

MINISTERE DE L'EDUCATION DU MALI

Université du Mali

REPUBLIQUE DU MALI

Un peuple – Un but – Une foi



FACULTE DE MEDECINE DE PHARMACIE ET D'ODONTOSTOMATOLOGIE



Année Universitaire : 2005 – 2006

Thèse N° _____/

TITRE :

***CONNAISSANCES, ATTITUDES ET PRATIQUES
COMPORTEMENTALES
VIS-A-VIS DES MST/VIH/SIDA DES ROUTIERS
DU DISTRICT DE BAMAKO SUR L'AXE
BAMAKO-ABIDJAN-BAMAKO***

THESE :

Présentée et soutenue publiquement le..... 2005 à la Faculté de
Médecine, de Pharmacie et d'Odontostomatologie du Mali
Par

Mr. BERTHE Mamoudou

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine
(DIPLOME D'ETAT)

Jury

PRESIDENT :

Professeur AG RHALY Abdoulaye

MEMBRES :

Docteur CISSE Idrissa Ahmadou

Docteur DIOP Samba

DIRECTEUR DE THESE :

Professeur BOUGOUDOGO Flabou

CO-DIRECTEUR DE THESE:

Docteur DAO Sounkalo

DEDICACES

A Dieu tout puissant, créateur des cieux et de la terre l'alpha et l'oméga, le premier et le dernier, le commencement et la fin ; merci pour la promesse accomplie. Que ton nom soit loué à jamais.

- Je dédie ce travail à mon père Colonel Zanga Berthé, directeur de la justice militaire du Mali, vous qui avez tant souhaité voir ce jour ; vous qui n'avez jamais cessé de me suivre du jour au jour, pas à pas pour me faire aujourd'hui cet homme dont je ne saurai jamais vous en remercier. Votre soutien moral, matériel et financier m'ont marqué à jamais. Homme généreux et honnête vous représentez pour moi l'exemple de la bonté, du respect de l'autre, un homme modèle. Vos bénédictions seront toujours pour moi la lampe, qui illumine la voie devant indiquer le chemin de l'honneur, que Dieu vous garde très longtemps parmi nous et qu'il m'aide à vous satisfaire davantage. Ce travail est le fruit de vos longues années de patiences, d'efforts et de sacrifices pour parfaire notre éducation et notre instruction.
- A mes mamans : Afouchiata Konaté, Nio dite Djeneba Ballo, Oumou Dicko. Grâce aux germes de vie de la mère..., l'air, l'eau et la vie apparurent. « Etre homme, c'est être ensemencé par le trésor fertile des concepts... Voilà qui détermine les relations humaines et elles sont bien ce qu'il y a de plus important sur terre » (Jean-Paul Sartre.)
- A mes frères : Yaya Traoré, Berthé : Moussa, Mohamed, Souaïbou, Hamidou, Souleymane, Lamine, Seydou, Kadiani, Daouda, Maïga Adama.
- A mes sœurs : Berthé : Aïssata, Flamouso.

En témoignage de notre solidarité, notre sympathie et l'esprit de fraternité quotidien les uns pour les autres. Je vous aime tous.

- A mes oncles : Fousseini Berthé et Yacouba Dembélé : vos précieux conseils, votre amour pour moi, ne seront jamais oubliés. Vous m'avez aimé autant que vos propres enfants. Je vous remercie infiniment.
- A mes grand-parents : Souleymane Konaté et sa femme Fatoumata Bengaly.
- A la famille Joseph Keïta : particulièrement Hawa J. Keïta, d'un père modeste, et d'une mère vertueuse. Depuis que j'ai l'honneur et le bonheur de vous approcher, vous m'avez chaque jour comblé de tant de gentillesse et de bienveillance. Acceptez ce modeste travail avec toute ma reconnaissance et considération.
- A feus mes oncles : Siriki Berthé, Seydou Berthé, Daouda Konaté. Vos décès tous, de manière brutale m'ont fait réfléchir. Reposez en paix.
- A feus mes grands parents : Flamoussou Ballo, Natio Ballo, Aminata Ballo. Vous qui avez tant souhaité prononcer vos noms, à penser à vous, je ne cesse de faire couler les larmes, merci pour tout ce que vous avez souffert. Vous avez été arraché à notre affection d'une manière brutale. Ce travail est un hommage à votre mémoire.

REMERCIEMENTS

Nos remerciements vont :

En prélude, à toute la communauté villageoise de Zérélandi, Kléla, Nandoumana, Kadiolo. Recevez ici notre profonde gratitude.

