de base est en effet qu'il y a au coin de chaque rue du quartier au moins un petit commerçant qui vend des cigarettes et mille autres produits et qui est ouvert 24 heures sur 24 ou tout au moins à des heures très tardives de la nuit.

L'extrême modestie de la boutique permet d'y acheter discrètement des préservatifs,

en faisant croire, par exemple, que l'on va acheter des chewingums ou un paquet de cigarettes et n'impose pas à son gerant des marges trop importantes sur les produits qu'il vend.

Il suffit donc d'introduire une marge minimale, mais réelle sur le prix de vente des préservatifs pour créer chez le commerçant la motivation nécessaire à la diffusion des produits et au renouvellement régulier du stock.

IV.3 La réalisation du projet

Le projet s'est réalisé en 6 temps:

- une évaluation initiale,
- la mise en place de préservatifs,
- la tournée de la troupe théâtrale,
- l'intervention de groupes d'élèves de l'école des Infirmiers du premier cycle (EIPC) et de l'école nationale de médecine et pharmacie (ENMP),
- la réalisation des ventes de préservatifs,
- une deuxième évaluation.

IV.3.1 L'évaluation initiale

IV.3.1.1 Description:

a) Objectifs:

Les objectifs de cette évaluation ont été de:

- mieux connaître la population concernée,
- déterminer le niveau de connaissances de la population vis à vis du Sida et des préservatifs,
- recenser les diverses opinions de la population sur le SIDA et les préservatifs
- Mesurer le taux d'utilisation des préservatifs.

b) Méthodologie:

* Population étudiée:

L'ensemble des personnes de sexe masculin habitant le quartier Bankoni depuis plus d'un mois et âgées de plus de 15 ans.

* Méthode utilisée:

La méthode utilisée a reposé sur un échantillonnage aléatoire simple de premier degré portant sur 30 grappes. La base de sondage a été définie à partir d'une carte de Bankoni qui offre un numéro pour chaque concession et ce pour les 6 secteurs qui composent le quartier et en utilisant une table des nombres au hasard pour désigner les concessions devant servir de point de départ des 30 grappes.

- Réalisation de la grappe: A partir de la concession de départ, tirée au sort, l'enquêteur se déplace de proche en proche à partir de la droite jusqu'à l'obtention de l'effectif requis pour la grappe. A l'intérieur de la concession le déplacement se fait toujours à partir de la droite.

- Taille de l'échantillon: Pour un taux d'utilisation estimé à 10 %, pour une probabilité d'erreur de 5% et en prenant un risque de 5 %, la taille de l'échantillon, en tenant compte de l'effet de grappe, a été estimée à 450 sujets, soit un effectif minimum indispensable de 15 sujets par grappe.

- Méthode de dépouillement: L'analyse a été faite grâce au logiciel " épidémiologie" du Professeur Bernard Duflo qui comporte une batterie de tests statistiques.

IV.3.1.2 Résultats

a) Etude de la population interrogée:

Tableau 19: Répartition de la population par classes d'âge:

Classe d'âge	Effectif	Frequence(%)
15-19 ans	49	10,7
20-39 ans	308	67,4
40-49 ans	57	12,4
50ans et plus	45	9,5
Total	459	100

L'étude de ce tableau montre que la population est jeune avec 67 % d'hommes âgés de 20 à 39 ans.

Tableau 20: Répartition de la population par ethnie

Ethnie	Effectif	Frequence(%)
Bambara	158	34,4
Sarakole	70	15,3
Peulh	47	10,2
Dogon	31	6,8
Sonrhai	30	6,5
Malinké	27	5,4
Bobo	25	5,4
Miniaka	15	3,3
Senoufo	10	2,2
Maure	7	1,5
Autre	39	9,2
Total	459	100

NB : autres = Daffing, Djoula, Kassonké, Ghana, Ouolof et étrangers.

Ce tableau montre la prédominance des Bambara et des Sarakolés qui a eux seuls représentent ma moitié de la population étudiée.

Tableau 21: Répartition de la population selon les diverses situations matrimoniales.

Situation Matrimoniale	Effectif	Frequence (%)
Celibataire non fiancé	226	49,2
Celibataire fiancé	34	7,4
Marié monogame	153	33,3
Marié polygame	43	9,4
Divocé	3	0,7
Total	459	100

On constate que les "célibataires non fiancés" et les mariés monogames prédominent avec respectivement 49 % et 33 % de la population étudiée.

Tableau 22: Répartition de la population par profession:

Profession	Effectif	Fréquence (%)
Petit commerçant	65	14,2
Ouvrier	62	13,5
Etudiant	43	9,4
Ag/El/Pêch	32	7
Cadre intermédiaire	30	6,5
Chauffeur/mécanicien	30	6,5
Grand commerçant	28	6,1
Artisan	26	5,7
Tailleur	20	4,3
Cadre supérieur	14	3,1
Personnel bureau	8	1,7
Entrepreneur	3	0,7
Militaire	2	0,4
Indeterminé	66	4,5
Autre	30	6,6
Total	459	100

NB: Ag/El/Pêch = agriculteurs, éleveur, pêcheur autres = ébeniste, Marabout, contre maître.

On constate que les petits commerçants et les ouvriers prédominent avec respectivement 14,2%, 13,5 % de la population étudiée.

Tableau 23: Répartition de la population selon la durée de résidence à Bamako:

Durée de résidence	Effectif	Fréquence(%)	Frequences cumulées(%)	
< 1an	96	20,9	20,9	100
1-4 ans	60	13,1	34	79,1
5-9 ans	51	11,1	55,1	79,1
10-14 ans	54	11,8	56,9	66
15ans et plus	198	43,1	100	54,2
Total	459	100	-	-

La population enquêtée est vraiment Bamakoise puisqu'elle réside dans la capitale de depuis plus de 5 ans les 3/4 .

Tableau 24: Répartition de la population selon la religion:

Réligion	Effectif	Fréquence(%)
Musulmans	416	90,5
Chrétien	20	4,4
Animiste ou sans religion	23	5,1
Total	459	100

Comme on pouvait s'y attendre, les musulmans représentent 90 % de la population enquêtée.

Tableau 25: Répartition de la population par niveau de scolarisation:

Scolarisation	Effectif	Fréquence(%)
Non scolarisé	249	54,2
Primaire	83	18,1
Secondaire	105	22,9
Supérieur	22	4,8
Total	459	100

Plus de la moitié de la population n'a jamais été scolarisée .

Tableau 26: Répartition de la population par antécédant de voyage:

Antécédant de voyage	Effectif	Fréquence(%)
N'a jamais voyagé	43	9,4
Une fois par an	217	47,3
Deux fois par an	152	33,1
Plus de fois par an	47	10,2
Total	459	100

Les personnes interrogées "bougent", puisque 90 % ont voyagé au moins une fois au cours de l'année écoulée.

Tableau 27: Répartition de la population par lieu de voyage

Lieu	Effectif	Fréquence(%)
Mali seulement	200	43,4
Mali et Afrique	193	42
Mali.Afrique.autre	23	5,3
N'a jamais voyagé	43	9,3
Total	459	100

NB:autres = Amérique, Asie, Europe.

L'étude de ce tableau montre que près de la moitié de la population enquêtée a au moins voyagé une fois en dehors du Mali.

Tableau 28: Répartition de la population par antécédant d'urétrite .

Antecedant	Effectif	Fréquence(%)
0 fois	370	80,6
1 à 5 fois	36	7,8
Plus de 5 fois	53	11,5
Total	459	100

19 % de la population enquêtée déclare avoir souffert au moins une fois d'urétrite.

b) Etude des connaissances de la population.

* Connaissez-vous l'urétrite (sopisi) ?

Tableau 29: Répartition par connaissance de l'urethrite .

Connaissance urethrite	Effectif	Fréquence(%)	IC
Oui	410	89,3	2,8
Non	49	10,7	2,8
Total	459	100	-

On entend par urethrite la survenue de tout écoulement purulent, accompagné de signes de dysurie.

L'urétrite est connue par la quasitotalité de la population soit 89 % des personnes interrogées.

* Comment se transmet l'urétrite (sopisi) ?

Tableau 30: Connaissances du mode de transmission de l'urétrite.

Connaissance mode de transmission	Effectif	Fréquence(%)	IC
Sexuelle	229	49,8	4,6
Urine malade et sexe	58	12,6	3
Urine malade	19	0,1	1,8
Urine ane	4	0,9	1,1
Sexe et bilharziose	3	0,6	0,7
Mauvaise hygiène corporelle	3	0,6	0,7
Eau sale	2	0,4	0,6
Ne sait pas le mode	141	30,7	4,2
Total	459	100	-

On entend par urethrite la survenue de tout écoulement purulent, accompagné de signes de dysurie.

55 % de la population enquêtée sait que l'urétrite se transmet par voie sexuelle.

* Avez-vous entendu parler du sida ?

Tableau 31: Répartition de la population selon sa connaissance, du sida:

Connaissance sida	Effectif	Fréquence	IC
Oui	425	92,6	2,4
Non	34	7,4	-
Total	459	100	-

93 % de la population enquêtée dit avoir entendu parler du sida.

*Par qui avez-vous entendu parler de sida ?

Tableau 32: Origine des informations sur le sida pour ceux qui l'ont entendu parler:

Origine des informations	Effectif	Fréquence (%)	IC
Radio et rumeur	114	26,8	4
Radio	106	24,7	3,9
Rumeur	79	18,5	3,5
Radio et télévision	55	12,9	3
Agent santé, radio et rumeur	15	3,5	1,6
Radio, télévision et lecture	14	3,2	1,6
Agent de santé	12	2,8	1,5
Lecture	10	2,3	1,3
Télévision	8	1,8	1,2
Radio et lecture	7	1,6	1,1
Ami	3	0,5	0,7
Agent de santé et télévision	2	0,4	0,6
N'a pas entendu parler Sida	34	7,4	2,4
Total	425	100	-

Les 72 % de ceux qui ont entendu parler de Sida, a entendu par la radio, qui se confirme donc comme le premier moyen d'information.

La télévision commence également à jouer un rôle non négligeable puisque 18 % disent qu'elle a contribué à leur information.

* Connaissez-vous les modes de transmission du Sida ?

Tableau 33: Connaissance du mode de transmission du Sida pour ceux qui ont entendu parler de Sida:

Mode de transmission	Effectif	Fréquence(%)	IC
Sexe	187	44	4,5
Sexe+sang+seringue+mère-enfant	76	17,8	2,1
Seringue	2	0,4	0,6
Ne sait pas le mode	150	35,2	3,4
Autre	10	2,6	1,3
Total	425	100	-

NB: autre= post-gonococclique, piqure d'insecte, ne sait pas .

61 % de ceux qui ont entendu parler, sait que le sida se transmet par le sexe.

* Quelle est l'origine de votre information sur les modes de transmission du sida?

Tableau 34: Origine des informations sur le mode de transmission de sida pour ceux qui l'ont entendu parler:

Origine des informations	Effectif	Fréquence(%)	IC
Radio et rumeur	74	17,4	3,4
Radio	56	13,1	3
Rumeur	56	13,1	3
Radio et télévision	38	8,9	2,5
Radio,télévision , lecture	17	4	1,7
Lecture	12	2,8	1,5
Agent de santé	11	2,5	1,4
Radio,télévision,rumeur	4	0,7	0,9
Télévision	4	0,7	0,9
Ne sait pas	151	35,4	4,5
Agent de santé,télévision	2	0,4	0,6
Ne connaît pas Sida	34	7,4	2,4
Total	425	100	-

44 % de ceux qui ont entendu parler de Sida, dit avoir appris par la radio les modes de transmission du SIDA.

La télévision est évoquée par 14 % d'entre eux.

* Comment se fait la prévention du sida?

Tableau 35: Connaissance du mode de prévention du sida pour ceux qui l'ont entendu parler

Mode de prévention	Effectif	Frequence(%)	IC
Eviter les prostituées	113	26,3	3,9
Utilisation de préservatifs	78	18,3	3,4
Limiter les partenaires sexuels	24	5,6	2
Pas prostituées et préservatif	13	3	1,5
Préservatif et u.s.u.u.	4	0,9	0,9
Abstinence sexuelle	5	1,1	0,9
Préservatif/limiter partenaires	2	0,4	0,6
Sang propre	1	0,2	0,4
Ne sait pas	185	44,2	4,5
Total	425	100	-

NB : U.S.U.U.(utilisation de seringues à usage unique,).

26 % mettent l'accent sur le fait d'éviter les prostituées et 18 % qu'il faut utiliser des préservatifs au cours des rapports sexuels.

* Connaissez-vous le préservatif (capote) ?

Tableau 36: Connaissance des préservatifs:

Connaissance	Effectif	Fréquence(%)	IC
Oui	295	64,3	4,4
Non	164	35,7	4,4
Total	459	100	-

Les preservatifs sont connus par 64 % de la population .

c) Etude des opinions sur les préservatifs et le sida .

- Quelle est votre opinion sur le préservatif ?

Tableau 37: Opinions sur les préservatifs:

Opinion	Effectif	Fréquence(%)	IC
Bien	76	16,5	3,4
Désagréable/mauvais	27	5,8	3,1
Sans opinion	193	42,8	5,8
Opinion non exprimée	164	34,9	4,4
Total	459	100	-

Ce tableau montre que 25 % de la population pense que le préservatif est "bien.

Tableau 38: Raisons évoquées pour ceux qui sont défavorable

Raison	Effectif	Frequence (%)
Religieuse	2	7,2
Refus partenaire	5	18,4
Autre	20	74,4
Total	27	100

Pour ceux qui leur sont dévaforables les principales raisons évoquées sont : religieuses (7%) , et liées au refus (18 %). Quant aux autres motifs évoqués, ils sont relatifs au fait qu'ils sont "trop rapides" pour utiliser ou qu'ils sont incapables psychologiquement de les utiliser, ou pensant que le préservatif empêche les contacts entre les organes génitaux et modifient donc le plaisir (74 %)

- Quelle est votre opinion sur le prix des préservatifs en pharmacie ou au marché noir ?

Tableau 39: Opinions sur le prix des préservatifs.

Opinion	Effectif	Fréquence(%)	IC
Pas cher	7	1,5	1,1
Cher	6	1,3	1,4
Sans opinion	282	61,4	1,8
Opinion non exprimée	164	35,8	4,4
Total	459	100	-

On constate que 95 % n'ont pas voulu donner leur opinion sur le prix des préservatifs et qu'il n'ya que 2 % qui estime que les preservatifs ne sont pas cher.

* Quelle est votre opinion sur le SIDA ?

Tableau 40 : Opinions sur le Sida;

Opinion	Effectif	Fréquence(%)	IC
Mensonge	8	1,7	1,2
Excéssif/pas grave	13	2,8	2,6
Mortel	146	31,8	4,3
Sans opinions	258	56,2	4,4
Opinion non exprimée	34	7,5	2,4
Total	459	100	-

32 % pensent bien que le sida est mortel.

d) Etude des attitudes vis à vis du préservatif

* Avez-vous déjà utilisé le préservatif ?

Tableau 41: Utilisation des préservatifs.

Utilisation(fois)	Effectif	Fréquence(%)	IC
0 fois	381	83	4,6
1-5 fois	40	8,7	4,6
Habituel	38	8,3	3,3
Total	459	100	-

Les préservatifs sont très peu utilisés. En effet 17 % de la population a utilisé au moins une fois des préservatif et seulement 8 % dit l'utiliser habituellement.

* Depuis combien de jours n'avez-vous pas utilisé de préservatifs?

Tableau 42: Dernière utilisation de préservatifs au jour de passage de l'enquêteur

Dernière utilisation(jours)	Effectif	Fréquence(%)	IC
0- 7	5	1	0,9
8- 19	10	2,1	1,7
20- 29	15	3,2	1,6
30 et plus	28	6,1	2,2
ne sait pas	20	4,3	2,6
Jamais utilisé	217	47,3	3,4
Ne connaît pas preservatif	164	36	4,4
Total	459	100	12,4

6 % seulement des personnes interrogées en ont utilisé au cours du dernier mois écoulé

* Quel est le nombre de préservatif par achat lorsque vous achetez ?

Tableau 43: Nombre de préservatifs par achat

Nombre par achat	Effectif	Fréquence(%)	IC
1-5	5	1,6	0,9
6-12	6	1,3	1
Plus de 12	8	2,7	1,5
Ne sait pas	2	0,6	0,6
Jamais acheté préservatif	283	92,8	1,9
N'a pas connu preservatif	164	35,7	4,4
Total	459	100	-

Les préservatifs ne sont pratiquement pas achetés puisque seulement 5 % disent en avoir acheté.

* Quel est votre mode d'approvisionnement en préservatif ?

Tableau 44: Lieu d'approvisionnement pour ceux qui ont utilisé au moins une fois.

Lieu approvisionnement	Effectif	Fréquence (%)
Centre de santé	7	8,9
Pharmacie/commerce	13	16,6
Amis	58	74,5
Total	78	100

20/78 de ceux qui ont utilisé l'ont acheté.

Quant aux autres ils disent être approvisionnés par des amis.

e) Tableaux croisés

Tableau 45: Opinions sur le préservatif par rapport à la religion:

Opinions	Religion		Total
	Musulman	Animiste chrétien sans religion	
Favorable	54 11,8%	3 0,7%	57 12,7%
Défavorable	25 5,4%	6 1,3%	31 6,8%
Sans opinion	335 72,9%	36 7,84%	371 80,8%
Total	414 90,1%	45 9,9%	459

Il n'existe pas de liaison statistique entre les deux variables.

Nous ne pouvons donc pas conclure (CH2 = 4,5 pour ddl = 2, P = 0,1)

Tableau 46: Mode d'approvisionnement par rapport à la dernière utilisation

Approvisionnement	Dernière utilisation			Total
	1-29jours	>30Jours	Ne Sait pas	
Centre de santé	4 0,87%	2 0,4%	1 0,2%	7 1,5%
Ami	17 3,70%	23 5,01%	18 3,92%	58 12,63%
Pharmacie	8 1,74%	3 0,65%	2 0,4	13 15,83
jamais utiliser	0	0	0	381 83%
Total	29 6,3%	28 6,06%	21 4,52%	459

Il n'existe pas de liaison statistique entre ces deux variables, donc on ne peut pas conclure (CH2 = 4 pour ddl = 2, P = 0,1)

Tableau 47: Utilisation de préservatifs par rapport à la durée de résidence à Bamako;

Utilisation	Durée de résidence à Bamako			Total
	< 1 an	1-14 ans	15 ans et plus	
N'a Jamais utilisé	91 94,8%	136 82,4%	154 77,8%	381 83%
A utilisé	5 5,2%	29 17,6%	44 22,2%	78 17%
Total	96	165		

Il existe une liaison statistique entre les deux variables.

On peut donc conclure qu'il existe un lien entre l'utilisation des préservatifs et la durée de présence à Bamako (CH2 = 13,3 pour ddl = 2, P = 0,001).

Tableau 48: Utilisation des préservatif en fonction des antécédants de voyage.

Antécédant de voyage	Utilisation préservatif		Total
	A utilisé	N'a jamais utilisé	
Oui	71 17%	345 83%	416 90,6%
Non	7 16,3%	36 83,7%	43 9,38%
Total	78 17%	381 83%	459

Il n'existe pas de liaison statistique entre les deux variables.

On ne peut donc pas conclure (CH2 = 6,7 pour ddl = 1, P = 0,9)

Tableau 49 : Connaissance des préservatifs en fonction du niveau de scolarisation:

Connaissance préservatif	Niveau de scolarisation		Total
	Scolarisé	Non scolarisé	
Oui	185 87,2%	110 44,5%	295 64,2%
Non	27 12,8	137 55,5 %	164 35,8%
Total	212 46,2%	247 53,8%	459

Il nexiste pas de liaison statistique entre les variables, on ne peut donc pas conclure (CH2 = 88,8 pour ddl = 1, P = 1)

IV.3.1.3 Conclusion

Le sida est connu de la quasitotalité de la population soit 92 %. On note un faible taux d'utilisation de préservatif bien qu'il est connu de 64 % de la population. Le mode de transmission, la prévention du sida sont aussi connues d'un nombre important. Nous pouvons donc dire que la sensibilisation, l'information et élaboration d'un nouveau système de distribution à des structures communautaires demeurent plus urgentes .

IV.3.2 La mise en place des préservatifs

Après avoir achevé l'enquête CAP préliminaire, le bureau de l'Asacoba a tenu une réunion qui a permis

- de décider de la réalisation du projet de lutte,
- d'en déterminer les différentes phases d'exécution,
- d'élaborer un calendrier.

La direction du projet fut alors confiée au médecin chef du Centre de Santé, qui prit contact avec le projet Sida, afin d'obtenir un premier lot de préservatifs.

Un carton de 20.000 unités lui fut remis gratuitement.

Il nous confia alors la tâche d'effectuer une visite auprès de tous les commerçants du quartier, afin de les inviter à devenir des vendeurs agréés de préservatifs.

Nous nous sommes alors rendus auprès de chacun des commerçants du quartier, en progressant secteur par secteur et en suivant le tracé des rues sur un plan.

Nous avons alors pénétré dans chacune des boutiques rencontrées sur notre trajet, afin d'en rencontrer le propriétaire et de lui expliquer l'objet de notre visite.

Notre intervention consistait tout d'abord à rappeler au propriétaire et/ou à son gérant l'existence du sida, sa gravité et l'importance des préservatifs dans sa prévention.

Nous l'invitions ensuite à s'inscrire sur une liste de vendeurs agréés de préservatifs de l'Asacoba.

Enfin, s'il était d'accord, nous lui remettions une carte (voir annexe ...), après l'avoir remplie et en avoir reporté les informations sur une fiche destinée au Centre de Santé (voir annexe ...)

Il recevait alors un premier lot de 60 préservatifs, qui lui étaient remis gratuitement et qu'il était invité à vendre aux tarifs de 25 F l'unité ou de 50 F les 4

Il lui était alors annoncé qu'il pouvait se réapprovisionner en préservatifs aussi souvent qu'il le voudrait auprès du dépôt pharmaceutique de l'Asacoba et qu'il recevrait à chaque occasion un nouveau lot de 60 préservatifs.

Les seules conditions à remplir étaient:

- .qu'il présente sa carte de vendeur agréé, afin que l'on puisse suivre le déroulement de ses ventes
- .qu'il s'acquitte d'une somme de 100 F à chaque approvisionnement.
- .que le stock qui lui avait précédemment remis était épuisé.

* Le recensement de tous les commerçants du quartier s'est déroulé en deux temps:

-Le premier temps a duré du 10 janvier au 16 février 1991

-Le deuxième temps a duré du 6 avril au 11 juillet 1991

Du 1er janvier 1991 au 30 octobre 1991 la vente des préservatifs connut une évolution croissante, liée:

-à la croissance progressive du nombre de vendeurs agréés,

-à la familiarisation des vendeurs vis à vis de la vente de préservatifs.

-à la familiarisation des acheteurs dont un nombre croissant a osé aller acheter des produits,

-aux actions d'information faites par le programme national de lutte contre le sida et par le Centre de Santé de l'Asacoba.

Grâce à toutes ces informations, nous avons pu élaborer le tableau suivant:

Tableau 50: Evolution mensuelle des différents indicateurs liés à la vente des préservatifs..

Mois	J	F	M	A	M	J	J	A	S
nouveau	59	43	0	1	68	0	9	0	0
Nombre de vendeurs agréés cumulé	59	102	102	103	171	171	180	180	180
Nombre de préservatifs remis par l'asacoba	6120	6120	6180	10260	10260	10.800	10800	10800	10800
Nombre de rénov.	1	3	0	2	13	51	15	6	6

Graphique : Evolution mensuelle des différents indicateurs liés à la vente des préservatifs (voir graphique 4).

IV.3.3. Les activités d'information

IV.3.3.1 Tournée de la troupe théâtrale

A) Génèse du spectacle:

* L'idée de faire appel au Kotéba pour parler du Sida a été émise par un Professeur de l'Ecole nationale de Médecine et Pharmacie.

Il estimait en effet que le Kotéba constituait un des moyens de communication privilégié du monde rural bamanan pour évoquer sur la place publique les problèmes dont souffre le village et dont personne ne peut parler.

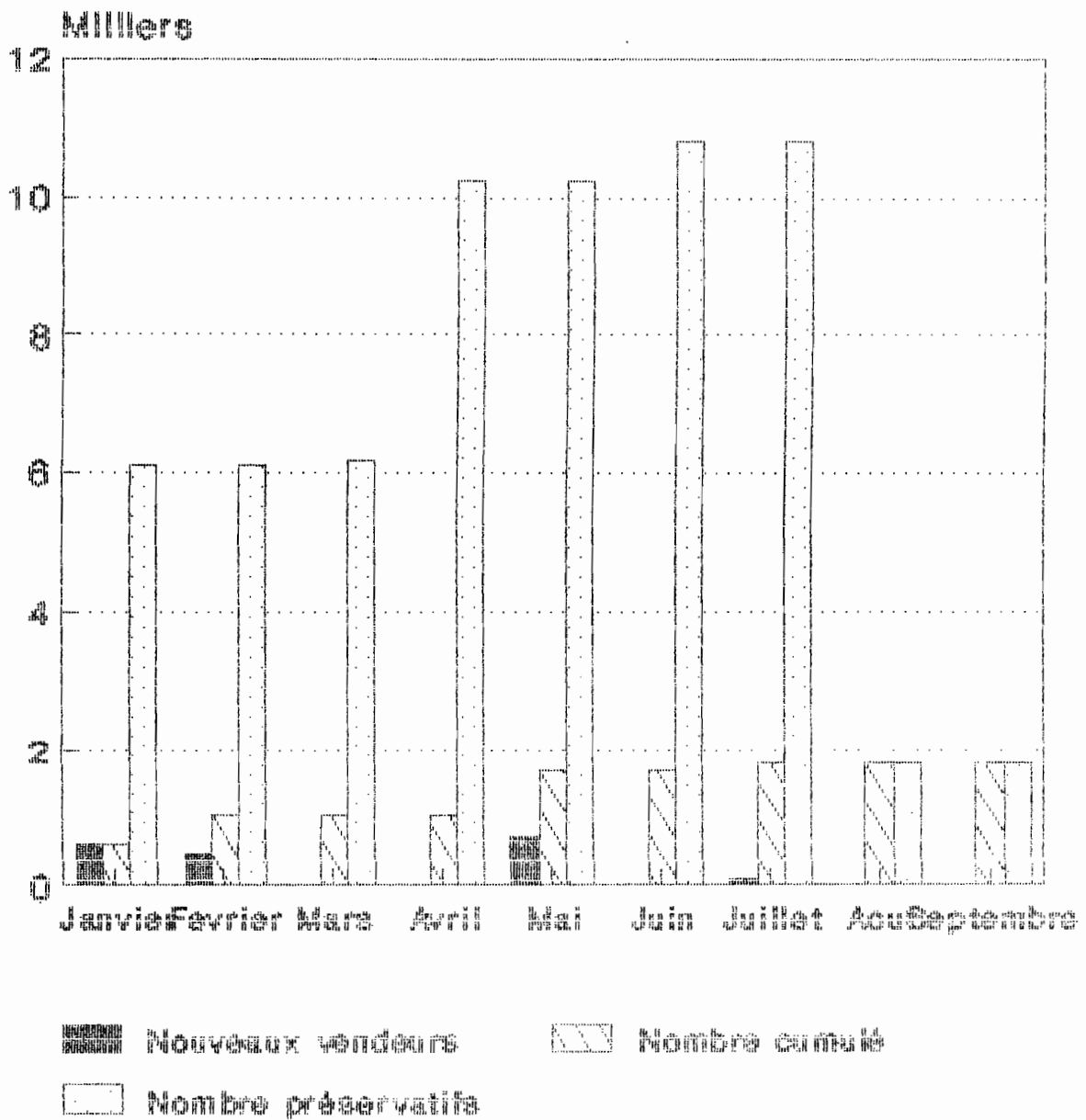
En effet pendant le Kotéba, tous les interdits à la communication sautent.

Le psychodrame ainsi réalisé permet donc à une communauté de se parler à elle même.

L'évocation des problèmes qui la caractérisent permet non seulement d'informer ceux qui en sont l'origine afin qu'ils se corrigent, mais aussi de socialiser d'autres problèmes et par là de les résoudre.

Figure 4

Evolution mensuelle des différents indicateurs



De Janvier à Septembre 1991

* En ce qui concerne le Sida, on doit constater l'incapacité des modes usuels de communication à en parler.

Ceux qui s'y risquent se confinent dans des considérations d'ordre scientifique et n'osent pas aborder franchement les problèmes que constituent la promiscuité sexuelle dans les quartiers et dans les villages, la multiplicité des relations extra conjugales, la fréquentation des prostituées, etc...

Par contre, le kotéba permet aux acteurs de tout dire sans avoir la moindre retenue et aux spectateurs de tout entendre sans être gênés.

De plus, le caractère amusant du spectacle attire les auditeurs et augmente la portée du message.

* Cette idée a donc été soumise à un professeur de théâtre de l'Institut National des Arts (INA)

Après avoir aidé certains de ses anciens élèves à monter une troupe, dénommée "nyogolon", cet homme de théâtre a été à l'origine d'une Association à But Non lucratif, intitulée "TRACT", dont le but est de mettre le théâtre au service du développement en le rendant "utile".

C'est cette même troupe "nyogolon" qui avait initié l'emploi du kotéba dans la thérapie psychiatrique, en permettant aux malades, du service de psychiatrie de l'hôpital du point G de s'insérer progressivement dans un jeu théâtral et d'amorcer ainsi leur ressocialisation.

* Après s'être mis d'accord sur les grands aspects de cette initiative, des séances de travail furent organisées pour permettre aux membres du groupe "nyogolon" de disposer des informations techniques nécessaires pour produire un spectacle.

Conformément aux règles du Kotéba, ce sont les acteurs qui ont conçu eux mêmes le contenu et le déroulement du spectacle.

Une fois qu'ils se sont estimés au point, ils ont présenté le résultat de leur travail leurs commanditaires et ont écouté leurs observations.

Après plusieurs échanges d'idées et plusieurs mise au point du spectacle, celui ci a été arrêté une fois pour toute et présenté à une délégation du Comité National de lutte contre le Sida qui donna son agrément à la troupe pour utiliser le spectacle ainsi conçu dans le cadre de ses activités de lutte contre le sida.

La pièce fut intitulée "kulusi jala". Son texte exhaustif figure en annexe ?.

* Il est à préciser que la troupe "nyogolon" est une troupe professionnelle: les acteurs vivent de leurs spectacles.

Cette particularité a été considérée par l'initiateur du spectacle comme un élément essentiel d'un point de vue "santé publique", car elle constitue un des éléments de l'opérationalité de la méthode.

En effet, le caractère bénévole de la troupe n'aurait pas permis d'inclure un tel spectacle dans une stratégie à moyen ou long terme, le professionnalisme étant le garant de la qualité et de la durée.

B) Intervention de la troupe "nyogolon" dans le projet de lutte contre le Sida du quartier de Bankoni.

6 spectacles furent décidés d'un commun accord entre l'Asacoba et la troupe "nyogolon", soit un par secteur.

Un membre du bureau de l'association fut désigné pour organiser les séances, en bénéficiant de notre aide.

Les spectacles ont été organisés en l'accord avec chacun des 6 chefs de quartier.

Un programme tournant fut établi et des lieux furent désignés. Les représentations étaient gratuites pour les spectateurs, mais il fallut rapidement veiller à ce que les enfants ne viennent pas les perturber le spectacle. Des concessions furent donc désignées, afin de filtrer les entrées.

Des crieurs publics furent utilisés pour informer la population du secteur la veille du spectacle.

La participation fut importante. Nous avons en effet procédé aux estimations suivantes:

Secteur	Nombre de participants
Salembougou	700
Flabougou	800
Plateau	700
Zéguenekorobougou	800
Layebougou	500
Dianguinebougou	800
Total	4300

Ainsi, estimons nous que 9% de la population du quartier de Bankoni a pu assister au spectacle.

Chaque seance de koteba a été facturée à 80.000 F CFA

IV.3.3.2 Tournée du groupe d'élèves du Club UNESCO (EIPC et ENMP).

A) Génèse de la tournée.

L'idée a été émise lors d'une réunion organisée le 7 Juillet 1991 par l'A.SA.CO.BA. avec les vendeurs agréés de préservatifs.

Les 30 des vendeurs qui y ont participé ont évoqué les problèmes suivants:

- Sentiment de honte éprouvé par certains qui veulent acheter des préservatifs
- Possibilités d'approvisionnement gratuit des principaux acheteurs;
- Refus de certains acheteurs pour des considérations traditionnelles et religieuses.

Considérant que ces problèmes sont des obstacles à l'utilisation des préservatifs, les vendeurs agréés ont demandé l'intervention d'un groupe d'animateurs pour entreprendre une campagne d'information.

Elle a eu lieu du 19 juillet au 24 juillet 1991 et s'est déroulée dans chacun des 6 secteurs du quartier.

Ses objectifs ont été de :

- inciter la population à utiliser des préservatifs lors des relations extraconjugales;
- procéder à une information sur le SIDA.

B) Intervention.

Un véhicule équipé d'un micro, d'un haut parleur, d'une radio cassette et de différents animateurs, dont une femme, est passé dans les rues de chacun des 6 secteurs pour faire passer des messages.

Le bruit du haut parleur et la musique émis à différents points d'arrêts attirèrent les gens et permirent aux différents orateurs de transmettre leurs informations sur le SIDA. De plus, des préservatifs sont distribués aux hommes et aux femmes qui s'étaient rassemblés autour du véhicule pour écouter le message.

IV.3.4 La création et l'utilisation d'une affiche.

A) Génèse et présentation de l'affiche:

* Non satisfait par les affiches alors disponibles auprès du comité Sida, les médecins du Centre de Santé de l'Asacoba ont décidé de créer leur propre affiche.

Après de longues réflexions et de multiples discussions, il fut arrêté que:

- . l'image de l'affiche serait positive, c'est à dire qu'elle ne chercherait pas à faire peur, mais au contraire à montrer le bonheur que l'on peut atteindre en se protégeant du sida,
- . l'image ne devrait choquer personnes,
- . l'idée à privilégier devrait être celle de l'amour dans la sécurité,
- . l'image devrait évoquer le Sida afin que ses lecteurs y pensent, chaque fois qu'ils verraient l'affiche.

Un choix fut porté sur une statuette dogon qui se trouve au musée national et qui représente le couple initial: un homme et une femme sont assis côte à côte, tandis que l'homme entoure de son bras le cou de sa compagne.

Une légende figure au bas de l'affiche disant: "nous ne craignons pas le Sida". en Français et en bambara.

On ne précise pas s'il s'agit d'un couple légitime ou illégitime, ni comment il se protège: il peut tout aussi recommander la fidélité ou que le port de préservatifs.

* Après avoir été dessinée par un jeune sortant de l'INA, l'affiche fut tiré chez un imprimeur en 200 exemplaires, qui furent remis à chacun des vendeurs de préservatifs afin qu'ils les placardent sur leur porte.

Une deuxième affiche incitant à l'utilisation de préservatifs pour se protéger contre le Sida, qui avait été éditée par le Comité Sida leur fut également remise.

IV.3.5 La vente des préservatifs

* Pendant le déroulement du projet, nous avons réalisé une enquête auprès des vendeurs agréés de préservatifs, destinée à faire le point sur leurs activités.

Les objectifs de ce travail ont été:

- de recenser les problèmes posés aux vendeurs par la vente des préservatifs
- de recueillir les opinions des vendeurs;
- d'identifier les principales catégories d'acheteurs de préservatifs,
- de mesurer la vente des préservatifs depuis le début du projet et d'en préciser les modalités.

Pour le réaliser, nous nous sommes rendus auprès de chacun des 102 vendeurs qui avaient obtenu leur carte de vendeurs agréés de l'Asacoba.

* Sur l'ensemble de ces 102 vendeurs, nous en avons retrouvé 81, soit 79 %. Ils ont tous accepté de répondre à nos questions.

Les 21 absents étaient des petits commerçants qui avaient interrompu leur pratique et avait quitté le quartier pour des raisons que nous n'avons pas cherché à identifier.

Ce phénomène, qui est spécifique au secteur informel, doit être pris en considération dans la formulation des futurs projets de ce type.

* Parmi les 81 vendeurs, nous avons constaté que le dernier inscrit remontait à 2 jours seulement et le plus ancien à 61 jours, le temps moyen d'activité étant de 40 jours. Les réponses que nous avons obtenues nous ont permis de présenter les résultats suivants:

A) Répartition des vendeurs selon les secteurs:

Tableau 51: Répartition des vendeurs par secteur

Secteur	Effectif	Fréquence (en %)
Salembougou	19	23,5 %
Flabougou	17	21
Plateau	12	14,8
Zéguénékorobougou	14	17,3
Layebougou	4	4,9
Dianguinéougou	15	18,5
Total	81	100

Tableau 52: Répartition des vendeurs par habitants

Secteur	Nombre de Vendeurs	Population du secteur	Ratio population par vendeur
Salembougou	19	5619	295,7
Flabougou	17	8526	501,5
Plateau	12	11495	957,9
Layebougou	4	4919	1229,7
Zéguénékoro- -ougou	14	6952	496,5
Dianguine- ougou	15	4751	316,7
Total	81	42262	521,7

L'étude de ce tableau montre de grandes disparités entre les quartiers et doit conduire à concentrer les efforts sur Layebougou et Plateau

B) Opinions des vendeurs quant à la vente de préservatifs:

Tableau 53: Comparaison entre l'opinion des vendeurs le jour de la remise des préservatifs et le jour de l'enquête

Opinion	jour de remise		jour de l'enquête	
	Nombre	Pourcentage	Nombre	Pourcentage
Enthousiasme	49	60,5	51	63
Favorable	27	33,3	27	33,2
Défavorable	3	3,7	2	2,5
Sans opinion	2	2,5	1	1,3
Total	81	100	115	100

93 % étaient favorables le jour de la remise des préservatifs contre 96 % le jour de l'enquête. Ceci traduit une certaine constance dans leur opinion.

Tableau 54 : Opinions des vendeurs sur les idées de leurs clients quant au prix de vente des préservatifs.