- A mes grands-parents, oncles et tantes, frères, sœurs, cousin (e) s, neveux et nièces dont je tairai les noms, je vous remercie infiniment.
- Au Dr. Djakaridia Koné. Je n'oublierai jamais les conseils et l'assistance combien de foi sages dont j'ai fait toujours l'objet de votre part. Trouver ici l'expression de toute ma gratitude.
- A la famille Colonel Sagafourou Gueye, particulièrement sa femme Hawa Kanté. J'ai bénéficié auprès de vous d'une très grande assistance et de sympathie. Acceptez ce modeste travail avec toute ma reconnaissance et considération.
- Au Dr Awa Samaké et toute sa famille. J'ai été impressionné par tant d'amour, de compréhension et surtout votre respect pour autrui. Trouvez ici l'expression de ma grande et profonde reconnaissance.
- A mes ami (e) s, camarades et sincères collaborateurs : Bamako, Paris, Québec, New York, Wansington, Nouaktoucht, Dakar, et partout ailleurs.
- A : Cheick Papa Oumar Sangaré, Lassana Diabira, Mahamadou Diallo, Oumar Sogoré, Angeline Dacko, Madoussou Sanogo, etc. « De tous les biens que la sagesse nous procure pour le bonheur de toute notre vie celui de l'amitié est de beaucoup le plus grand. » (Épicure, *Maxismes*.)

- A tout le personnel de la Justice Militaire.
- A tout le personnel de l'ASACODJIP.
- A mes aînés du service des maladies infectieuses, pour votre esprit d'ouverture et de collaboration.
- A toute la promotion.
- A nos cadets du service, courages et persévérance.
- A tous nos maîtres du service des maladies infectieuses : Pr Hamar Traoré, Dr Dao Soungalo, Dr Daouda K Minta, Dr Mme Sidibé. La « nourriture » intellectuelle dont nous avons bénéficié sera la clé de notre réussite.
- Au corps enseignant et à l'administration de la FMPOS merci pour l'enseignement de qualité que nous avons reçu.
- A tous les étudiants de la FMPOS, je vous exhorte à plus d'ardeur au travail.

RESUME

INTRODUCTION.....1

OBJECTIFS.....3

I. GENERALITES

1.1. Epidémiologie

1.1.1. Données contextuelles du pays.....4
 1.1.2. Données relatives au VIH/SIDA.....5
 1.1.3. Agents pathogènes – Structures.....6
 1.1.4. Répartition géographique.....8
 1.1.5. Réservoirs de germe.....8
 1.1.6. Voies de contamination.....8
 1.1.7. Facteurs favorisant la contamination.....9

1.2. Physiopathologie

Cycles de réplication.....10
 Lésions morbides.....11

1.3. Aspects cliniques

1.3.1. Clinique.....11
 1.3.2. Diagnostic14

1.4. Troubles psychiatriques au cours du SIDA.....15

1.5. Impacts psychosociaux du VIH/SIDA.....17

1.6. La problématique « Migrant et VIH » : l'approche Maliano-Ivoirienne

1.6.1. Une symbolique migratoire.....19
 1.6.2. La spécificité malienne : importance de la migration au Mali.....20
 1.6.3. Justification de la migration vers la Côte d'Ivoire.....21
 1.6.4. Le transport de transit au Mali : élément clé dans la migration ivoirio-malienne.....23
 1.6.5. Contexte de propagation du VIH/SIDA en Afrique de l'Ouest.....25
 1.6.6. Les couloirs de transmission des IST/VIH/SIDA.....27

1.7. Les déterminants socio-anthropologiques et psychologiques des attitudes pratiques et comportements sexuels à risque liés à la mobilité géographique dans l'explication du VIH/SIDA

1.7.1. Normes de comportements et modes d'expression.....30
 1.7.2. Le contexte de vulnérabilité et de risque au VIH/SIDA...32
 1.7.3. La migration et le complexe construction d'un rapport individuel au risque.....33
 1.7.4. Interventions sociales.....38

1.7.5.	Initiative ouest Africain pour une réponse à l'épidémie du VIH/SIDA.....	39
1.7.6.	Politique malienne en matière de l'éradication de la pandémie.....	40
1.8.	Traitement	44
1.9.	Prévention	46
1.10.	Justification de l'étude	50