Coût	Effectif	Fréquence(%)	IC
Cher	1	1,2	2,4
Pas cher	80	98,8	-
Total	81	100	-

Les vendeurs estiment de façon tout à fait unanime que le prix de vente des préservatifs est tout à fait correct et ne pose aucun problème aux éventuels clients.

Tableau 55: Réponses des vendeurs concernant l'identification de leurs principaux acheteurs

Acheteurs	Effectif	Fréquence(%)	IC
Hommes Adolescents	34	43,3	10,8
Hommes Adolescents et adultes	33	41,3	9
Hommes Adultes	8	10	6,6
Hommes adolescent et Enfants	3	3,8	4,2
Femmes Adultes	1	1,3	2,4
Hommes enfants	1	1,3	2,4
Total	81	100	-

On peut noter, à la lecture de ce tableau, que 4 vendeurs signalent avoir vendu des préservatifs à des enfants et 1 à une femme.

C) Etude de l'évolution des ventes :

Pendant la période moyenne de 40 jours, la moyenne arithmétique de préservatifs vendus a été de 6 alors que seulement 4 vendeurs se sont réapprovisionnés. Le tableau 56 ci-dessous donne les raisons de leur non réapprovisionnement;

Tableau 56: Explications des vendeurs quant à leur non-réapprovisionnement en préservatifs au cours des 40 jours écoulés

Raisons	Effectif	Fréquence (%)
Stock non épuisé	80	98,8
Sans intérêt	1	1,2
Total	81	100

Seul un vendeur semble avoir abandonné la vente de préservatifs au bout de 61 jours au maximum, 2 jours au minimum et 40 jours en moyenne.

Tableau 57; Explications des vendeurs concernant les raisons du non épuisement des stocks

Raisons	Effectif	Fréquence (%)	IC
Refus d'acheter	14	17,3	8,2
Honte de demander	13	16	8
Sabotage et sans importance	11	13,6	7,5
Méconnaissance des préservatifs	9	11,3	6,9
Mépris pour le préservatif	8	10	6,5
Manque d'argent des acheteurs	6	7,1	5,3
Total	81	100	-

Tableau 58 : Impact de la vente de préservatifs sur la clientèle habituelle des vendeurs

La clientèle a :	Effectif	Fréquence(%)	IC
Augmenté	11	13,6	7,5
Diminué	4	4,9	4,7
Sans changement	42	51,9	10,9
Sans réponse	24	29,6	9,9
Total	81	100	-

Si de façon globale, les vendeurs considèrent que la vente des préservatifs n'a eu aucune conséquence sur la fréquentation de leur commerce, il faut remarquer que 11 d'entr'eux estiment que les préservatifs ont eu sur elle un effet positif, alors que 4 lui attribuent un effet négatif.

De telles affirmations doivent être prises en considération, car elles montrent que les vendeurs ne sont pas indifférents à ce type de conséquences.

Tableau 59 : Souhaits et recommandations des vendeurs:

Récommandations	Effectif	Fréquence(%)	IC
Sensibilisation	9	11,1	7,8
Arrêter don	8	9,9	4,8
Sans opinion	64	79	12,6
Total	81	100	31,2

79 % des vendeurs n'ont pas donné d'opinion: ils estiment que ce sont les agents de santé qui ont les connaissances requises sur ce problème, et que ce n'est pas eux de leur apprendre quelque chose.

* Conclusion:

Il ressort de cette enquête que 93 % des vendeurs étaient enthousiastes ou favorables au jour de la remise des préservatifs. Cela s'explique par la sensibilisation dont ils ont bénéficié au préalable. Après une durée moyenne de 40 jours, ce chiffre était encore identique. Ce ci nous permet de conclure d'affirmer que les vendeurs ont adhéré au projet et qu'ils se sont réellement impliqués dans le processus de prévention du sida.

Les vendeurs estiment de façon général que le prix qui est proposé ne peut pas être considéré comme un obstacle à l'utilisation des préservatifs par la population.

On remarque que 59 % des acheteurs sont des jeunes et même des enfants ce qui peut s'expliquer par le fait que certains des utilisateurs ont honte d'aller acheter eux mêmes leurs préservatifs et envoient une tierce personne. Ce pourcentage n'est sûrement pas un inconvénient dans la diffusion des préservatifs

Ainsi nous pouvons conclure que la quasi-totalité des vendeurs ont exprimé leur souhait de poursuivre la vente de préservatifs en souhaitant que soit fait un grand effort d'information de la population.

V. EVALUATION DU PROJET

V. L'EVALUATION DU PROJET

9 mois après le démarrage effectif du projet, nous avons procédé nous même à son évaluation.

Celle ci a reposé sur 5 études complémentaires:

- une deuxième enquête CAP auprès des hommes, qui a été réalisée selon le même protocole que l'enquête préliminaire,
- une autre enquête CAP conduite auprès d'un échantillon représentatif de femmes, qui a été réalisée selon le même protocole que la deuxième enquête CAP auprès des hommes,
- une enquête auprès des vendeurs de préservatifs, qui a été identique à celle qui a été réalisée en cours d'exécution du projet.
- une étude de l'évolution des ventes de préservatifs par l'asacoba,
- une étude des dépenses qu'a nécessité la réalisation de ce projet.

V.1 La deuxième enquête CAP auprès des hommes

V.1.1 Objectifs et méthode

Pour l'évaluation de nos actions nous avons réalisé une deuxième enquête CAP selon le même protocole que la première enquête CAP avant le projet au près des hommes. Les objectifs de cette enquête ont été de :

- Mesurer le taux d'utilisation des préservatifs après la campagne d'information et la mise en place du nouveau système de distribution des préservatifs à travers les petits détaillants et les boutiquiers du quartier;
- Evaluer le niveau de connaissances sur le SIDA après la campagne d'information;
- Opinions de la population après la sensibilisation et l'information.
- Recueillir les diverses

V.1.2 Résultats

A) Etude de la population.

Tableau 60: Répartition de la population par âge

Classe d'âge	Effectif	Fréquence (%)
15-19 ans	98	16,2
20-24 ans	145	24,1
25-39 ans	272	45,2
40-49 ans	50	8,2
50 ans et plus	37	6,1
Total	602	100

45 % de la population est âgée de 25 à 39 ans.

Tableau 61: Répartition de la population selon les diverses situations matrimoniales:

Situation matrimoniale	Effectif	Fréquence (%)
Célibataire non fiancé	361	60
Célibataire fiancé	18	3
Marié monogame	179	29,7
Marié polygame	44	7,3
Total	602	100

Plus de la moitié de la population soit 60 % est composée de célibataires

Tableau 62: Répartition de la population par profession.

Profession	Effectif	Fréquence(%)
Petit commerçant	106	17,6
Artisan	91	15,1
Chauffeur/mécanicien	91	15,1
Elève étudiant	68	11,3
Ouvrier	62	10,3
Cadre intermédiaire	50	8,3
Tailleur	24	4
Grand commerçant	13	2,2
Personnel bureau	11	1,8
Cadre Supérieur	10	1,7
Entrepreneur	10	1,7
AG.EL.PECH.	19	3,2
Autre	47	7,8
Total	602	100

NB: AG. EL. PEC. (agriculteur, éleveur et pêcheur);
autre = électricien, calligraphe, contre maître, marabout, guérisseurs.

On constate que la majorité de la population est composée de gens des petits métiers probablement à petits revenus.

Tableau 63: Répartition de la population par ethnie

Ethnie	Effectif	Fréquence (%)
Bambara	224	37,2
Sarakolé	82	13,6
Malinké	64	10,6
Peuhl	55	9,1
Sonrhai	34	5,6
Bobo	25	4,2
Senoufo	19	3,2
Maure	18	3
Dogon	17	2,8
Minianka	13	2,2
Autres	51	8,5
Total	602	100

NB: autre = kassonké, bozo, daffing, samogo, étranger.

La plupart des ethnies du Mali sont présentes avec une prédominance du groupe madingue (61 %)

Tableau 64: Répartition de la population selon la durée de résidence à Bamako.

Durée de résidence	Effectif	Fréquence (%)	Fréquence Cumulée	
< 1an	70	11,6	11,6	100
1-4 ans	78	13	24,6	88,4
5-9 ans	76	12,6	37,2	75,4
10-14 ans	58	9,6	64,8	62,8
15 ans et plus	320	53,2	100	53,2
Total	602	100		

La population est stable à plus de 75 % (plus de 5 ans de résidence)

Tableau 65: Répartition de la population par niveau de scolarisation.

Scolarisation	Effectif	Fréquence (%)
Non scolarisé	285	47,3
Primaire	115	19,1
Secondaire	183	30,4
Supérieur	13	2,2
Medersa	6	1
Total	602	100

Une forte proportion de la population n'a jamais été scolarisée soit 47,3 % .

Tableau 66: Répartition de la population par religion

Religion	Effectif	Fréquence (%)
Musulman	525	87,2
Chrétien	24	4
Animiste/sans croyance	53	8,8
Total	602	100

On note une forte prédominance des musulmans représentant 87%.

Tableau 67: Répartition de la population par antécédent de voyage.

Antécédent de voyage	Effectif	Fréquence (%)
0 voyage	160	26,6
1 voyage/ an	319	53
2 voyages et plus/ an	123	20,4
Total	602	100

73 % de la population ont voyagé au moins une fois au cours de l'année écoulée

Tableau 68: Répartition de la population par lieu de voyage

Lieu	Effectif	Fréquence (%)
N'a jamais voyagé	160	26,5
Mali seulement	259	43
Afrique	178	29,5
Hors Afrique	5	1
Total	602	100

34 % de la population ont voyagé au Mali seulement, 29 % sont allés dans d'autres pays d'Afrique et 1 % hors de l'Afrique.

Tableau 69: Répartition de la population par antécédent d'urétrite :

Antécédent	Effectif	Fréquence (%)
0 fois	574	95,3
1-5 fois	24	4
Plus de 5 fois	4	0,7
Total	602	100

Parmi ceux qui ont au moins un Antécédent d'urétrite 2 estiment l'avoir eu par leurs épouses, 23 par leurs amies et 3 déclarent qu'ils l'ont eu par un contact avec des "urines" de malades.

2. Etude des connaissances.

a. Connaissez-vous l'urétrite (sopisi) ?

Tableau 70: Connaissance de l'urétrite

Connaissance	Effectif	Fréquence (%)	IC
Oui	565	93,9	1,9
Non	37	6,1	-
Total	602	100	-

L'urétrite est connue pratiquement de tout le monde soit 93 %.

b. Connaissez- vous les modes de transmission de l'urethrite ?

Tableau 71: Connaissance du mode de transmission de l'urethrite

Connaissance	Effectif	Fréquence (%)	IC
Sexe	480	79,7	3,2
Ne sait pas	107	17,8	3,1
Sexe et toilette	15	2,5	2,1
Total	602	100	-

79 % de la population connaissent son mode de transmission sexuel.

c. Avez-vous entendu parler du SIDA:

Tableau 72: Connaissance du sida.

Connaissance	Effectif	Fréquence (%)	IC
Oui	597	99,2	0,7
Non	5	0,8	0,7
Total	602	100	1,4

99 % de la population dit avoir entendu parler de SIDA.

d. Par qui en avez vous entendu parler ?

Tableau 73: Etude de la source des connaissances sur le sida pour ceux qui l'ont entendu parler:

Source	Effectif	Fréquence (%)	IC
Rumeur	206	35,5	3,8
Radio	106	17,7	3
Radio et rumeur	118	19,7	3,2
Radio et télévision	35	5,9	1,9
Radio, télévision et lecture	32	5,4	1,8
Radio et lecture	31	5,2	1,8
Télévision et rumeur	23	3,8	1,5
Agent de santé	17	2,9	1,3
Télévision	11	1,8	1,1
Kôteba	14	2,4	1,9
Père	3	0,5	0,8
Ami	1	0,2	0,3
Total	597	100	-

54 % de ceux qui ont entendu parler de Sida dit avoir été informés sur sida par la radio :

e. Quels sont les modes de transmissions du SIDA.

Tableau 74: Connaissance du mode de transmission de sida pour ceux qui l'ont entendu parler.

Mode de transmission	Effectif	Fréquence(%)	IC
Sexe	380	63,6	3,9
Sexe et injection	64	10,7	2,5
Sexe, sang, injection	56	9,4	2,3
Sexe et sang	32	5,4	1,8
Injection et sang	10	1,7	1
Injection	3	0,5	0,6
Sang	2	0,3	0,5
Autre	15	2,5	1,5
Ne sait pas	35	5,9	2
Total	597	100	-

NB: autre (transmission mère-enfant, rasoir, excision, tatouage, homosexualité) 89 % de ceux qui ont entendu parler de Sida, dit connaître le mode transmission sexuel du SIDA et 17 % par la télévision.

f. Quelle est l'origine de votre information sur les modes de transmission du SIDA .

Tableau 75: Origine de l'information sur le mode de transmission du sida pour ceux qui l'ont entendu parler.

Origine	Effectif	Fréquence(%)	IC
Rumeur	210	35,2	3,8
Radio et rumeur	138	23,1	3,8
Radio	108	18,1	3,1
Radio , télévision	35	5,9	1,9
Radio et lecture	29	4,8	1,7
Agent de santé	19	3,2	1,4
Radio,télévision,lect	17	2,8	1,3
Télévision	9	1,5	1
Télévision et lecture	3	0,5	0,6
Lecture	2	0,4	0,5
Ne sait pas	27	4,5	1,8
Total	597	100	-

55 % de ceux qui ont entendu parler de Sida dit avoir appris le mode de transmission du sida par la radio et 11% par la télévision:

g. Comment se fait la prévention du SIDA ?

Tableau 76 : Connaissance du mode de prévention du sida.

Mode de prévention	Effectif	Fréquence(%)	IC
Préservatif	265	44,4	4
Eviter prostituées	195	32,6	3,7
Eviter prostituées/préservatif	63	10,5	2,4
Limiter partenaires	12	2	1,1
Evit.prost.pré.usuu.	12	2	1,1
Autre	7	1,2	0,9
Sang propre	2	0,3	0,4
Ne sait pas	46	6,9	2,1
Total	597	100	-

NB: autre = fidélité, abstinence.

Evit.prost.pré.usuu. = éviter prostituées, utilisation de préservatifs, utilisation de seringues à usage unique)

La prévention par le préservatif est affirmée par 57 % de ceux qui ont entendu parler de Sida.

h. Connaissez-vous le préservatif ?

Tableau 77: Connaissance des préservatif

Connaissance	Effectif	Fréquence(%)	IC
Oui	558	92,7	2,1
Non	44	7,3	-
Total	602	100	-

Les préservatifs sont connus de 93 % de la population.

i. Connaissez-vous un lieu où on peut obtenir des préservatifs ?

Tableau 78: Connaissance du lieu où l'on peut obtenir des préservatifs.

Connaissance	Effectif	Fréquence(%)	IC
Oui	229	38	3,9
Non	373	62	-
Total	602	100	-

On constate que 62 % avoue ne pas savoir comment obtenir des préservatifs . Parmi les personnes qui connaissent le lieu où on peut obtenir des préservatifs, 88 % savent qu'on peut en trouver chez les détaillants du quartier, 9 % savent qu'on peut en trouver à l'ASACOBÀ et 3 % savent qu'on peut trouver dans les pharmacies.

j. Avez-vous eu connaissance de la pièce de théâtre sur le sida qui a été jouée dans le quartier de Bankoni ?

Tableau 79: Connaissance de la pièce de théâtre sur le Sida dans le quartier de Bankoni:

Connaissance	Effectif	Fréquence (%)	IC
Oui	416	69	3,7
Non	186	31	-
Total	602	100	-

69 % de la population dit en avoir eu connaissance. Ce chiffre ne nous permet pas de donner le nombre exact des personnes qui ont assisté à ce spectacle, car il est également passé à la télévision.

k. Comment avez-vous eu connaissance de la pièce ?

Tableau 80: Source de connaissance de la pièce pour ceux qui l'ont connue:

Source	Effectif	Fréquence (%)
Personnelle	311	74,7
Membre de la famille	105	25,3
Total	416	100

Pour ceux qui en ont eu connaissance, 74 % disent y avoir assisté personnellement et 25 % disent qu'un membre de leur famille y a assisté.

Concernant le message véhiculé par la pièce, 69 % disent qu'il leur a permis de connaître le Sida mais surtout d'en savoir davantage sur les modes de transmission et sur l'importance des préservatifs.

3. Etude des opinions.

a. Quelle est votre opinion quant à l'utilisation des préservatifs ?

Tableau 81: Opinions sur les préservatifs.

Opinion	Effectif	Fréquence(%)	IC
Bien	541	89,8	2,5
Défavorable	2	0,3	0,5
Sans opinion	15	2,4	2,4
Opinion non exprimée	44	7,5	2,1
Total	602	100	-

97 % de la population se dit favorable à l'utilisation des préservatifs. Pour les 2 personnes qui y sont défavorables, l'un évoque des raisons religieuses l'autre dit que ce sont ses partenaires qui le refusent.

b. Quelle est votre opinion sur le SIDA ?

Tableau 82: Opinions sur le sida.

Opinion	Effectif	Fréquence(%)	IC
Mortel	462	76,8	3,4
Mensonge	9	1,4	1
Excessif	5	0,8	1,2
Maladie des blancs	3	0,6	0,6
Sans opinion	118	19,6	3,2
Opinion non exprimée	5	0,8	0,4
Total	602	100	-

Le Sida est pris au sérieux puisque 76 % de la population sait que le sida est mortel.

c. Quelle est votre opinion sur le prix des préservatifs vendus par le réseau de l'Asacoba ?

Tableau 83: Opinion quant aux prix des préservatifs:

Opinion	Effectif	Fréquence(%)	IC
Pas cher	24	3,9	2
Très cher	3	0,5	0,5
Sans opinion	531	88,3	4,7
Opinion non exprimée	44	7,3	2,1
Total	602	100	

95 % de la population n'a pas d'opinion sur le prix des préservatifs vendus par l'Asacoba.

4. Etude des attitudes pratiques.

a. Avez-vous déjà utilisé des préservatifs ?

Tableau 84: Utilisation de préservatifs

Utilisation	Effectif	Fréquence(%)	IC
0 fois	456	75,7	3,4
1- 5 fois	83	13,7	4,1
Plus de 5 fois ou habituel	63	10,6	3,6
Total	558	100	-

24 % de la population affirme avoir utilisé au moins une fois des préservatifs. Pour ceux qui ont utilisé la dernière utilisation date en moyenne 3 jours au moment où l'enquête a été réalisée.

Combien de préservatifs achetez vous par achat ?

Tableau 85: Nombre de préservatifs, par achat:

Nombre	Effectif	Fréquence (%)	IC
1-5	19	3,2	2
Plus de 5	1	0,2	0,3
N'a jamais acheté	538	89,3	0,7
Ne connaît pas préservatif	44	7,3	0,7
Total	602	100	-

89 % de la population avoue n'avoir jamais acheté de préservatifs.

b. Quel est votre mode d'approvisionnement en préservatifs ?

Tableau 86: Mode d'approvisionnement en préservatifs pour ceux qui l'ont utilisé au moins une fois.

Approvisionnement	Effectifs	Fréquence (%)	IC
Auprès d'amis	110	75,3	3,1
Asacoba	12	8,2	1,1
Détaillant	14	11,6	1,2
Pharmacie et autres	5	4,9	0,7
Total	146	100	-

Autres = marché noir;

Parmi les 146 qui ont utilisé des préservatifs, 75 % les ont obtenus auprès d'amis. Il n'y a donc que 25 % qui les ont achetés eux mêmes.

V.2 L'enquête CAP auprès des femmes:

V.2.1 Considérations préliminaires:

- * Raisons de cette enquête auprès des femmes:

Constatant une présence féminine massive au cours des séances de kotéba, nous avons regretté de n'avoir pas réalisé d'enquête auprès des femmes avant le démarrage du projet.

Nous avons donc décidé d'enrichir notre protocole en adjoignant une enquête CAP auprès des femmes lors de la deuxième enquête CAP, qui a été réalisée après la réalisation du projet.

Les objectifs de ce travail ont été les suivants:

- Avoir les avis des femmes sur l'utilisation des préservatifs;
- Connaître les opinions des femmes sur le sida;
- Connaître le niveau de connaissances des femmes sur le sida, en particulier ses modes de transmission et de prévention

- * Méthode utilisée:

Nous avons inclus dans notre échantillon toutes les personnes de sexe féminin habitant le quartier de Bankoni depuis plus d'un mois, et âgées de 13 ans et plus.

La méthode utilisée a été exactement la même que celle qui a été utilisée pour les hommes, aussi bien en ce qui concerne le mode de sélection des concessions que le nombre d'individus par grappe ou le mode de traitement des données.

V.2.2 Résultats de l'enquête:

a. Etude de la population:

Tableau 87: Répartition de la population par âge.

Classe d'âge	Effectif	Fréquence(%)
<15ans	23	5
15-19 ans	86	18,5
20-24 ans	91	19,6
25-29 ans	106	22,8
30_34 ans	47	10,1
35-39 ans	59	12,7
40-44 ans	27	5,8
45-49 ans	12	2,6
50 ans et plus	13	2,8
Total	464	100

84 % de la population enquêtée est âgée de 15-39 ans.

Tableau 88: Répartition de la population selon les situations matrimoniales diverses.

Situation matrimoniale	Effectif	Fréquence(%)
Célibataire non fiancée	122	26,3
Célibataire fiancée	17	3,7
Marié co-épouse(s)	184	39,7
Mariés sans co-épouse	141	30,4
Total	464	100

70 % de la population est composée de femmes mariées

Tableau 89: Répartition de la population par profession;

Profession	Effectif	Fréquence(%)
Sans profession	413	89,2
Petit commerçant	22	4,8
Cadre intermédiaire	3	0,6
Personnel bureau	3	0,6
Cadre supérieur	2	0,4
Artisan	2	0,4
Bonne	2	0,4
Grand commerçant	1	0,2
Autres	15	3,2
Total	464	100

NB: autre = coiffeuse

90 % de la population enquêtée est composée de ménagères.

Tableau 90: Répartition de la population par ethnie

Ethnie	Effectif	Fréquence(%)
Bambara	188	40,5
Sarakolé	56	12,1
Peuhl	43	9,3
Malinké	38	8,2
Minianka	25	5,4
Bobo	21	4,5
Sénoufo	15	3,2
Sonrhai	14	3
Dogon	14	3
Maure	14	3
Autres	36	7,8
Total	464	100

NB: autre = toutes autres ethnies du pays et les étrangers.

On retrouve le même pourcentage de mandingues 60 % que chez les hommes.

Tableau 91: Répartition de la population selon la durée de résidence à Bamako;

Durée de résidence	Effectif	Fréquence(%)
< 1an	39	8,4
1-4 ans	39	8,4
5-9 ans	55	11,9
10-14 ans	18	3,9
15 ans et plus	315	67,5
Total	464	100

Plus de 88 % de la population réside à Bamako depuis au moins 5 ans.

Tableau 92: Répartition de la population selon le niveau de scolarisation;

Scolarisation	Effectif	Fréquence(%)
Non scolarisé	315	67,9
Primaire	89	19,2
Secondaire	54	11,6
Supérieur	6	1,3
Total	464	100

Les 68 % de la population n'a pas été scolarisé.

Tableau 93: Répartition de la population par religion;

Religion	Effectif	Fréquence(%)
Musulmans	449	96,8
Chrétiens	13	2,8
Autres croyance	2	0,4
Total	464	100

97 % de la population enquêtée est composée de musulmans.

Tableau 94: Répartition de la population par Antécédent de voyage.

Antécédent	Effectif	Fréquence (%)
0 fois	198	42,7
1 fois par an	239	51,5
2 fois par an	16	3,4
3 fois et plus par an	11	2,4
Total	464	100

57 % de la population a voyagé au moins une fois au cours de l'année écoulée.

Tableau 95: Répartition de la population par lieu de voyage:

Lieu	Effectif	Fréquence (%)
Mali seulement	195	42
Afrique	72	15,5
N'a jamais voyagé	197	42,5
Total	464	100

42 % ont voyagé uniquement au Mali et 15 % se sont rendu dans un autre pays d'Afrique.

Tableau 96: Répartition de la population par antécédent d'infection génitale.

Antécédent	Effectif	Fréquence (%)
0 fois	329	70,9
< 5 fois	124	26,7
5-9 fois	11	2,4
Total	464	100

71 % de la population dit n'avoir aucun Antécédent d'infection génitale. Sur les 135 personnes qui déclarent en avoir eu 8, seulement pensent qu'elles l'ont eu par leur mari, les autres disent qu'elles ne savent pas.

V.2.3 Etude des connaissances.

a. Connaissez-vous les infections génitales (sopisi) ?

Tableau 97: Connaissance des infections génitales:

Connaissance	Effectif	Fréquence(%)	IC
Oui	333	71,8	4,1
Non	131	28,2	-
Total	464	100	-

72 % de la population disent connaître les infection génitales.

b. Connaissez vous les modes de transmission des infections génitales ?

Tableau 98: Connaissance des modes de transmission

Connaissance	Effectif	Fréquence(%)	IC
Sexe	41	8,8	2,6
Urine	39	8,4	2,5
Ne sait pas	377	81,3	3,6
Autre	7	1,5	1,1
Total	464	100	-

8,8 % de la population connaissent la transmission sexuelle des infections génitales.

c. Avez-vous entendu parler de SIDA ?

Tableau 99: Connaissance du sida;

Connaissance	Effectif	Fréquence(%)	IC
Oui	444	95,7	1,8
Non	20	4,3	-
Total	464	100	-

96 % de la population dit avoir entendu parler de sida.

d. Par qui avez vous entendu parler du SIDA ?

Tableau 100: Source de connaissance du Sida pour celles qui l'ont entendu parler:

Source	Effectif	Fréquence(%)	IC
Rumeur et télévision	152	34,2	4,3
Télévision	138	31	4,2
Radio	65	14,1	3,2
Rumeur	36	8,1	2,4
Mère	19	4,2	1,8
Kotéba	8	1,8	1,2
Agent de santé	7	1,5	1,1
Radio et rumeur	7	1,5	1,1
Lecture	5	1,1	0,9
Télévision et kotéba	5	1,1	0,9
Père	1	0,2	0,4
Soeur	1	0,2	0,4
Total	444	100	-

66% de celles qui ont entendu parler de Sida (296/444), dit avoir entendu parler du Sida par la télévision, quant à la radio , elle n'est considérée comme source d'information que par 16 %.

e. Connaissez-vous les modes de transmission du SIDA ?

Tableau 101 : Connaissance du mode de transmission du sida pour celles qui en ont entendu parler:

Mode de transmission	Effectif	Fréquence(%)	IC
Sexe	101	22,7	3,8
Sexe et injection	33	7,1	2,3
Sexe, sang et injection	20	4,3	1,8
Injection	11	2,4	1,4
Sexe et sang	11	2,4	1,4
Sang et injection	6	1,3	1
Sang	1	0,2	0,4
Mère-enfant	1	0,2	0,4
Ne sait pas	260	58,4	4,5
Total	444	100	-

L'origine sexuelle du sida est dénoncée par 37 % (165/444) des femmes qui ont entendu parler de Sida;

On remarquera que près de 60 % de celles qui ont entendu parler dit ne pas savoir comment se transmet le Sida.

f. Quelle est l'origine de votre information sur les modes de transmission du SIDA ?

Tableau 102: Origine de l'information sur le mode de transmission du sida pour celles qui l'ont entendu parler:

Origine	Effectif	Fréquence (%)	IC
Radio et télévision	79	17,7	3,4
Télévision	50	11,2	2,8
Radio	20	4,5	1,8
Rumeur	11	2,4	1,4
Agent de santé	8	1,8	1,2
Télévision/rumeur	7	1,5	1,1
Lecture	4	0,9	0,8
Kotéba	3	0,5	0,7
Radio et rumeur	3	0,5	0,7
Epoux	3	0,6	0,7
Soeur	2	0,4	0,6
Père	1	0,2	0,4
Ne sait pas	253	57	4,5
Total	444	100	-

La télévision apparaît ici encore comme la première source d'information sur le Sida (31 % devant la radio (23 %).

On constate également que 57 % manifestent leur ignorance quant au mode de transmission du Sida.

57 % disent qu'elles ne se rappellent pas exactement des modes de transmission du Sida.

g. Comment éviter le SIDA ?

Tableau 103: Connaissance des attitudes de prévention pour celles qui ont entendu parler de Sida.

Connaissance	Effectif	Fréquence(%)	IC
préservatifs	63	14,1	3,1
limiter les partenaires	99	22,2	3,7
Ne sait pas	269	56	4,5
Préservatif /u.s.u.u;	7	1,3	1,1
Eviter prostituées	7	1,3	1,1
Seringue à usage unique	5	1,1	0,9
Autre	14	3	1,6
Total	444	100	-

NB : autre = fidélité, abstinence;
préservatif/u.s.u.u. = (préservatif, utilisation de Seringue à usage unique).

Le rôle des préservatifs dans la prévention du Sida est connue de 15 % de celles qui ont entendu parler tandis que 22 % évoque la diminution du nombre de partenaires sexuels .

i. Connaissez-vous les préservatif ?

Tableau 104: Connaissance des préservatifs:

Connaissance	Effectif	Fréquence(%)	IC
Oui	322	69,4	4,2
Non	142	30,6	-
Total	464	100	-

Paradoxalement on constate que lorsqu'on parle des préservatifs 69, % des femmes interrogées disent les connaître .

On doit donc nuancer fortement leur ignorance , leur réserve du tableau précédant pouvant être considérée comme l'expression de leur pudeur.

k. Connaissez-vous un lieu où l'on peut se procurer des préservatifs?

Tableau 105: Connaissance des lieux où on peut se procurer des préservatifs:

Connaissance	Effectif	Fréquence(%)	IC
Oui	83	17,9	3,5
Non	381	82,1	-
Total	464	100	-

On constate par ce tableau que 82 % de la population interrogée dit ne pas savoir où on peut trouver des préservatifs.

Sur les 83 réponses positives 69, (soit 83 %) citent le centre de santé de l'Asacoba et 14 évoquent les détaillants ou les pharmacies.

l. Avez-vous entendu parler des séances de Kotéba qui ont été organisées sur le sida dans le quartier Bankoni ?

Tableau 106: Connaissance des séances de Kotéba:

Connaissance	Effectif	Fréquence(%)	IC
Oui	409	92,1	2,9
Non	55	7,9	2,9
Total	464	100	5,8

92 % de la population disent avoir appris qu'il y avait des représentations théâtrales sur le sida dans le quartier.

Sur les 409 qui ont dit eu avoir connaissance, 216 soit 53 % disent y avoir assisté personnellement et 193 soit 47 % en ont entendu parler par un membre de leur famille .

Concernant le message transmis par la pièce , 385 soit 87 % de la population étudiée disent qu'elle portait sur la connaissance du Sida, sur sa transmission sexuelle et sur l'importance des préservatifs dans sa prévention.

V.2.4-Etude des opinions

a. Etes-vous d'accord que votre partenaire utilise des préservatifs ?

Tableau 107: Opinion favorable à l'utilisation de préservatifs par le partenaire sexuel

Opinion favorable	Effectif	Fréquence(%)	IC
Oui	279	60,1	4,5
Non	43	9,3	4,5
Opinion non exprimée	142	30,6	2,4
Total	464	100	9

86 % des femmes interrogées disent qu'elles sont d'accord que leur partenaire utilise le préservatif.

b. Pourquoi n'êtes-vous pas d'accord ?

Tableau 108: Raisons évoquées quant au désaccord:

Raisons évoquées	Effectif	Fréquence (%)
Stérilité	5	11,6
Fidélité du couple	20	46,6
Mépris pour le préservatif	6	13,9
Non permis dans le mariage	12	27,9
Total	43	100

Les femmes interrogées mettent un accent particulier sur la nécessité d'une Fidélité dans le couple.

b. Quelle est votre opinion sur le SIDA ?

Tableau 109: Opinion sur le sida:

Opinion	Effectif	Fréquence(%)	IC
Mortel	323	69,7	4,2
Excessif	9	2	1,3
Pas grave	8	1,7	1,6
Mensonge	5	1	0,9
Sans opinion	99	21,3	4
Opinion non exprimée	20	4,3	0,6
Total	464	100	-

73 % de la population sait que le sida est mortel.

V.3 L'enquête auprès des vendeurs de préservatifs

Dans le même souci que la précédente enquête c'est à dire le suivi des vendeurs agréés, nous avons réalisé une deuxième enquête auprès des vendeurs selon le même protocole que la première. Sur un total de 180 vendeur, nous avons retrouvé 115 soit 64%. Ils ont tous accepté de répondre à nos questions. Les 65 absents sont des petits commerçants qui ont interrompu leur activité pour des raisons que nous n'avons pas pu déterminer avec leur entourage, ou des saisonniers qui se sont retournés dans leur village.

L'intervalle moyen entre la remise du premier stock et le jour de l'enquête a été de 237 jours tandis que le plus court a été de 115 jours et le plus long a été de 312 jours.

A) Résultats:

a. Etude des opinions:

Tableau 110: Répartition des vendeurs par secteur:

Secteur	Effectif	Fréquence(%)
Salembougou	24	20,9
Flabougou	31	27
Plateau	19	16,5
Zéguenekorobougou	15	13
Layebougou	10	8,7
Dianguinebougou	16	13,9
Total	115	100

Le secteur prédominant dans cette enquête est Flabougou avec 27% cela s'explique par le fait que ce secteur est le principal centre commercial du quartier.

Tableau 111: Répartition des vendeurs par habitant:

Secteur	Nombre de vendeurs	Population du secteur	Ratio population/vendeur
Salembougou	24	5 619	234,1
Flabougou	31	8 526	275
Plateau	19	11 495	605
Layebougou	10	4 919	491,9
Zéguenekorobougou	15	6 952	463,4
Dianguinebougou	16	4 751	296,9
Total	115	42 262	367,7

Tableau 112: Opinions des vendeurs le jour de la remise des préservatifs et le jour de l'enquête:

Opinion	Jour de remise		Jour de l'enquête	
	Nombre	Pourcentage	Nombre	Pourcentage
Favorable	55	47,8	76	66,1
Enthousiasme	59	51,3	37	32,2
Sans opinion	1	0,9	2	1,7
Total	115	100	115	100

On peut constater que 99 % des vendeurs étaient favorables ou enthousiasmés le jour de la remise des préservatifs et qu'ils étaient toujours 98 % à manifester cette opinion le jour de la deuxième enquête.

Tableau 113: Appréciations des vendeurs quant au prix de vente des préservatifs du réseau de l'Asacoba:

Opinions	Effectif	Fréquence (%)	IC
Pas cher	108	93,9	4,4
Cher	0	0	0
Sans opinion	7	6,1	4,4
Total	115	100	-

94 % des vendeurs disent que les préservatifs vendus par le réseau de l'Asacoba ne sont pas chers selon les acheteurs.

Tableau 114: Identification des principaux acheteurs par les vendeurs de préservatifs:

Acheteur	Effectif	Fréquence(%)	IC
Homme adulte et Adolescent	62	53,9	9,1
Homme adulte	13	11,3	5,8
Homme adolescent	10	8,7	5,1
Homme adolescent et enfant	7	6,1	4,4
Homme enfant	12	10,5	5,6
Femme adulte	11	9,6	5,5
Total	115	100	-

On constate selon les dire des vendeurs que les hommes adultes et les adolescents sont les principaux acheteurs de préservatifs.

b. Etude de l'évolution des ventes selon les vendeurs:

Pendant la période moyenne de 237 jours, la moyenne arithmétique du nombre de préservatifs vendus a été de 72 alors que 20 vendeurs se sont réapprovisionnés. Le tableau ci-dessous donne les explications recueillies quant au non réapprovisionnement .

Tableau 115: Explication des vendeurs concernant le non réapprovisionnement.

Raisons	Effectif	Fréquence (%)
Stock non épuisé	67	70
Non disposé à y aller	21	23,2
A eu honte d'y aller	7	6,8
Total	95	100

Tableau 116: Explication des vendeurs concernant les opinions des acheteurs.

Opinions des acheteurs	Effectif	Fréquence (%)
Honte d'acheter	27	23,4
Pas aimé	10	8,6
Autre	8	7,2
Méconnaissance	2	1,7
Sans réponse	68	59,1
Total	115	100

NB: autre = sabotage des acheteurs, considérations religieuses, le préservatif n'est pas de bonne qualité, méconnaissance de l'importance du préservatif.

Pour 23 % des vendeurs les gens ont honte de venir acheter des préservatifs .

Tableau 117: Impact de la vente des préservatifs sur la clientèle des vendeurs.

La clientèle a:	Effectif	Fréquence (%)
Augmenté	44	38,3
Sans changement	63	54,2
Sans réponse	7	6,6
Diminué	8	8,5
Total	115	100

Si 54 % des vendeurs estiment que la vente de préservatifs n'aurait pas changé le nombre de leurs clients, 38 % qu'elle l'aurait augmenté.

Tableau 118: Souhaits et recommandations des vendeurs:

Recommandations	Effectifs	Fréquence (%)
Arrêter distribution gratuite	8	7
Continuer la sensibilisation	7	6
Sans opinions	100	87
Total	115	100

87 % des vendeurs n'ont émis ni souhaits, recommandations. Cette attitude des vendeurs est liée au fait que comme dans toutes les autres couches sociales du milieu, ils ne veulent pas s'exprimer sur un problème de santé, pensant que seul le personnel médical est en mesure de le faire.

V.4 Evolution des ventes de préservatifs

Tableau 119: Evolution des ventes de préservatifs:

Secteur	Total vendu	Nombre de vendeur	% du Total
Salembougou	2 920	34	20,67
Flabougou	2 470	42	17,48
Plateau	2 460	34	17,41
Zéguenekorobougou	1 470	22	10,40
Layebougou	2 060	20	14,50
Dianguinebougou	2 748	28	19,45
Total	14 128	180	100

On constate que les ventes les plus très importantes ont eu lieu dans le secteur de Salembougou avec 21 % du total vendu et de Dianguinebougou avec 19 %.