2. METHODOLOGIE

2.1.	Cadre et lieu d'étude	52
2.1.1.	Le site de l'étude	
2.1.2.	Choix du site	
2.2.	Type et période d'étude	54
2.2.1.	Critères d'inclusion	
2.2.2.	Critères de non inclusion	
2.3.	Population d'étude	55
2.3.1.	Le choix de la population cible	
2.3.2.	L'échantillonnage	
2.4.	Variables mesurées	57
2.5.	Collecte des données	57
2.5.1.	Les outils d'investigation et de collecte des données.....	58
2.5.2.	Considérations éthiques.....	58
2.5.3.	Difficultés rencontrées sur le terrain.....	58
2.5.4.	Limites de l'étude.....	59
2.6.	Saisie et information des données	59
3.	RESULTATS	60
4.	COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS	76
5.	CONCLUSION	83
	RECOMMANDATIONS	85
	BIBLIOGRAPHIE	86

ANNEXES

INTRODUCTION

INTRODUCTION

Les brassages de population et la multiplication des moyens de transport rapides, ont, en quelques années, fait du sida une maladie pandémique. Dire que le sida se propage au rythme accéléré des déplacements humains est donc une évidence. Dans plusieurs pays en développement, les régions qui signalent un taux plus élevé de mobilité saisonnière ou à long terme présentent aussi des taux élevés d'infection à VIH. Cela est particulièrement évident le long des voies de transport et dans les régions frontalières. [24]

Au départ, les citadins et ruraux établis le long des principaux axes routiers étaient les premiers affectés. Actuellement, les centres urbains et de commerce affichent une prévalence nettement plus élevée que les zones rurales. Les bouleversements politiques, sociaux et démographiques majeurs, qui ont secoués l'Afrique noire en cette fin de millénaire, ont provoqué de grands déplacements des populations, des vagues successives de migration et une urbanisation rapide et incontrôlée. Les conséquences des troubles politiques et civils et les déplacements de population qu'ils entraînent ont provoqué une augmentation de la propagation du VIH. Certains auteurs avancent que cette mobilité de population, en plus de véhiculer la maladie, participe, notamment en Afrique, à un processus de déstructuration économique, culturelle et familiale qui favorise la rupture avec les comportements sexuels traditionnels et donc la prolifération de la maladie¹. [24]

En Afrique subsaharienne où la propagation du sida se fait principalement par voie hétérosexuelle ² [27], il est notamment postulé que la personne mobile est tour à tour un individu soumis au risque de contracter le VIH, et un porteur de la maladie susceptible de la diffuser dans les populations rencontrées. [24]

¹ **Hunt, C.** (1989) : "Migrant Labour and Sexually Transmitted Diseases : AIDS in Africa", *Journal of Health and Social Behavior*, Vol. 30, No. 4:353-373. Cité par **Lalou (R.), Piche (V.)**, 1994 - Migration et sida en Afrique de l'ouest : un état des connaissances. Les dossiers du CEPED n° 28, CEPED, Paris, 53 p.

² **Chirwa, W. C.** (1997): Migrant labour, sexual networking and multi-partnered sex in Malawi, *Health Transition Review*, Vol. 7 (Supplement 3), pp. 5-15. Cité par **Lalou (R.), Piche (V.)**, 1994 - Migration et sida en Afrique de l'ouest : un état des connaissances. Les dossiers du CEPED n° 28, CEPED, Paris, 53 p.

Le Mali est une porte de sortie vers des pays plus touchés ou à risque de la pandémie VIH (Nigeria, Ghana, Côte d'ivoire, Bénin, Togo, Gambie) et un pays carrefour, un passage des migrants vers le nord du Sahara, un grand axe routier traversant la sous-région. Avec un taux national de 10,4% et un taux de 43,9% pour le district de Bamako, ces migrations favorisent l'expansion des bidonvilles et aggravent la promiscuité et la précarité des conditions d'existence... qui conduit souvent à des comportements de survie... Ce constat désormais classique dissimule, en dépit de sa simplicité, une relation entre la migration et le sida à la fois complexe et méconnue. [24]

Le cas des routiers du district de Bamako pratiquant l'axe Bamako-Abidjan-Bamako constitue ainsi une belle opportunité de prendre en compte toutes ces particularités et de tester ainsi un modèle théorique qui a le mérite d'intégrer plusieurs types de caractéristiques dans un schéma conceptuel.

OBJECTIFS

OBJECTIFS

OBJECTIF GENERAL

L'objectif général est de mesurer les tendances des comportements des populations cibles vis-à-vis du VIH/SIDA et des MST.