V.5 Nombre de préservatifs vendus par habitant selon les secteurs

Tableau 120: Préservatifs vendus par habitant et par secteur:

Secteur	Ption	Nombre de préservatifs	Préservatif par habitant
Salembougou	5.619	2.920	0,519
Flabougou	8.526	2.470	0,289
Plateau	11.495	2.460	0,142
Zeguenekorobougou	6.952	1.470	0,112
Layebougou	4.919	2.060	0,418
Dianguinebougou	4.751	2.748	0,578
Total	42.262	14.128	0,334

NB: Ption = population

* Pendant les 9 mois de l'étude le nombre total de préservatifs vendus a été de 14.128, soit une moyenne de 0,33 préservatifs par personne et par secteur. Ce chiffre à varier selon les secteurs entre 0,21 (Zéguenekorobougou) et 0,58 (Dianguinebougou)

V.6 Présentation des dépenses

Tableau 121: Présentation des dépenses qu'a nécessité l'exécution de ce projet

Nature	Montant (FCFA)	%
Sensibilisation	90.000	12,7
Confection cartes de vendeur	56.000	7,9
Confection affiches	120.000	16,9
Enquête CAP femme	20.000	2,8
Distribution cartes	2 380	0,5
Coût tournée théâtrale	420.000	59,2
Total	708.380	100

L'étude de tableau montre que le coût total de ce projet s'est élevé à 708.380 FCFA soit 16 f/habitant.

Les dépenses les plus importantes ont concerné le Kotéba 31,2 % et les Affiches (41,6%).

V.7 Comparaison entre les différentes enquêtes

V.7.1 Comparaison entre les 2 enquêtes CAP chez les hommes.

a. concernant la connaissance du Sida:

Tableau 122: Connaissance Sida:

Connaissance	CAP1		CAP2	
	Effectif	Fréquence(%)	Effectif	Fréquence(%)
Oui	425	92,6	597	99,2
Non	34	7,4	5	0,8
Total	459	100	602	100

Il existe une différence significative entre les deux variables avec $\chi^2 = 29,9$ pour $ddl = 1$, $p = 0,00001$. On peut conclure qu'il y a eu une légère hausse du degré de connaissances du Sida entre les deux enquêtes.

Tableau 123: Connaissance de la prévention du SIDA par le préservatif:

CAP1			CAP2	
Connaissance	Effectif	Fréquence(%)	Effectif	Fréquence(%)
Oui	78	17	265	44
Non	381	83	337	56
Total	459	100	602	100

Il existe une différence significative entre les deux variables avec $CH2 = 85,7$ pour $ddl = 1$, $p = 0,03$. On peut conclure qu'il y a eu une hausse de la connaissance de la prévention du SIDA par le préservatif entre les deux enquêtes.

Tableau 124: Utilisation des préservatifs:

CAP1			CAP2	
Utilisation	Effectif	Fréquence(%)	Effectif	Fréquence(%)
Oui	78	17	146	24,3
Non	217	83	412	75,7
Total	459	100	602	100

Il n'existe pas de différence statistique entre les deux variables avec $CH2 = 7,8$ pour $ddl = 1$, $p = 0,005$. On peut conclure qu'il y a eu une augmentation de l'utilisation des préservatifs entre les deux enquêtes (CAP 1, CAP 2).

V.7.2 Comparaison entre les enquêtes CAP2 chez les hommes et chez les femmes

Nous avons procédé à une comparaison entre les résultats obtenus entre les deux enquêtes CAP, dont l'une a été réalisée chez les hommes et l'autre chez les femmes.

a. Comparaison entre le degré de connaissance des hommes et des femmes quant à l'existence du Sida.

Connaissance SIDA	CAP "H"		CAP "F"	
	Effectif	Fréquence(%)	Effectif	Fréquence (%)
Oui	597	99,2	444	95,7
Non	5	0,8	20	4,3
Total	602	100	464	100

Il existe une liaison statistique entre les deux variables avec $CH^2 = 2,7$ pour $ddl = 1$, $p = 0,9$.

On peut conclure que le degré de connaissance du Sida varie selon que l'on soit homme ou femme.

b. Comparaison entre les hommes et les femmes quant aux opinions favorables sur l'utilisation de préservatifs.

Opinion favorable	CAP "H"		CAP "F"	
	Effectif	Fréquence(%)	Effectif	Fréquence%
Oui	541	96,9	279	86,6
Non	17	3,1	43	13,4
Total	558	100	322	100

Il existe une liaison statistique entre les deux variables avec $CH^2 = 32,5$ pour $ddl = 1$, $p = 0,000001$. On peut conclure que l'opinion favorable à l'utilisation du préservatif dépend du sexe.

c. Comparaison entre le degré de connaissances des préservatifs des hommes et des femmes.

Connaissance	CAP "H"		CAP "F"	
	Effectif	Fréquence(%)	Effectif	Fréquence(%)
Oui	558	92,7	322	69,4
Non	44	7,3	142	30,6
Total	602	100	464	100

Il n'existe pas de liaison statistique entre les deux variables avec $\chi^2 = 97,1$ pour $ddl = 1$, $p = 2510$.

d. Comparaison entre les hommes et les femmes quant à la connaissance d'une scène de théâtre sur le Sida dans le quartier.

Connaissance	CAP "H"		CAP "F"	
	Effectif	Fréquence(%)	Effectif	Fréquence(%)
Oui	416	69,6	409	92,1
Non	181	30,4	35	71,9
Total	597	100	444	100

Il n'existe pas de liaison statistique entre les deux variables avec $\chi^2 = 76,5$ pour $ddl = 1$, $p = 100$.

VI. SYNTHÈSE ANALYSE RECOMMANDATIONS

VI. SYNTHÈSE, ANALYSE ET RECOMMANDATIONS

VI.1 Synthèse

a) La population Interrogée:

* Lors de notre enquête, la population masculine que nous avons interrogée est jeune (70 % sont âgés de 20 à 39 ans) et à dominante mandingue (37 % de Bambara et 15 % de Sarakolés); elle comprend 50 % de célibataires non fiancés et 30 % de mariés monogames.

Il s'agit de gens modestes (75 % exercent des petits métiers, tels que tailleurs, petits commerçants, ouvriers,...), peu scolarisés (50 % n'ont jamais été à l'école), fortement soumis à l'influence de la ville (75 % résident à Bamako depuis plus de 5 ans) et "mobiles" (73 % ont déjà voyagé et 50 % sont déjà sortis du Mali).

* Quant aux femmes que nous avons interrogées, elles sont encore plus jeunes (84% sont âgées de 15 à 39 ans). Elles sont également dominées par le groupe mandingue (40 % Bambara et 12 % Sarakolés) et comprennent 30 % de célibataires non fiancées et 30 % de femmes mariées dans la monogamie.

Il s'agit de ménagères (89 %), dont 84 % résident à Bamako depuis plus de 5 ans, non scolarisées à 68 %, musulmanes à 97 %.
57 % d'entr'elles ont déjà voyagé, mais seulement 15 % ont déjà quitté le Mali.

b) Les infections génitales (sopisi):

* Antécédents:

4 % des hommes avouent avoir déjà présenté une uréthrite, tandis que 29 % des femmes déclarent avoir souffert d'une infection génitale.

* Connaissance:

93 % des hommes disent savoir ce qu'est une urethrite et 55 % qu'elle se transmet par voie sexuelle.

Quant aux femmes, elles sont 71 % à savoir ce qu'est une infection génitale et 8 % à connaître sa transmission sexuelle.

c) Le Sida:

* Connaissance de l'existence de la maladie:

99 % des hommes et 95 % des femmes disent avoir entendu parler du Sida.

53 % des hommes disent en avoir entendu parler par la radio et 16 % par la télévision.

Ces pourcentages sont respectivement de 66 % et de 30 % chez les femmes.

* Connaissance de son mode de transmission:

89 % des hommes et 37 % des femmes savent que le Sida se transmet par voie sexuelle.

54 % des hommes disent l'avoir appris par la radio et 11 % par la télévision. Ces pourcentages sont respectivement de 22 % et de 30 % chez les femmes.

* Connaissance de la prévention:

45 % parlent du rôle des prostituées, 57 % évoquent l'emploi des préservatifs. Ils ne sont que 2 % à insister sur la limitation du nombre de partenaires.

- Chez les femmes, la limitation du nombre de partenaires est rapportée par 22 %, puis viennent les préservatifs (15 %) et enfin le rôle des prostituées (1 %)

* Gravité du Sida:

76 % des hommes sont conscients de la gravité du sida.

73 % des femmes savent que le sida est mortel.

d) Les préservatifs:

* Connaissances des préservatifs:

93 % des hommes et 70 % des femmes disent savoir ce qu'est un préservatif.

* Opinions sur les préservatifs:

90 % des hommes et 60 % des femmes sont favorables à l'emploi des préservatifs.

Parmi les femmes qui les refusent, 47 % insistent sur la nécessité de la fidélité au sein du couple.

* Utilisation des préservatifs:

24 % des hommes disent avoir déjà utilisé des préservatifs au moins une fois.

10 % des hommes disent en utiliser couramment.

14 % des hommes disent que les préservatifs qu'ils utilisent ont été achetés, alors que les autres disent qu'ils les ont obtenus gratuitement.

* Lieu d'acquisition des préservatifs:

Après la campagne, 38 % (+/- 3,9) des hommes et 26 % (+/- 3,5) des femmes savent où l'on peut se procurer des préservatifs.

* Facteurs qui influencent l'utilisation des préservatifs:

Le seul facteur dont nous pouvons affirmer le rôle est le temps de présence à Bamako.

En effet, chez les hommes qui sont à Bamako depuis moins d'1 an, il n'y en a que 5 % qui utilisent des préservatifs, chez ceux qui y sont de 1 à 14 ans, il y en a 17 % et chez ceux qui y sont depuis plus de 15 ans, il y en a 22 % (les différences sont significatives: $p = 0,001$).

e) La campagne d'information:

* Connaissance de la campagne:

69 % (+/- 3,7) des hommes et 92 % (+/- 2,9) des femmes ont eu connaissance de la pièce de théâtre sur le Sida qui a été jouée dans le quartier de Bankoni.

* Efficacité de la campagne:

Le travail d'information accompli dans le quartier de Bankoni a permis d'élever le niveau de tous les indicateurs de connaissance sur le sida et sur les préservatifs d'une enquête à l'autre.

- Le taux de connaissance du Sida est passé de 92,6 % à 99,2 % ($p = 0,00001$)

- Le taux de connaissance de la transmission sexuelle du sida est passé de 51% à 89 %

- le taux de connaissance des préservatifs est passé de 64 % (+/- 04,4 %) à 92 % (+/- 2,1 %).

- Le taux de connaissance du rôle des préservatifs dans la prévention du sida est passé de 37 % à 44 % ($p = 0,03$)

Le taux d'utilisation des préservatifs est passé de 17 % à 24 % .

VI.2 Analyse

VI.1.1 Du projet de l'Asacoba

* Le projet de lutte contre le Sida conduit par l'Asacoba nous semble à la fois d'une très grande pertinence, compte tenu de la gravité du fléau, et conçu de façon efficace, efficiente, viable à long terme et reproductible.

* L'étude de l'expérience permet de mettre le doigt sur le rôle majeur qui a été joué:
.d'une part par le recours à une approche commerciale et, qui plus est, par le recours au secteur informel pour assurer la diffusion des préservatifs,
.d'autre part le caractère judicieux de l'utilisation du théâtre populaire "kotéba" pour diffuser l'information.

- Concernant l'aspect commercial, l'expérience de Bankoni confirme le bien fondé de l'approche qui a été adoptée au niveau national dans le cadre du projet "protector" et qui a considéré le préservatif comme un simple produit de consommation courante.

Elle laisse donc penser que ce projet devrait normalement être suivi de très bons résultats.

Cette expérience conduit cependant à insister sur la place qui doit être accordée au secteur informel, non seulement parce qu'il est extrêmement présent sur le terrain et s'infiltré jusque dans les quartiers les plus reculés et les villages les plus éloignés, mais aussi parce qu'il est parfaitement adapté à la diffusion d'un produit bon marché qui nécessite discrétion et tact pour être vendu.

Cette première expérience nous a permis de constater la grande labilité des petits commerces qui constituent le secteur informel. Sans nous pencher sur les causes et les manifestations d'une telle observation, nous devons insister sur le fait que tout nouveau projet doit tenir compte des disparitions et des apparitions de nouveaux petits commerçants et ne doit pas se contenter de travailler sur un pool fermé, qui s'amenuisera peu à peu.

- Concernant l'aspect "information", nous estimons que le kotéba constitue un des outils les plus adaptés pour parler en public d'un sujet interdit.

Malheureusement, son taux d'audience ne peut être que faible. Il sera donc utile d'une part de multiplier les troupes de théâtre, qui joueront leur scénette plusieurs fois par jour en se concentrant particulièrement sur les populations à risque, d'autre part de procéder à la production de cassettes audiovisuelles qui permettront leur diffusion à la télévision.

Quant aux affiches, nous n'avons pas pu évaluer la qualité de celle qu'a produite l'asacoba; elle nous semble cependant beaucoup plus adaptée au contexte général du Mali que celles que l'on rencontre à Bamako.

VI.2.2 De la lutte contre le Sida au Mali

De toutes les activités qui ont été conduites au Mali depuis quelques années dans le cadre de la lutte contre la transmission sexuelle du Sida, celle qui a le plus de chance de déboucher sur des résultats objectifs est le projet de marketing social des préservatifs "protector".

Malgré la multiplicité des programmes qui ont été réalisés par les services spécialisés, c'est ce dernier qui apparaît comme le plus à même de faire régresser tant soit peu le mal.

Au moins, a-t-il l'avantage de permettre à ceux qui ont pris conscience de la réalité du sida et de sa gravité de s'en protéger d'une façon efficace.

VI.3 Recommandations

VI.3.1 Concernant le projet de l'Asacoba

- * Le projet de l'Asacoba doit être l'objet d'une véritable prise en main par l'association, qui semble être restée trop en retrait par rapport aux techniciens du Centre de Santé.

Il est nécessaire que lors d'une prochaine assemblée générale un débat soit ouvert et qu'il débouche sur des propositions concrètes.

A notre avis, la meilleure des choses serait que soit mis en place un groupe "MST-Sida" au sein de l'association.

Ce groupe serait composé de volontaires ayant pris conscience de la gravité du fléau, qui seraient prêts à accorder un peu de leur temps et de leur énergie à le combattre.

Le président qu'il se donnera devra avoir une place de droit au sein du bureau élargi de l'Asacoba.

- * Ce groupe "MST-Sida" devra avoir pour objectif principal de déterminer la meilleure façon d'aborder la lutte contre ces affections au sein du quartier. Il devra veiller à ce que les acquis de ce premier travail puissent être non seulement consolidés, mais également étendus.

Une jonction devra être faite avec le programme de marketing social "protector", afin qu'il y ait potentialisation entre les deux.

VI.3.2 Concernant la lutte contre le Sida au Mali

VI.4.2.1 Modalités techniques

* La stratégie adoptée par l'Asacoba pour conduire la lutte contre le Sida doit pouvoir être appliquée par toutes les associations du même type, qui sont actuellement au nombre de 10, ainsi que par les formations sanitaires publiques.

* En ce qui concerne la stratégie nationale de lutte, elle doit s'appuyer sur 4 axes stratégiques:

- Intensifier la coordination de la lutte
- Renforcer le système de surveillance épidémiologique de la maladie
- Développer l'IEC
- Consolider l'accessibilité offerte aux préservatifs par le projet "protector".

1° En ce qui concerne la coordination de la lutte:

Le Comité National de Lutte contre le Sida doit renforcer les conditions nécessaires à une telle coordination, tout en évitant que cette institution ne soit un frein au développement de la lutte en constituant un passage obligé.

Il faut donc proscrire toute situation de monopole, qui stériliserait toute initiative et qui enfermerait la lutte dans un carcan administratif, mais constituer au contraire un lieu d'échanges et de rencontre autour d'un plan national de lutte contre le Sida, définissant les priorités et les grandes options stratégiques.

2° En ce qui concerne la surveillance de la situation épidémiologique de la maladie:

Nous avons pu constater le peu d'informations actuellement disponibles sur la situation épidémiologique du Sida.

C'est ainsi qu'à ce jour personne n'est capable de dire où en est son taux de séroprévalence, ni ses variations entre les différentes régions du pays.

En conséquence, il nous semble urgent que soit effectuée une grande évaluation permettant de mesurer le niveau de séroprévalence du Sida, à minima au niveau de Bamako et si possible dans les différentes régions, afin:

.de déterminer le niveau actuel de la maladie,

.de créer au sein de l'ensemble de la société malienne la prise de conscience nécessaire pour qu'une véritable mobilisation nationale soit entreprise contre ce fléau, qui met en péril des milliers de vies humaines et l'avenir de notre pays.

3° En ce qui concerne l'IEC:

Le programme national d'IEC concernant le Sida doit être renforcé. Pour cela, il nous semble nécessaire de:

-Poursuivre la production de supports d'information:
.production d'affiches et d'autocollants obtenus par concours auprès des artistes maliens, et d'une qualité telle que tout le monde ait envie d'en acquérir,

.production de spots d'information destinés à la radio, à la télévision et aux salles de cinéma,

-Poursuivre la production de supports éducatifs

.la réalisation de brochures d'éducation sexuelle
+ une dans chacune des principales langues nationales,
+ une pour les personnes capables de lire le français,
+ une pour ceux qui veulent en savoir d'avantage (ayant par exemple le niveau du bac)

.la réalisation de films sur le sida
+ films de loisir abordant le problème du Sida
+ reportages sur la gravité du Sida dans les pays d'Afrique où la maladie fait déjà des ravages,
+ reportages sur les risques de Sida
.films sur les MST
.films scientifiques expliquant l'origine de la maladie, etc...

.la multiplication de pièces de théâtre évoquant le Sida, ses causes, ses conséquences, les modalités de lutte...

-Mise au point d'un programme d'éducation sexuelle à l'Ecole: cette initiative nécessitera des rencontres préalables, non seulement avec des délégués de parents d'élèves et d'enseignants, mais aussi avec les instances religieuses, afin que le contenu de ce programme soit considéré comme acceptable par la grande majorité.

-Réalisation d'émissions débats entre les diverses catégories sociales et des personnes informées (médecins, religieux acquis à la cause du Sida, jeunes convaincus,...) qui seront réalisées de façon régulière (par exemple une fois par mois) et auxquelles des mesures de marketing devront assurer une grande audience (par exemple lancement de concours avec des lots importants).

-Institutionnalisation dans les Centres de Santé (communautaires et publics) de réunions régulières d'échange, qui seront organisées par exemple un Après midi par semaine.

4° Consolider l'accès aux préservatifs:

Les acquis actuels du programme "projector" doivent être définitivement fixés. Il nous semble pour cela utile:

-d'inscrire les préservatifs sur la liste des médicaments essentiels, afin qu'ils soient définitivement exonérés de tout droit et de toute taxe.

-d'inciter les Centrales d'achat en médicaments (PPM, GIE "Santé Pour Tous") et les grossistes privés (Laborieux) à mettre sur le marché malien des préservatifs de qualité au prix le plus bas possible. La réalisation des appels d'offre internationaux devra imposer le respect de normes de garantie quant à la qualité des produits: l'objectif devrait être d'obtenir des préservatifs dont le prix CAF serait inférieur à 10 FCFA l'unité, ce qui permettrait de maintenir leur prix de vente à 25 F.