OBJECTIFS SPECIFIQUES

1. Déterminer la proportion des travailleurs routiers connaissant les modes de transmission et de protection contre les MST/VIH/SIDA,
2. Déterminer les attitudes vis-à-vis des MST/VIH/SIDA des travailleurs routiers,
3. Déterminer la proportion des travailleurs routiers acceptant se soumettre au test de dépistage du VIH/SIDA,
4. Déterminer la perception du risque VIH/SIDA des travailleurs routiers,
5. Déterminer les comportements sexuels des travailleurs routiers.

GENERALITES

I. GENERALITES

1.1. EPIDEMIOLOGIE :

1.1.1. Données contextuelles du pays

Situé en Afrique de l'Ouest en plein Sahel, le Mali est un vaste pays continental qui couvre une superficie d'environ 1 241 238 km². Il est entouré par 7 pays avec lesquels il partage 7 200 Km de frontière et dont deux sont à haute prévalence pour le VIH/SIDA, la Côte d'Ivoire au Sud et le Burkina Faso au Sud-est. Les autres pays frontaliers sont l'Algérie au Nord, le Niger à l'Est, la Guinée au Sud, la Mauritanie et le Sénégal à l'Ouest.

Cette situation carrefour fait du Mali un espace de forte migration. De plus, cette grande mobilité de la population est identifiée comme facteur de propagation de l'épidémie au Mali. Ainsi, l'analyse de la situation, fait ressortir les déterminants majeurs... qui sont des déterminants comportementaux (multi partenariat sexuel, rapports sexuels occasionnels et rapports sexuels non protégés, etc.), des facteurs médico-sanitaires (présence d'une IST, ignorance du statut sérologique en matière de VIH/SIDA), des facteurs socioculturels (mariage précoce, perte des normes sociales, faible statut dans la société, lévirat et sororat, excision), des facteurs socio-économiques (précarité, chômage, pauvreté) et des facteurs politiques (insuffisance du cadre juridique concernant le VIH/SIDA). [29]

La situation sanitaire de la population malienne est le reflet du niveau de développement socio-économique. Les taux de mortalité et de morbidité sont élevés à comparer avec d'autres pays de la sous région. Cette situation est due entre autres à : (i) une insuffisance de la couverture sanitaire (63% de la population réside à moins de 15 km d'un centre de santé) ; (ii) une insuffisance de la participation de la communauté de base à l'action sanitaire ; (iii) la persistance de certaines coutumes et de traditions souvent néfastes pour la santé ; (iv) un faible niveau d'alphabétisation, d'instruction et d'information de la population etc. [4]

1.1.2. Données relatives au VIH/SIDA

Plus de vingt ans après, le premier cas de SIDA décrit aux Etats-Unis, la situation reste dramatique dans les pays en voies de développement. En fin 2003, on estimait près de 30 à 46 millions d'Adultes et d'enfants vivant avec le VIH/SIDA dans le monde; 5 millions, dont 700 000 enfants infectées ; 3 millions de décès, dont 250 000 enfants. L'Afrique Subsaharienne, où il existe des variations importantes de prévalence, demeure la plus touchée avec 26 600 000 personnes vivant avec le VIH/SIDA (66%) ; 2 200 000 décès (plus de 75%) ; 3 200 000 nouveaux cas (64%). [32]

En effet, le Mali se range parmi les pays de la sous région dont le taux de séroprévalence du SIDA reste encore bas. Ce taux dans la population adulte (15 à 47 ans) est estimé à 1,7% selon les résultats de la dernière Enquête Démographique et de Santé³, dont 2% chez les femmes et 1,3% chez les hommes. Le nombre d'adultes vivant avec le VIH en 2001 est de 104 000⁴. Cependant, des variations non négligeables existent par région, par tranche d'âge et par catégorie professionnelle. Ainsi, Bamako est la région la plus infectée avec un taux de 2,5%, suivi de Ségou, Kayes et Koulikoro, avec respectivement 2,0% et 1,9%. Les régions de Gao et Tombouctou paraissent les moins touchées avec moins de 1% de prévalence. La tranche d'âge de 25-39 ans est la plus touchée (entre 2,1% et 3,4%). Le faible taux de prévalence au niveau national masque aussi un taux d'infection élevé au sein de certains groupes vulnérables. A titre d'illustration, une étude comportementale et de séroprévalence du VIH (CDC/INRSP/PNLS) conduite en août 2002 révèle les taux de prévalence suivants : 29,7% chez les professionnelles du sexe, 6,7% chez les vendeuses ambulantes, 5,7% chez les apprentis chauffeurs, 4,1% chez les camionneurs et 1,7% chez les aides ménagères.

Actuellement, le Mali se trouve en phase d'épidémie VIH concentrée, d'où l'importance opérationnelle en terme de riposte, d'une bonne identification, de suivi et de caractérisation des groupes vulnérables. En effet, il ressort des projections établies en janvier 2002 par le Bureau de coordination du PNLS que le taux de séroprévalence du VIH dans la population générale pourrait atteindre 6% des adultes

³ Enquête Démographique de la Santé (III), 2001. Cité dans Ministère de la Santé. Janvier 2001. *Plan Stratégique National de Lutte Contre le VIH/SIDA 2001-2005*. Bamako : Graphic Industrie, 55 pages.

⁴ République du Mali. Novembre 2001. *Bienvenue au modèle AIM Mali*. Bamako : PNLS. 70 pages. Cité dans Ministère de la Santé. Janvier 2001. *Plan Stratégique National de Lutte Contre le VIH/SIDA 2001-2005*. Bamako : Graphic Industrie, 55 pages.

en 2010, en cas de non maîtrise de l'épidémie, soit près de 500 000 personnes porteuses du VIH. Ceci entraînerait une occupation du quart des lits d'hôpitaux du pays. Les taux de séroprévalence produits par les sites sentinelles en 2002 étaient de 3,3% dans les centres de consultations prénatales visités avec une fourchette entre 2,0% et 5% (PNLS/CDC 2003). Les perspectives au niveau des groupes vulnérables sont encore plus alarmantes. Une telle évolution aurait de graves répercussions démographiques, sociales et économiques et hypothéquant l'avenir du pays, si des solutions adéquates n'étaient envisagées pour enrayer la pandémie. [29]

1.1.3. Agent pathogène – Structure

Le virus d'immunodéficience humaine (VIH) est un virus à ARN faisant partie du sous-groupe des lentivirus [14]. Il est composé d'un noyau contenant un matériel génétique (que l'on peut considérer comme le cerveau du virus), des enzymes virales, des protéines... Contrairement à une cellule, le VIH ne peut pas se reproduire à l'état libre, il a besoin d'une cellule hôte. Son apparence est celle d'une petite sphère d'environ 1/10 000^e de millimètre, soit 10 000 fois plus petit qu'une cellule. Le matériel biologique composé d'ARN pour le VIH et d'ADN pour les cellules, conditionne l'activité biologique de la cellule ou du virus (son développement, sa reproduction...). [2]

Une des caractéristiques essentielle des VIH est leur très grande diversité génétique. Actuellement, on distingue deux types viraux majeurs, les VIH-1 et VIH-2, résultats de deux transmissions zoonotiques différentes, à partir de chimpanzés pour le VIH-1 et de *sootymangabey* pour le VIH-2. Plus de vingt autres virus simiens ont été caractérisés, certaines sont susceptibles d'être transmis à l'homme. [34] Chacun de ces groupes est lui-même subdivisé en groupes contenant une multitude de virus différents. VIH-1 et VIH-2 se ressemblent en apparence mais il y a plus de 50% de différence entre leurs matériels génétiques. Cette différence est de 5 à 10% entre des virus d'un même sous-type. [2]

Malgré sa grande variabilité génétique, on retrouve sur la molécule d'ARN trois gènes principaux communs à tous les autres rétrovirus [13] :

- Le gène gag (responsable de la synthèse des protéines de capsid et de core).
- Le gène pol. (Pour la transcriptase inverse, l'intégrase et la protéase virale)
- Le gène env. (pour les protéines de l'enveloppe).

De plus, les virus évoluent dans l'organisme car la transcriptase inverse fait des erreurs lors de la copie de l'ARN, ce qui cause des mutations. Ainsi, deux personnes contaminées par les mêmes virus, au bout de quelques mois, ont dans leur sang des virus différents entre eux, et différents des virus qui les ont infectés à l'origine. Une même personne peut donc être porteuse de différents sous-types de virus (co-infection). Les virus ne se multiplient pas tous à la même vitesse et de la même façon, n'ont pas la même virulence, ne s'attaquent pas aux mêmes cibles. C'est pourquoi, par exemple, deux personnes séropositives doivent continuer à se protéger entre elles afin d'éviter les phénomènes de surcontaminations (que ce soit par voie sexuelle ou voie sanguine, etc.), en effet, la multiplication des types de virus et des mutations diminue gravement l'efficacité des traitements, et l'irruption dans l'organisme de nouveaux virus excite le système immunitaire, augmentant l'activité des cellules infectées et donc la multiplication du virus. [2]

1.1.4. Répartition géographique

La localisation des différents virus évolue car ils sont transportés par les hommes [2]
Le VIH-1 est très largement répandu à travers le monde (Europe, Amérique, Asie, Afrique) et le VIH-2 a une diffusion beaucoup plus limitée (Afrique de l'Ouest).