-d'inciter les collectivités locales et les associations de santé communautaire à mener des programmes de lutte au niveau des différents quartiers, selon la méthode mise point par l'Asacoba

VI.3.2.2 Modalités financières

* En dehors de l'achat des préservatifs qui devra être laissé aux bénéficiaires (bien qu'ils puissent être subventionnés si cela s'avère nécessaire), l'ensemble des dépenses du programme de lutte contre le Sida doit être supportée par l'Etat, grâce à l'aide internationale qui, dans ce domaine et si le programme se déroule de façon correcte, ne devrait pas faire défaut.

* Il semble urgent que puisse être mis au point un système de contrat entre représentants de l'Etat et associations santé communautaires, par lequel ces dernières pourront s'engager à réaliser certaines activités (comme celles qui relèvent de la lutte contre le Sida) en échange d'un paiement du service fait.

VII. CONCLUSION

VII. CONCLUSION

1- Devant la gravité du Sida, l'Association Santé Communautaire de Bankoni ou Asacoba, a décidé d'élargir le champ de ses activités à la conduite d'un programme de lutte contre ce fléau.

Elle considère en effet que les seules solutions efficaces contre une telle maladie se trouvent principalement entre les mains des communautés.

En effet, les techniciens de santé ne maîtrisent que les aspects virologiques, épidémiologiques et cliniques de la maladie, et ne peuvent jouer aucun autre rôle que celui de "conseil".

L'Asacoba a donc mis au point avec ses médecins un protocole de lutte dont les résultats ont été l'objet de cette thèse.

2- L'originalité de cette initiative repose sur une hypothèse stratégique selon laquelle il est possible d'utiliser le réseau commercial des petits boutiquiers du quartier pour assurer la diffusion des préservatifs, à condition de garantir un prix de vente accessible au pouvoir d'achat de la population et d'accorder une marge suffisante à ceux qui seraient chargés de les diffuser.

Bien évidemment, cette action a été soutenue par la conduite d'une campagne d'information, qui a été elle-même l'objet d'une décision originale: utiliser un spectacle de kotéba, spécialement conçu à cet effet et monté par une troupe d'acteurs professionnels, c'est à dire capables d'inscrire leurs activités dans une programmation à long terme.

L'intérêt d'une telle approche était:

.de réduire au maximum les obstacles qui empêchent la population de se procurer des préservatifs, aussi bien en ce qui concerne les aspects financiers que socio-culturels.

.d'utiliser un mode de communication populaire et adapté à la transmission de messages délicats, tels que ceux relatifs à la transmission du sida.

3- Notre travail s'est donné pour objectifs de:

- relater les éléments techniques ayant conduit à la formulation de ce projet,
- décrire ses modalités de mise en oeuvre,
- en tirer le bilan au bout de 6 mois d'exécution.

Il a d'abord consisté à aider les médecins de l'Asacoba à organiser la lutte contre le sida dans le quartier.

Après avoir réalisé une première enquête "CAP" ou Connaissances Attitudes Pratiques auprès d'un échantillon représentatif des hommes du quartier, nous avons participé aux activités de lutte en contribuant:

- .à la mise au point du protocole
- .à l'information des petits commerçants du quartier, puis à leur intégration dans le réseau de vente
- .à l'organisation de séances de Kotéba
- .à la conception d'une affiche

Nous avons par la suite participé au suivi des ventes.

Enfin, nous avons effectué une deuxième évaluation 6 mois après le début du projet.

4- Cette enquête nous a tout d'abord permis de mieux connaître la population enquêtée, en ce qui concerne sa perception des maladies sexuellement transmissibles, du sida et des préservatifs.

C'est ainsi qu'ont été recueillies les informations suivantes:

- Concernant les maladies sexuellement transmissibles:

.93 % des hommes et 71 % des femmes affirment s'avoir ce qu'est une infection génitale,

.89 % des hommes et 22 % des femmes évoquent son origine sexuelle.

.4 % des hommes et 22 % des femmes affirment en avoir été atteints

- Concernant le sida-maladie:

.99 % des hommes et 95 % des femmes disent avoir entendu parler du sida,

.89 % des hommes et 22 % des femmes disent connaître la transmission sexuelle du sida,

.76 % des hommes et 73 % des femmes sont conscients de la gravité de la maladie,

.La radio et la télévision sont les sources principales d'information.

- Concernant la prévention du sida:

+ Chez les hommes:

.45 % mettent l'accent sur les prostituées qu'il faut éviter,

.24 % évoquent l'emploi de préservatifs dans les relations extra conjugales

.2 % évoquent la limitation du nombre de partenaires.

+ Chez les femmes:

.22 % insistent sur la limitation du nombre de partenaires

.16 % sur l'emploi des préservatifs,

- Concernant la connaissance des préservatifs:

.92 % des hommes et 70 % des femmes disent connaître les préservatifs

.89 % des hommes et 60 % des femmes ont une opinion positive vis à vis des préservatifs

.47 % insistent cependant sur la nécessité d'une fidélité à l'intérieur des couples.

- Concernant l'utilisation des préservatifs:

.24 % des hommes disent avoir déjà utilisé des préservatifs

.10 % disent les utiliser régulièrement.

- Notre étude a montré que la proportion de la population qui utilise des préservatifs augmente avec le temps de résidence à Bamako:

.5 % chez ceux qui y résident depuis moins d'1 an,

.17 % chez ceux qui y résident de 1 à 14 ans

.22 % chez ceux qui y résident depuis au moins 15 ans.

5- Le programme de lutte contre le Sida de l'Asacoba a eu un impact positif sur la population.

En effet, une comparaison entre les connaissances et attitudes pratiques avant et après la conduite du programme a permis d'obtenir les résultats suivants:

.le taux de connaissance du sida est passé de 92,6 à 99,2 %

.le taux de connaissance de sa transmission sexuelle est passé de 51 à 89 %

.le taux de connaissance des préservatifs est passé de 64 à 92 %

.le taux de connaissance du rôle des préservatifs dans la prévention du sida est passé de 21 à 54 %

Par ailleurs, le réseau commercial de vente des préservatifs s'est appuyé sur un effectif de 180 boutiquiers et a permis de commercialiser pendant les 6 mois de notre étude un total de 14 128 unités, soit une moyenne de plus d'un préservatif par homme adulte et par an.

6- Au terme de ce travail nous sommes en mesure de conclure au bien fondé de la démarche qui a été celle de l'Asacoba dans la lutte contre le Sida.

En effet, l'hypothèse initiale sur laquelle a été conçue le projet s'est confirmée, aussi bien en ce qui concerne sa faisabilité technique et financière que ses résultats.

Le hasard a voulu que peu de temps après la deuxième évaluation soit lancée la campagne de marketing social pour le condom "protector" qui s'appuie sur des hypothèses tout à fait analogues.

7- Notre étude nous conduit à insister sur la nécessité de:

- poursuivre la campagne "protector" en l'élargissant au secteur informel, c'est à dire aux petits boutiquiers et aux vendeurs de rue.

- donner aux Centres de Santé Communautaires la possibilité de participer eux mêmes à la lutte, à condition de signer avec eux des contrats de sous-traitance, qui leur permettent de trouver les ressources nécessaires à leur intervention.

Dans l'immédiat, il suffirait que le programme national de lutte contre le sida mette en place une ligne de crédit ad-hoc et invite les formations sanitaires publiques, ainsi que les 10 associations Santé communautaires de Bamako, pour que se mette en route une approche qui contribuera de façon non négligeable au renforcement de la lutte contre le sida.

8- Nous ne saurions terminer ce travail sans insister sur l'urgence qu'il y a à ce que l'ensemble de la société malienne se mobilise pour combattre ce fléau.

Nous avons montré que dans un quartier populaire de Bamako le sida est désormais connu, que sa gravité est admise et que ses méthodes de lutte sont à la portée de chacun, mais nous n'avons pas constaté la présence du degré de mobilisation qui nous paraît indispensable pour obtenir les résultats que l'on est en droit d'espérer.

Nous espérons que notre modeste travail aura contribué tant soit peu à la poursuite des activités de lutte contre ce fléau dont dépend la survie d'une grande part de la population de notre pays.

BIBLIOGRAPHIE

BIBLIOGRAPHIE

1. AG IKNANE Akory

Centre de santé communautaire de Bankoni (A.SA.CO.BA.)

Une expérience nouvelle de prise en charge de la santé par les populations
Bamako , Août 1991

2. BAMBA B.; KABA S.; KOUROUMA K.; SELE K.; SOUMALO M.; HABA F. .

Rôle des femmes dans la promotion des préservatifs en Guinée
(Konakry).

Conférence internationale sur le Sida en Afrique .

Dakar 16 - 19 Décembre 1991, W.A.229.

3. BASSE Cheick.

Contribution à l'étude de l'infection à VIH en milieu
hospitalier spécialisé à Bamako .

A propos d'une étude prospective portant sur 480 malades

hospitalisés dans le service de pneumo-phthisiologie de l'hôpital du Point "G " du 01
Novembre 1987 au 3 octobre 1988.

Thèse de docteur en médecine , Bamako, 1988.

4. BASSEH M.T.; MADIMUTSA A.; MABVUVE S. .

Attitudes towards the female condom among Harare (Zimbabwe).

Conférence internationale sur le Sida en Afrique

Dakar 16 - 19 Décembre 1991, W.A.248.

5. BETIMA J., BOUPDA A., OLIVER R., et al. .

Evaluation des connaissances des patients des M.S.T. en matière de prévention du
Sida et autre M.S.T. au Cameroun.

Conférence internationale sur le Sida en Afrique ;

Dakar 16 - 19 Décembre 1991 T.A.191.

6. BRUNET JAILLY Joseph , PAIRAULT Claude .

Sondage d'opinion sur 292 hommes et 440 femmes;

26 Septembre 1990; Bankoni.

7. CAMARA Balla; KOUROUMA Kecoura; S.A.F.A.; NGUEITA; SYLLA M.S. .

Agir avec les jeunes dans la lutte contre le Sida en Guinée.

Conférence internationale sur le Sida en Afrique .

Dakar 16- 19 Décembre 1991; M.O.117

8. CHAIBOU Mohamed.

Sida pédiatrique : A propos de 16 cas colligés dans le service de pédiatrie Hôpital
Gabriel Touré , Bamako Mars 1989 à Mars 1991 .

Thèse de docteur en médecine , Bamako , 1991.

9. CLAUDINE, HERZLICH, JANINE, PIERRET.

Sida information et prévention où en sommes nous;

Mutuelle générale de l'éducation nationale.

N° 135 Mars/Avril 1991 Paris (France).

10. CLANCY, PETER, KONAN N.; MESSON E.; BANY S.; DEBOX C. .
Codom social marketing in Ivory coast;
A successful start-up Bingerville (C.I.)
Conférence internationale sur le Sida en Afrique.
Dakar 16 - 19 Décembre 1991 W.A.242
11. Comité National de lutte contre le Sida au Mali
Séminaire pour les médecins, Bamako , 9 Janvier 1988.
12. Comité National de lutte contre le Sida au Mali.
Diagnostic de la situation
Rapport 1990.
13. Comité National de lutte contre le Sida au Mali.
Répartition des cas de Sida hospitalisés en 1989.
Polycopes.
14. COULIBALY Kassoum.
Etude de quelques paramètres hématologiques et immunologiques
chez les malades atteints de SIDA au Mali.
Thèse de docteur en Pharmacie , Bamako 1991.
15. DABO Abdoulaye ; DOUMBIA Seydou; MAIGA Y. Issa; TAMBOURA Bah Aiti; TRAORE
Sidy.
Les conditions de vie , les dépenses de santé et les recours aux soins dans le quartier
de Bankoni.
Volume 3, Février 1991, Bamako (MALI).
16. DENIAND F.; SAWADOGO F.; DIAVEX R.; BAMBA K.; BRUNETO C.;
CLEACB M.; SCHUTZ R.; REY J-L. .
Préservatifs et jeunesse urbaine.
Projet pilote d'ethnoprévention, Montpellier (France), Dabou (cote d'Ivoire), Abidjan
(cote d'Ivoire), Paris (France).
Conférence internationale sur le Sida en Afrique
Dakar 16 - 19 Décembre 1991; W.A. 245
17. DIARRA D. Boubakar.
Contribution à l'étude de la seroprévalence de l'infection par le
virus de l'immuno déficience humaine au Mali à propos de 3500
sérum.
Thèse de docteur en médecine, Bamako 1988.
18. DIARRA Tiéma; DIAKITE Biramadjan; TRAORE Sidy; PAIRAULT C..
Les conditions de vie , les dépenses de santé et les recours aux soins dans le quartier
de Bankoni.
Volume 1, étude socio économique et sanitaire Novembre 1990.
19. Division de la santé familiale et communautaire.
Rapport préliminaire de l'étude de base du projet de distribution
à base communautaire de contraceptifs.
République du Mali , Bamako, Aout 1991

20. DOMITILLA O.-A.; TWA-TWA J.; MUSINGUZI Z. .
The rôle of community in the care of HIV infected AIDS persons in the home, Kampala (Ouganda)
Conférence internationale sur le Sida en Afrique.
Dakar 16 - 19 Décembre 1991 W.O. 117
21. EBRAHIM S.U.; HIRA S.K.; CHIMIKIMA K. .
The effectiveness of condom promotion in Lusaka (Zambia).
Conférence internationale sur le Sida en Afrique.
Dakar 16 - 19 Décembre 1991, T. O. 137.
22. Encyclopédie Médico-chirurgicale.
Editions technique -EMC- 1991 , 18, Rue Segulier, Paris (6°)
France.
23. ESU WILLIAMS E.; GITBENS W.; LAMSON N.; WEIR S.; LAMPTEY P. .
Condom promotion and use among sexe workers and their cherits: A three year expérience in Calabar (Nigeria).
Conférence internationale sur le Sida en Afrique;
Dakar 16 - 19 Décembre 1991.W.A.237.
24. ETCHEPARE Michel.
Connaissance des maladies à VIH chez les adultes résidant dans la région de Dakar.
Conférence internationale sur le Sida en Afrique
Dakar 16 - 19 Décembre 1991.
25. FOFANA O.; CISSOKO A.O.; BOCOUM A.D.; AG BENDECH M..
Evaluation des connaissances sur le Sida des groupes à haut risque au Mali.
Conférence internationale sur le Sida en Afrique.
Dakar 16-19 Décembre 1991 M.A.186.
26. HALLEY- DES, FONTAINES V.; CHOUAID C.; SALVIAC C.; DETRUCHIS P.; PISSARO B. .
Les consultants VIH + originaires d'Afrique.
Conférence internationale sur le Sida en Afrique.
Dakar 16 - 19 Décembre 1991 M.O.118.
27. HIMMICH H.; AKALAYE O.; NACIRI N.; FILAH BABA A. .
Attitudes and behavior of 600 university students: Rabat (Maroc).
Conférence internationale sur le Sida en Afrique.
Dakar 16 - 19 Décembre 1991. M.A.155.
28. IMANEL L.; HIMMICH H.; FIELD M.L. .
Prostitution et Sida au Maroc : Connaissance attitudes et pratiques de 106 sex-Workers de Casablanca.
Conférence internationale sur le SIDA en Afrique.
Dakar 16 - 19 Décembre 1991 M.A.156.

29. JEAY Anne-marie, ALWATA Ibrahim.
Un savoir en mosaïque : Mode de vie sexuel masculin et féminin,
connaissance sur le Sida et sa prévention. Pratique
contraceptive, usage et connaissance à propos du préservatif
dans trois régions du Mali.
Conférence internationale sur le Sida en Afrique.
Dakar 16 - 19 Décembre 1991 M.O. 122
30. Jeune Afrique.
Hebdomadaire international indépendant.
16/22 Avril 1992
31. KATLAMA C..
Aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques à VIH.
Médecine et maladies infectieuses; 1989, spécial Avril-234 à 240.
32. KATLAMA C., SIMON F., PICHARD E., KOUMARE I., MAIGA Y., FLABOU A., VEZINET F.,
GENTILLINI M..
Infection VIH1, VIH2 chez les prostituées au Mali.
Conférence internationale sur le Sida en Afrique.
Dakar 16 - 19 Décembre 1991 M.O.137.
33. KIEGELA V.; M'PELE GUERMA T..
Marketing social du préservatif au Congo-Brazaville
Conférence internationale sur le Sida en Afrique;
Dakar 16 - 19 Décembre 1991 W.A. 247.
34. LECOMTE E.; BRUNETON C.; BAMBA K. .
Prévention du Sida au près des lycéens en Afrique de l'ouest;
l'expérience d'un concours d'information.
Conférence internationale sur le Sida en Afrique;
Dakar 16 - 19 Décembre 1991 M.A.150.
35. Le Courrier
Afrique-Caraïbes - Pacifique- Communauté Européenne
SIDA la grande menace.
Btrimestriel, N° 126- Mars-Avril 1991.
36. LEHMAN PH.; DUBOIS-ARBER F., HAUSSER D..
Efficacité des campagnes de prévention du Sida en Suisse,
changement d'attitudes et des comportements.
Médecine et hygiène ; Lausanne 46-1478-14822- 1988.
37. LOMA VALENTINO, MULANDI THERESE, WEIR SHARON, LOIS LUX.
Knowledge, attitude and practices related to AIDS and VIH infection ,among
adolescents in Kenya.
Conférence internationale sur le Sida en Afrique;
Dakar 16- 19 Décembre 1991 M.A. 153.
38. Mairie commune 1, Bamako, 24 Septembre 1988.

39. MAIGA M.A.; TURCOTTE F.; DOUCOURE A.; SANOGO B.; SIDIBE D.; DICKO I.S.; Comité Sida du Mali.

Seroprevalence des anticorps contre le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) chez les femmes enceintes de Bamako et de Selingue.

40. I.N.R.S.P. Département médico-sociale et préventive, Bamako (Mali) Septembre 1989 et Février 1990.

41. MALONGA R.; M'PELE P.; GUERMA T. .
Enseignement du Sida et des M.S.T. dans les collèges du Congo.
Conférence internationale sur le Sida en Afrique .
Dakar 16 - 19 Décembre 1991 M.O.131.

42. MIMBIANG R.; BOUPDA A.; OLIVIA R.; et al. .
Evaluation d'un projet de sensibilisation d'une population de prostituées par leurs pairs à Yaoundé (Cameroun).
Conférence internationale sur le Sida en Afrique.
Dakar 16 - 19 Décembre 1991 T.A.194.

43. Ministère de la santé publique, et des affaires sociales.
Plan à moyen terme pour la prévention et le contrôle du Sida 1989 -1993.
Bamako , Décembre 1988; Geneve, Juillet 1989.

44. Ministère de la santé publique et des affaires sociales.
Division épidémiologique
Surveillance des cas de Sida au Mali ;
Cas cumulatifs 1986 - 1991 mise à jour n° 1

45. MONGNOUTOU P.P.; MONNY-LOBE M.; KUATE B.; et al. .
Evaluation de l'action éducative par une troupe théâtrale formée par les prostituées à Yaoundé (Cameroun).
Conférence internationale sur le Sida en Afrique.
Dakar 16- 19 Décembre 1991 W.O.103

46. MUDANGO J.R.; CHIDUO B.; DAUTZENBERG D.; BWATWA Y.; LWIHULA G.; STEEFLAND P. .
Cultural factors relevant to condom promotion in Mwanza région, Tanzania.
Conférence internationale sur le Sida en Afrique.
Dakar 16 -19 Décembre 1991 W.A. 246

47. MUKISSA E.; JOLLY R. .
Knowledge attitude and practice related to codom in STD clinic ,
Kampala (Ouganda).
Conférence internationale sur le Sida en Afrique.
Dakar 16 -19 Décembre 1991 W.A.231.

48. NDUHURA D.; KELLY R.; SEMBATYA J.; WAWER M.J.; SEWANKAMBO N.K.
Using community health workers for AIDS prévention in Rakai District Uganda.
Conférence internationale sur le Sida en Afrique,
Dakar 16 - 19 Décembre 1991 W.O. 106

49. NYATHI B.; WILSON D.; NBARIWA M.; LAMBON N.; WEIR S. .
A community based HIV prévention program among vulnerable groups in Bulawayo,
Zimbabwe.

Conférence internationale sur le Sida en Afrique;
Dakar 16 -19 Décembre 1991 W.O.101

50. O.M.S. Presse
Communiqué OMS/49; 25 Septembre 1990

51. O.M.S.
De point en point.
La situation mondiale du Sida , mise à jour Novembre 1990 N°72
Bureau de l'information 1211 geneve 27 Suisse.

52. O.M.S.
De point en point
VIH/SIDA Situation mondiale Mai 1991 N°74.

53. O.M.S.
Relevé épidémiologique hebdomadaire 66° année 4 Octobre 1991.

54. O.M.S. Presse
Strategie Mondiale de lutte contre le Sida.
Communiqué OMS/7 4 Février 1992.

55. O.M.S.
Quarante cinquième Assemblée Mondiale de la Santé.
Point 33 de l'ordre du jour provisoire.
Mise en oeuvre de la strategie mondiale de lutte contre le Sida.
Rapport du Directeur général ; A 45/30; 28 Février 1992.

56. O.M.S.
Quarante cinquième Assemblée mondiale de la Santé
Point 33 de l'ordre du jour provisoire.
Strategie mondiale de lutte contre le Sida.
Mise à jour A 45/29, 28Fevrier 1992.

57. O.M.S. Presse
Communiqué OMS/9 12 Février 1992

58. OUEDRAOGO C.; YODA G.; OUEDRAOGO GR.; OUEDRAOGO J.P.; FRANCE
B.; SPILSBURG J. .
Projet pilote de distribution des préservatifs au Burkina Faso.
Conférence internationale sur le Sida en Afrique.
Dakar 16 -19 Décembre 1991 W.A.239

59. OSOTIMCHIN B.O.; OLUGBENI A.; AKINKOYE O. ADEYEMIDORO F.A.B.;
OJENOBEDE A.A.; DELANO G.E. .
Problem of the condom in south western knowlege, fertility ideals sexuel and health
behavior among adolescent.
Ibadan (Nigeria).
Conférence internationale sur le SIDA en Afrique .
Dakar 16 -19 Décembre 1991 W.A. 243.

60. PICHARD E., GUINDO A., GROSSETTE G., et al. .
L'infection par le virus de l'immuno déficience humaine (VIH) au Mali: Enquête seroepidemiologique Mars-Avril-Aout- Septembre 1987.

61. Revue du praticien .
Médecine générale 52,53,54,n°56; 12 Février 1990.

62. SAURAT J.A..
Le Sida une maladie sexuellement transmissible
Médecine et hygiène; Geneve; 461477-1988

63. SCHUMCHER R.; KAMPHORTS E.; MOROJELE S.; RADITAPOLE M.;
MOTHELENG N. .
Sexuality transmitted diseases and condoms:
A joint modern and traditional , approach in mokhotlong health
service area in Lesotho.
Conférence internationale sur le Sida en Afrique.
Dakar 16 - 19 Décembre 1991 W.A.249.

64. SECK M.; RAMOS F.; GUISSÉ Y. MB.; BAMMEIDA L. .
Perception et utilisation du préservatif au Senegal (Dakar).
Conférence internationale sur le Sida en Afrique.
Dakar 16 - 19 Décembre 1991 W.A.232.

65. SICARD J.M.; FAIVRE D.D.; MOUGTANA A.; KOUYATE B.; CHAURET
D.; JAFFRE Y.; CHESON J.P. .
Evaluation en matière de Sida des connaissances et des attitudes
des personnels de santé et l'action sociale au Burkina -Faso.
1990 (Bobo Dioulasso, Ouagadougou).
Conférence internationale sur le Sida en Afrique
Dakar 16 - 19 Décembre 1991 M.A.146.

66. SOUMOUTERA Aly.
Infections dues au virus de l'immuno-deficience humaine (VIH) au Mali.
Bilan de 2 ans 89-90 de dépistage par le service de
sero-immunologie de l'institut Nationale de Recherche en santé
publique.
Thèse docteur en pharmacie, Bamako 1990.

67. Sommet Mondial des ministres de la santé sur les programmes de prévention du
Sida.
Sida-prévention et lutte; Londres 26 -28 Janvier 1988.

68. SOUL P.; BICHON V.; Z.A.; DENIAND F. .
"Jeunesse, chaussez capotes"
Une chanson sur les préservatifs en Afrique.
Conférence Internationale sur le Sida en Afrique.
Dakar 16 - 19 Décembre 1991 W.A.240.

69. SY Amadou.

Contribution à l'étude de la seroprevalence de l'infection à VIH au centre National de transfusion sanguine de juillet 1987 à Juin 1989.
Thèse de docteur en médecine, Bamako 1989.

70. TADJEDDINE A.; MOKBTARI L. .

Connaissance et utilisation du préservatif en Oran (Algérie)
Conférence Internationale sur le Sida en Afrique
Dakar 16 -19 Décembre 1991 W.A.230.

71. TALL Cheick Tidiane.

Le coût et la prise en charge du Sida en milieu hospitalier au Mali.
Thèse de docteur en Médecine 1990.

72. TALL Madina MAKI

Projet pilote d'intervention visant à freiner la propagation des M.S.T; Sida dans le district de Bamako.
Thèse de docteur en Pharmacie, Bamako 1988.

73. TCHUPO J.P.; BOUPDA A.; ELLA M.; TURK T.; STEINER M.; MONNY.

Etude de l'acceptabilité des condoms féminins par les femmes à partenaires sexuels multiples à Yaoundé (Cameroun).
Conférence internationale sur le Sida en Afrique.
Dakar 16 - 19 Décembre 1991 W.A.236.

74. TCHUPO J.P.; DOUPDA A.; MIMBIANG R.; REGINA O.; BURY J.S.
MONNY-LOBE M. .

Utilisation des préservatifs chez les clients des prostituées à Yaoundé (Cameroun).
Conférence internationale sur le Sida en Afrique
Dakar 16 - 19 Décembre 1991 W.A.233.

75. TCHUPO J.P.; MONNY-LOBE A.; DUNCAN E.; J.P.; FRANCE B. .

La perception des préservatifs par le programme de marketing social au Cameroun (Yaoundé).
Conférence internationale sur le SIDA en Afrique.
Dakar 16 - 19 Décembre 1991 234.

76. TCHUPO J.P.; FRANCE B.; STENGEL; DUNCAN E.; GARCIA; MONNY
LOBE M. .

Profil des consommateurs de condoms à Yaoundé (Cameroun)
Conférence internationale sur le Sida en Afrique.
Dakar 16 - 19 Décembre 1991 W.A. 235.

77. TELLY Antandou.

Contribution à l'étude des syndromes neurologiques associés à l'infection par le virus de l'immuno-deficience humaine.
Thèse de docteur en médecine , Bamako 1989.

78. TRAORE Moussa, GUINDO C.O.; THELY A., KOUMARE M..
Profil épidémiologique de l'infection à HIV au sein d'une population de patients neurologiques à l'hôpital National du Point "G" entre Janvier 1989 et Septembre 1991.

79. TUKUMBE E.; KABASELE B.; MPOLA, N'KUMA.
Evolution des pratiques sexuelles par rapport à la connaissance des moyens de prévention du Sida , 3 provinces du Zaïre.
Conférence internationale sur le Sida en Afrique
Dakar 16-19 Décembre 1991 M.A.164.

80. UNICEF.
La situation des enfants dans le monde, 1992.

81. U.R.E.F.
SIDa Infection à VIH , aspect en zone tropicale.
Edition - ELLIPSES/AUPELF; 1989.

82. U.R.E.F.
Infection à VIH , aspect en zone tropical.
Edition - ELLIPSES/AUPELF; 86-240 Iiguge-DL Mai 1989 - Imp C.31404.

83. VITTECOQ D..
Pathologie infectieuse des immuns deprimeurs en pratique quotidienne.
Clinique des maladies infectieuses, service du professeur Modai, Hôpital CLAUDE Bernard.
Cerg sotep Décembre 1983.

84. WILSON D.; WINKELMAN R.; MAVESERE D.; KATBURIER R. .
A community level AIDS prevention program among commercial fishermen in Lake Kariba (Zimbabwe).
Conférence internationale sur le Sida en Afrique.
Dakar 16 - 19 Décembre 1991 W.O.102.

85. YODA G.; OUEDRAOGO CR.; OUEDRAOGO J.; SPILSBURY J. .
Projet pilote d'intervention auprès des groupes à haut risque du Sida à Ouagadougou (Burkina Faso).
Conférence internationale sur le Sida en Afrique
Dakar 16 - 19 Décembre 1991 M.A.154.

SERMENT D'HIPOCRATE

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

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

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui se passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les moeurs, 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.

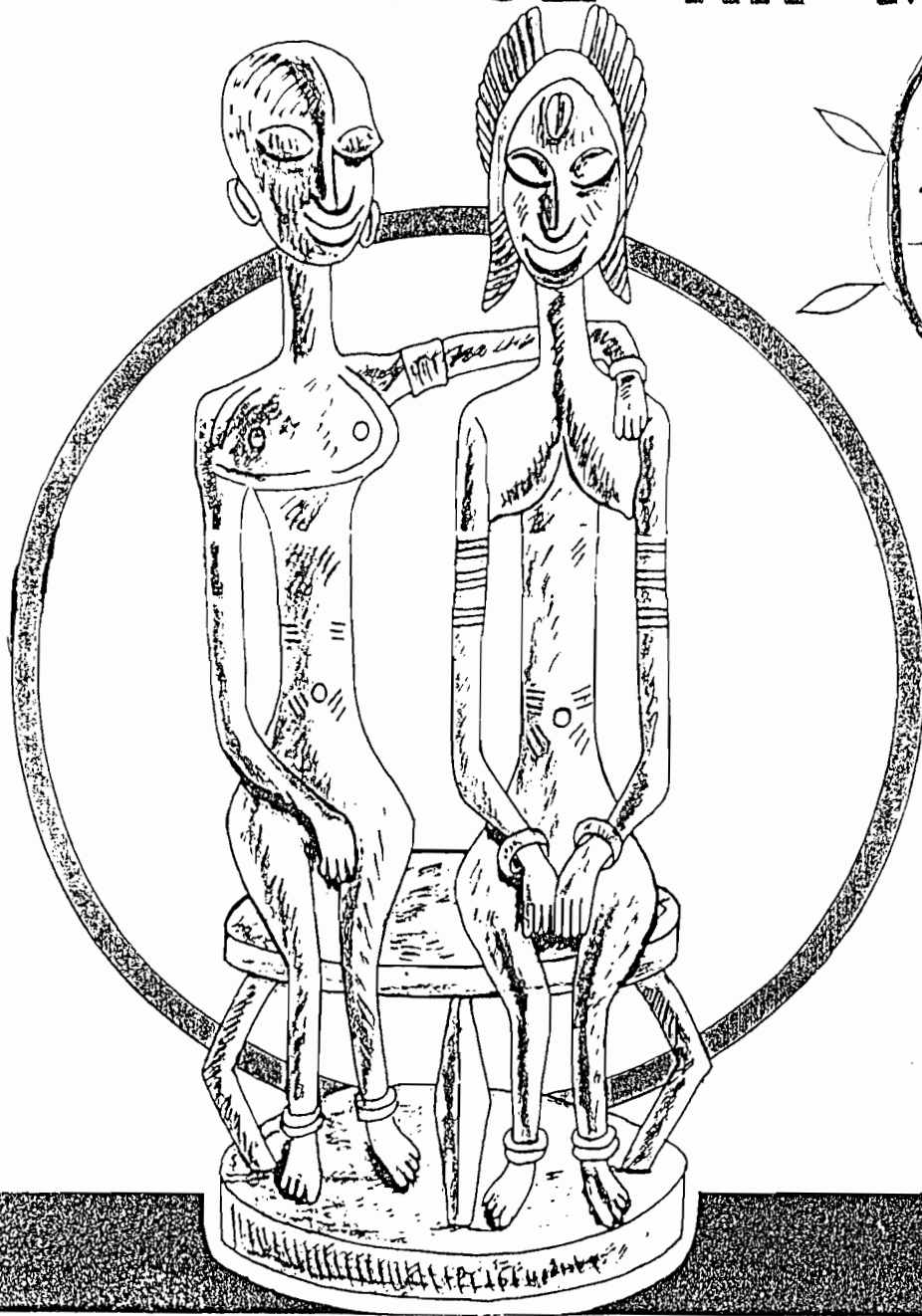
Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si s'y manque.

ANNEXES

Association Santé Communautaire Banconi

ASACOBA

KA BI AN YE DOGOTORO KA KUMA FAMUYA
SIDA TE SE AN MA



NOUS NE CRAIGNONS PAS LE SIDA

QUESTIONNAIRE

CHEZ LES REVENDEURS DE PRESERVATIFS AGREES

- Date..... Secteur
- Date de remise de la carte :
- Etait ce jour :
 - enthousiaste :
 - favorable :
 - défavorable :
 - n'avait pas d'opinion :
 - autres opinions, lesquelles :
 -
- Depuis ce jour, a vendu :
 - fois un préservatif soit
 - fois 4 préservatifs, soit
 - autre, soit
 - Total vendu :
- Aujourd'hui est :
 - enthousiaste
 - favorable
 - défavorable :
 - veut abandonner
 - mais continuer
 - n'a pas toujours d'opinion
 - autres opinions lesquelles
 -
- est allé se reapprovisionner : oui
- non
- Si oui combien de fois
- pourquoi n'est pas allé se reapprovisionner
 - stock non épuisé
 - honte
 - trop loin
 - ne rapporte pas d'argent
 - autres raisons
- stock non épuisé pourquoi
 - méconnu
 - n'est pas aimé
 - autres raisons : lesquelles
 -

9 - Acheteur : - Homme :

- adulte
- adolescent
- enfant

Femme

10 - Est-ce que les clients pensent que les préservatifs
coutent cher :

- oui :
- non :

11 - La vente des préservatifs a :

- augmenté votre clientèle :
- diminué votre clientèle :
- sans changement :
- autres :
-

2 - Opinion - souhait ou recommandations:

.....

.....

.....

**ASSOCIATION SANTE COMMUNAUTAIRE DE BANKONI
ASACOBA**

**PROGRAMME DE LUTTE CONTRE LE SIDA
ET LES MALADIES SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES**

CARTE DE VENDEUR DE PRESERVATIFS AGREE

N°:

Date d'inscription:

Nom: Prénom:

Adresse:

Secteur:

Prix de vente autorisé:	
1 préservatif	25 F
4 préservatifs	50 F

Le vendeur

Le président de l'ASACOBA

RESUME DU THEATRE

_Chere femme n'accordez pas votre confiance à un homme sous prétexte qu'il a baptisé son enfant au nom de ton père, mère en souvenir à ceux-ci

-N'accordez pas votre confiance à un homme parcequ'il dit qu'il va au service.

-Bonjour l'assistance, les Nyogolonden viennent discuter quelque peu avec vous.

-He !, he ! monsieur, méfiez-vous , si non vous allez mourrir bientôt le Sida est là

-Ils racontent : Une fille m'a provoqué dans l'obscurité mais je l'ai refusée car j'ai peur d'attraper le SIDA en ayant des relations avec elle.

D'autres affirment un homme m'a provoqué dans l'obscurité , je l'ai refusé car je crains d'attraper le SIDA en ayant des relations avec lui.

Le mari de Kadia qui est chef de famille , l'appelle étant absente de la famille , son fils Madou lui répond qu'elle est partie vendre du "Degué". Son père lui répond tu est fou . J'ai interdit la vente du "Degué" il y a longtemps, elle se fout de moi , elle me rejoindra ici aujourd'hui.

Aussitôt l'imam fait son entrée dans la famille qui commence habituellement par des salutations. Après les salutations l'imam appelle Madou pour lui envoyer à acheter des Kolas pour eux et lui recommande de revenir avec les pièces.

L'imam dit au chef de famille , mais mon ami le " Degué " de ta femme est bon . Il lui répond , mais toi aussi tu dis ça , donc Kadia se fout de moi. J'ai interdit la vente de "Degué" il y a 4 mois . Si c'est comme ça je risque de la divorcer aujourd'hui. Répond l'imam non il ne faut pas la divorcer , il faut analyser d'abord.

Madou revient et donne la kola.

En remettant les pièces à l'imam les condoms tombent de sa poche, ce qui a profondément indigné l'ami de son père.

Fils de batard que fais tu avec des condoms?

- Madou lui repond, il s'agit du joint de ma moto.

L'imam dit à Madou qu'il ne s'agit pas de joint de moto mais celui de l'homme , et que les condoms sont faits pour la prostitution. Avant on l'utilisait pour espacer les naissances , maintenant on l'utilise pour prévenir le SIDA .

Jeunes gens, dit l'imam à Madou: "Il suffit de ne pas toucher à la femme pour ne pas avoir besoin des condoms."

Mon ami reprend encore l'imam au père de Madou: Cet enfant est à mettre à la porte. Et ce n'est pas tout.

Ta femme est maintenant comme un lit de l'hôpital qui reçoit tous les malades.

Elle est la cavalière de tous les chauffeurs. N'importe quel salaud de la place peut disposer d'elle. Si tu ne prends pas les mesures nécessaires ta famille va sombrer dans une infamie sans précédent, suite aux comportements immoraux de ta femme.

Aussitôt Kadia fait son entrée en famille venant du marché. Ainsi l'imam demande à son ami qu'il rentre pour que celui-ci puisse bien frapper Kadia.

Tiens! mon ami dit l'imam. Je vais devoir partir afin que tu puisses sérieusement chatier Kadia pour les dommages qu'elle cause à la morale de votre famille.

Mais contrairement à l'attente de l'imam aucune sanction ne fut infligée à Kadia.

Fifi une des amies de Madou se présente dans la famille et demande Jonh (sobriquet de Madou)

Le père de Madou lui répond: qu'est-ce que tu dis ma fille?

Je n'ai jamais baptisé un Jonh chez moi et d'ailleurs qu'est-ce qu'une fille cherche avec les hommes.

Tu sors immédiatement de ma maison.

Quelques instants après Toch (ami de Madou) fait son entrée dans la famille. S'apercevant que Fifi n'est pas dans la chambre il part la chercher.

Une fois regroupés, Madou raconte à ses amis que les vieux l'ont surpris en flagrant délit avec les condoms

Son amie Fifi lui répond, je t'ai dit que je n'aime pas les condoms réplique. Nous sommes un ensemble sincère pour quoi tiens-tu encore aux condoms.

L'ami de Toch répond à Fifi. Il faut accepter les condoms car c'est un des moyens le plus sûr pour lutter contre le SIDA.

Fifi répond en disant que le SIDA est venu pour tuer ceux qui doivent mourir naturellement.

L'explication de la fille de Toch était appréciée par tout le monde sauf Fifi qui décide de se séparer de Madou car elle n'aime pas les condoms.

Zantigui un cousin de Madou venu du village ne connaît pas les condoms. Toch lui donna des explications sur le SIDA et le condom. Zantigui répond que les femmes de campagne ne connaissent pas le condom ni le SIDA.

Le vieux commissionne Zantigui pour aller chercher du riz au magasin avec une somme de 7500 fcfa.

Quelques heures plus tard l'annonce est faite à Kadia que Zantigui a été victime d'un accident de la circulation .

Elle s'est rendue immédiatement au chevet de Zantigui à l'hôpital où on découvre qu'elle est séropositive donc on ne peut pas transfuser son sang à Zantigui.

À son retour elle dit à son mari que Zantigui a été victime d'un accident et qu'on a urgemment besoin de sang pour lui transfuser. Le mari à Kadia se rend à l'hôpital avec Madou chez qui on découvre aussi une séropositivité.

L'imam en absence de son ami (mari de Kadia) qui est au chevet de son neveu tient un rapport sexuel avec Kadia.

À son retour le mari de Kadia raconte à son ami l'imam que Kadia est séropositive et que Madou aussi est séropositif. L'imam explique alors au mari de Kadia qu'il est atteint car selon les explications si une femme est atteinte son partenaire est obligatoirement atteint.

Une panique générale , des cris de deuil s'installent dans la famille. Dans cette situation de panique le medecin fait son entrée dans la famille.

Mais malheureusement il s'est trouvé que le medecin lui aussi avait tenu des rapports avec Fifi. L'imam demande au medecin si un seul rapport avec un séropositif est suffisant pour contracter le Sida. Le medecin repond que oui.

Le medecin explique que le SIDA n'a pas de traitement et que la seule chose à faire c'est de se protéger avec des condoms au cours des rapports sexuels. Il leur conseille de ne pas faire des rapports sexuels sans condoms pour éviter la propagation du Sida dans le pays.

L'imam conclut alors qu'il préfère mourrir avec ses virus, que de se soumettre à une soit disante analyse.

ASSOCIATION
SANTÉ COMMUNAUTAIRE
DE
BANKONI

STATUTS

TITRE I : DE LA CREATION

Article 1:

En vue de contribuer à la protection et à l'amélioration de son état de santé, la population du quartier de Bankoni a créé, conformément aux dispositions de l'ordonnance N° 49/PG-RS du 28 Mars 1959, une Association dénommée **Association Santé Communautaire de Bankoni (ASACOBA)**

L'ASACOBA est une association à but non lucratif qui possède la personnalité juridique.

Sa durée est illimitée.

Son siège est à Bamako en République du Mali.

TITRE II : DES BUTS

Article 2:

L'Association Santé Communautaire de Bankoni a pour but:

- de faciliter l'accès des populations du quartier de Bankoni aux soins essentiels, qu'ils soient d'ordre curatif, préventif ou promotif.
- de susciter la participation active et responsable des populations pour protéger et améliorer leur état de santé.

TITRE III : DES OBJECTIFS
ET DES MODALITES D'ACTION

Article 3:

L'ASACOBA réalise ses objectifs en liaison étroite avec les services techniques du Ministère de la Santé Publique et des Affaires Sociales.

Il s'agit plus précisément :

- d'assurer la création puis le fonctionnement d'un Centre de Santé Communautaire, destiné à l'ensemble de la population résidant dans la zone géographique de Bankoni.
- d'assurer la gestion de ce centre afin de garantir l'équilibre de ses comptes, son bon fonctionnement et la qualité de ses services produits.
- de contribuer à la mise en oeuvre de la politique nationale de santé dans ses composantes curatives, préventives et promotives conformément aux directives du Ministère de la Santé Publique et des Affaires Sociales.

Elle intervient plus particulièrement en accord avec les autorités politiques, administratives et techniques (essentiellement du MSP/AS) de la Commune I.

Elle collabore avec tout organisme ou association qui intervient au sein du quartier de Bankoni ou de la Commune I sur des objectifs communs.

TITRE IV : DES MEMBRES

Article 4:

l'ASACOBA se compose de:

- membres d'honneur,
- de membres bienfaiteurs,
- de membres actifs.

Est membre d'honneur de l'ASACOBA toute personne qui aura rendu des services exceptionnels à l'Association.

Est membre bienfaiteur toute personne physique ou morale qui apporte son soutien à l'association.

Est membre actif,toute personne qui adhère aux présents statuts, s'acquie de sa cotisation et participe aux activités de l'Association.

Article 5:

La qualité de membre de l'ASACOBA se perd :

- en fin d'année,par non renouvellement de la carte d'adhésion,
- en cours d'année par démission ou exclusion.

Toute exclusion est d'abord provisoire et ne devient définitive qu'après confirmation par l'Assemblée générale,sur proposition du Bureau Exécutif après audition du membre incriminé.

TITRE V : DES ORGANES

A-L'ASSEMBLEE GENERALE:

Article 6:

L'Assemblée générale est l'instance suprême de l'Association.

Elle définit la politique générale de l'Association.

Elle est convoquée en session ordinaire une fois par an par le Bureau exécutif. Elle peut se réunir en session extraordinaire sur convocation du Bureau exécutif ou à la demande des 2/3 de ses membres actifs.

Article 7:

L'Assemblée générale:

- adopte son ordre du jour sur proposition du Bureau Exécutif,
- approuve le rapport moral et financier du Bureau Exécutif,
- adopte le programme annuel d'activités,
- vote le budget annuel présenté par le Bureau Exécutif,
- fixe le montant des cotisations et la tarification des prestations produites par l'Association,
- fait toute proposition concernant l'organisation,la gestion et le développement des activités de l'association,et charge le Bureau Exécutif de missions diverses,
- décide des modifications des Statuts dans les conditions prévues par l'art. 20,
- élit les membres du Bureau Exécutif,
- prononce les sanctions,

Article 8:

L'Assemblée Générale doit pour délibérer valablement réunir au moins la moitié de ses membres.

Sauf pour les modifications des Statuts, les décisions sont prises à la majorité des membres présents. Chaque membre dispose d'une voix.

Au cas où le quorum ne serait pas atteint après deux convocations consécutives, l'Assemblée Générale pourra délibérer valablement quel que soit le nombre des membres présents.

B-LE BUREAU EXECUTIF:Article 9:

Le Bureau Exécutif comprend des membres élus, des membres de droit et des membres nommés.

Sont élus par l'Assemblée Générale pour trois années renouvelables:

- Un président,
- Un vice-Président,
- Un secrétaire administratif,
- Un secrétaire administratif adjoint,
- Un trésorier,
- Deux commissaires aux comptes,
- Deux représentants par secteur, qui peuvent également occuper les fonctions

ci-dessus.

Sont membres de droit avec voix consultative:

- un représentant de la section UDPM de la Commune I,
- un représentant de la section UNFM de la Commune I,
- un représentant de la section UNJM de la Commune I,
- le Maire de la Commune I
- le Médecin-Chef de la Commune I

Sont membres nommés avec voix consultative toutes personnes qui ont été choisies par les membres élus.

Article 10:

Le Bureau Exécutif exerce les pouvoirs nécessaires au bon fonctionnement de l'Association dans le cadre de la politique définie par l'Assemblée Générale.

Il convoque l'Assemblée Générale et arrête l'ordre de jour de ses travaux.

Il élabore le projet de budget et le programme d'activités de l'Association.

Il crée toute commission qu'il juge nécessaire à la réalisation des objectifs de l'Association.

Il se réunit au moins une fois par trimestre et peut tenir des sessions extraordinaires sur convocation de son président ou à la demande de la majorité simple de ses membres.

Article 11:

Le Président est le représentant légal de l'Association.

Il préside les assemblées générales et les réunions du Bureau Exécutif.

Il veille à l'exécution des décisions arrêtées par l'Assemblée Générale et le Bureau Exécutif.

Il assure la marche quotidienne de l'Association.

Il prend tout contact nécessaire à la promotion de l'Association et à la conduite de ses activités.

Il est l'ordonnateur du budget.

Il signe les conventions et accords conclus par l'Association.

Article 12:

Le vice-président seconde le Président et le remplace en cas d'empêchement ou d'absence.

Article 13:

Le secrétaire administratif tient le secrétariat du Bureau Exécutif et de l'Assemblée Générale.

Il est le secrétaire de toutes les commissions.

Il est le responsable des archives.

Article 14:

Le secrétaire administratif adjoint seconde le secrétaire administratif et le remplace en cas d'absence ou d'empêchement.

Article 15:

Le trésorier est le responsable des fonds.

Il veille à l'acquisition des biens mobiliers et immobiliers de l'Association.

Il procède à l'ouverture de tout compte bancaire ou postal au nom de l'Association, afin d'y déposer toutes sommes à lui remises.

Il tient des registres comptables, prépare l'avant-projet de budget et élabore le projet de rapport financier.

Il prend toutes les dispositions en vue du placement des cartes de membres et du paiement des cotisations.

Article 16:

Les commissaires aux comptes sont chargés de la vérification des comptes de l'association et en font rapport à l'Assemblée Générale.

TITRE VI:DES RESSOURCES

Article 17:

Les ressources de l'Association proviennent:

-de recettes correspondant à l'activité du Centre de Santé, et qui sont entièrement affectées au fonctionnement de ce dernier ;

-des cotisations des membres,

-des subventions des pouvoirs publics,des oeuvres de bienfaisance,d'organismes nationaux ou internationaux,

-des dons et legs.

Article 18:

L'exercice financier commence le 1er janvier et se termine le 31 décembre de chaque année.

Article 19:

Le Bureau Exécutif met à la disposition du Médecin-directeur du Centre de Santé Communautaire de l'Association le budget de fonctionnement courant du Centre et de ses activités, à l'exclusion des salaires. Le médecin-directeur est l'ordonnateur de ce budget.

**TITRE VII: MODIFICATION DES
STATUTS - DISSOLUTION****Article 20:**

Toute proposition de modification des statuts de l'Association doit être notifiée par écrit au Bureau Exécutif au moins 3 mois avant une Assemblée Générale. Le Bureau Exécutif est tenu d'en informer les membres de l'Association au moins 30 jours francs avant l'Assemblée Générale.

Les propositions de modification des statuts sont adoptées par l'Assemblée Générale à la majorité des 2/3 des membres.

Article 21:

La dissolution de l'Association ne peut intervenir que par décision de l'Assemblée Générale à la majorité des 2/3 des membres. Dans ce cas, l'Assemblée Générale détermine la dévolution des biens disponibles.

ASSOCIATION
SANTÉ COMMUNAUTAIRE
DE
BANKONI

**RÈGLEMENT INTÉRIEUR DE
L'ASSOCIATION SANTÉ COMMUNAUTAIRE
DE BANKONI**

TITRE I : DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Article 1:

Le présent règlement intérieur permet:

- de compléter et préciser de façon plus détaillée certaines dispositions des statuts de l'Association Santé Communautaire de Bankoni (ASACOBA)
- de décrire les modalités de fonctionnement et de gestion du Centre de Santé Communautaire.

Article 2:

Le budget annuel de l'Association est voté par l'Assemblée Générale sur proposition du Bureau Exécutif.

Le Président de l'Association en est l'ordonnateur. Cependant l'ensemble du budget de fonctionnement courant du Centre de Santé Communautaire, à l'exception des salaires, est délégué à la seule signature du médecin-directeur du Centre. Les sources correspondantes sont mises à la disposition du médecin-directeur par trimestre, sur présentation par lui des pièces justificatives des dépenses effectuées au cours du trimestre précédent.

Le trésorier de l'Association en est le comptable.

Article 3:

L'exclusion de l'Association est prononcée par l'Assemblée Générale pour toute faute mettant en péril le devenir de l'Association ou pour toute violation manifeste des statuts ou du règlement intérieur de l'Association.

Sont notamment susceptibles de mettre en péril le devenir de l'Association:

- tout acte médical illégal effectué dans le cadre des activités du Centre,
 - toute malhonnêteté (détournement, pot de vin, manipulation de trésorerie...)
- dans la gestion des fonds de l'Association ou dans l'utilisation du système de recouvrement de ses ressources,
- tout acte de violence dans l'enceinte ou à proximité des locaux de l'Association.

Avant toute proposition d'exclusion devant l'Assemblée Générale, le Bureau Exécutif a la possibilité de prononcer à deux reprises un avertissement, le troisième entraînant immédiatement la procédure d'exclusion.

**TITRE II : DU CENTRE DE SANTÉ
COMMUNAUTAIRE DE BANKONI**

Article 4:

Le Centre de Santé Communautaire de Bankoni est la création essentielle de l'ASACOBA.

C'est à travers lui que l'association assure l'essentiel de ses activités.

Article 5:

Le Centre de Santé Communautaire de Bankoni est une formation sanitaire dont le rayon d'action porte sur l'ensemble de la zone géographique du quartier de Bankoni et sur l'ensemble de la population qui l'habite.

Il comprend:

- un local qui, dans un premier temps, fera l'objet d'une location.
- un personnel qui est engagé sous contrat par l'Association.

Article 6-Des activités:

Dans un premier temps, le centre effectue des consultations quotidiennes de médecine générale, destinées à l'ensemble des ressortissants de Bankoni.

Il assurera également:

- . des soins infirmiers, qu'il s'agisse d'injections ou de pansements,
- . le dépistage et le traitement des lépreux et des tuberculeux.

Plus tard, si les services techniques du Ministère de la Santé Publique et des Affaires Sociales en sont d'accord, il pourra être envisagé de lui adjoindre :

- . la conduite d'accouchements normaux,
- . des consultations systématiques entrant dans le cadre des actions de SMI (visites prénatales, visites post-natales, visites des enfants d'âge préscolaire, consultations de planification familiale),
- . la couverture vaccinale des femmes enceintes et des enfants de Bankoni contre les maladies du Programme Elargi de Vaccination du Mali,
- . la conduite d'activités d'éducation sanitaire (éducation nutritionnelle, amélioration de l'hygiène individuelle et collective...).

Article 7-De la Direction:

La direction du Centre de Santé Communautaire est confiée à son médecin-directeur.

Il lui appartient de veiller à ce que le Centre remplisse ses objectifs, conformément aux décisions du Bureau Exécutif ou de l'Assemblée Générale de l'Association.

Il assiste, à titre consultatif, à toutes les réunions du Bureau Exécutif, à l'exception de celles qui statuent sur des problèmes le concernant.

En cas de conflit avec le Bureau Exécutif et en l'absence de tout consensus, le problème sera soumis à une commission des sages de trois membres qui seront nommés d'un commun accord entre les 2 parties.

En l'absence d'accord, une réunion exceptionnelle de l'Assemblée Générale sera invitée à prendre une décision.

Article 8-Ressource :

Le Centre fonctionnera comme une structure ayant une gestion autonome et cherchant à s'autofinancer.

8-1 Ses ressources proviendront :

- de ses recettes propres, qui seront issues :
 - .de la vente de tickets par un caissier, -tickets dont le prix de vente et la durée de validité auront été fixés annuellement par l'Assemblée Générale;
 - .d'allocations contractuelles, qui pourront être versées au Centre en échange de la production de certains services, incombant normalement au budget de l'Etat ou pris en charge par des organismes ou institutions spécialisées.
- de subventions et Ressources de l'ASACOBA.

8-2 Le caissier du Centre aura été désigné parmi des volontaires par le bureau exécutif de l'Association.

Il assurera la vente des tickets, conformément aux décisions de l'Assemblée Générale, déposera les sommes recueillies sur le compte bancaire de l'Association, et remettra au trésorier les recettes résultant de la vente des tickets. À aucun moment le caissier ne devra détenir une somme liquide supérieure à vingt mille francs CFA.

8-3 Toutes les autres ressources seront également versées sur ce compte bancaire.

8-4 L'ordonnancement des dépenses sera fait, conformément au budget voté par l'Assemblée Générale, par le président de l'Association, à l'exception des dépenses de fonctionnement courantes qui seront déléguées au médecin-directeur du Centre.

8-5 L'ensemble des recettes et des dépenses de l'Association feront l'objet d'un enregistrement comptable par le trésorier de l'Association.

8-6 Les chèques devant permettre la sortie de fonds ou le paiement de factures devront porter la double signature du président de l'Association et de son trésorier.

8-7 Les commissaires aux comptes pourront avoir à tout moment accès à la totalité des documents comptables de l'Association.

Article 9-Des ayants droit de l'Association:

Peuvent bénéficier des prestations du Centre de Santé Communautaire toutes les personnes qui s'y rendent pour solliciter ses services.

Elles doivent pour cela s'acquitter d'une contribution financière concrétisée par l'achat d'un ticket et dont le montant est défini chaque année par l'Assemblée Générale, sur proposition du Bureau Exécutif.

Cependant, toute personne habitant Bankoni et disposant d'une carte de membre de l'Association valide pour l'année en cours bénéficiera, ainsi que ses ayants-droit, d'un tarif préférentiel également défini par l'Assemblée Générale.

Sont considérés comme ayants droit:

- le ou les conjoints du titulaire de la carte,
- ses père et mère légitimes,
- ses enfants légitimes.

Le nom de chaque ayant droit doit être inscrit sur la carte de membre de l'ASACOBA.

Fiche signalétique

Titre de la thèse : Etude de l'action d'un centre de santé communautaire dans la lutte contre le SIDA dans un quartier péri-urbain de Bamako.

Auteur: Broulaye Massaoulé Samaké.

Pays d'origine : Mali.

Lieu de dépôt: Bibliothèque de l'école Nationale de Médecine et de Pharmacie.

Secteur d'intérêt: SIDA

Resumé: Devant la situation dramatique du SIDA l'Association santé communautaire de Bankoni ou ASACOPA a entrepris un programme de lutte contre le SIDA au sein de son quartier. Les objectifs de ce programme ont été d'élever le niveau de connaissance sur le Sida et améliorer le taux d'utilisation des préservatifs.

La conduite de ce programme s'est réalisée en quatre temps:

- une première enquête CAP avant la réalisation,
- le suivi de la mise en oeuvre du programme,
- une deuxième enquête CAP au près des hommes ,
- deux enquêtes au près des vendeurs de préservatifs que nous avons agréé

A la fin du projet:

le taux de connaissance du Sida est passé de 92,6 % à 99, 2% ($p = 0,00001$)

Le taux de connaissance des préservatifs est passé de (64% +/- 0,4) à 92 % (+/- 2,1)

Le taux d'utilisation des préservatifs est passé de 17% à 24 %M ($p = 0,005$).

Mots clés: SIDA , Prevention ,Preservatif,santé communautaire.