1.1.5. Réservoir de germes

Le virus est présent dans les liquides biologiques de l'organisme des personnes atteintes [2]:

- Chez tous : dans le sang
- Chez l'homme : dans le sperme, le liquide séminal (qui s'écoule au début de l'érection)
- Chez la femme : dans les sécrétions vaginales, le lait.

Le virus peut se transmettre par ces liquides. Cependant, il faut qu'il y ait une quantité et une concentration de virus importantes pour qu'il y ait contamination.

Ne sont pas contaminants : la salive, la sueur, les larmes, l'urine.....car le virus est présent en quantité trop faible. Il n'y a donc aucun risque de transmission dans les activités de la vie quotidienne : embrasser, serrer la main, partager des objets (verre, vaisselle...) et dans les lieux publics (piscine, toilette...).

1.1.6. Voies de contamination [13]

1.1.6.1. Transmission sexuelle:

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

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

1.1.6.2. Transmission par le sang et ses dérivés :

Malgré le dépistage obligatoire depuis 1985, le risque de transmission lors de transfusion de produits sanguins reste de 1 pour 600 000 unités (période de

séroconversion muette). Le partage de matériel d'injection contaminé par du sang chez les toxicomanes ainsi que l'utilisation de matériel non stériliser sont responsables de transmission virale.

1.1.6.3. Transmission mère-enfant :

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

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

1.1.7. Facteurs favorisant la contamination [13]

Le facteur déterminant du risque de transmission est la charge virale du produit biologique contaminant, celle-ci étant corrélée au stade de la maladie VIH chez le sujet contaminant.

1.2. PHYSIOPATHOLOGIE :

1.2.1. Cycle de réplication

Les cellules cibles du virus sont les cellules porteuses à leur surface de la molécule CD4, ayant une haute affinité avec la glycoprotéine d'enveloppe du VIH, la

gp120, on retrouve parmi elles les lymphocytes T CD4+, les monocytes-macrophages, les cellules folliculaires dendritiques, les cellules de Langerhans cutanées et les cellules microgliales cérébrales. [13]

Le cycle de réplication du virus dans ces cellules se déroule de la façon suivante :

L'enveloppe du virus se fixe à la surface d'une cellule sur une protéine, récepteur CD4, de la membrane cellulaire qui lui sert de porte d'entrée. Une fois dans la cellule, le virus perd son enveloppe, libérant ainsi son noyau. Une enzyme virale, la transcriptase inverse (reverse transcriptase en Anglais, d'où le nom de ``retro-virus'' employé pour les virus qui utilisent cette enzyme) permet à l'ARN du virus de se transformer en ADN et ainsi d'intégrer le noyau de la cellule, lui aussi formé d'ADN. Le noyau de la cellule considère désormais le matériel génétique du virus comme le sien et son activité biologique va être détournée au profit du virus. La cellule va donc se mettre à synthétiser en priorité de nouveaux ARN viraux et des protéines virales qui permettront la formation de nouveaux virus. Pour que les virus soient créés, une autre enzyme, la protéase, découpe les protéines virales synthétisées par la cellule. La cellule meurt et les nouveaux virus créés se répandent dans l'organisme pour aller infecter d'autres cellules, et ainsi de suite. Les traitements actuels utilisent des médicaments (les antiviraux) qui agissent sur l'activité de ces deux enzymes, essayent de ralentir, voire d'empêcher la réplication dans les cellules. [2]

1.2.2. Lésions morbides

Le profil du sida s'est considérablement modifié dès 1996 dans les pays industrialisés après la mise à disposition de traitements ARV actifs. Mais, le sida s'exprime toujours dans les pays en voie de développement, en l'absence d'ARV, essentiellement par des affections opportunistes ; infections et/ou tumeurs, dans un

contexte d'atteinte de l'état général où deux symptômes dominent : la fièvre et l'amaigrissement. On considère comme malades les sujets infectés par le VIH dont le taux de CD4 est inférieur à 200/mm³. En pratique, la survie dans les pays en voie de développement n'est pas obligatoirement corrélée au taux des CD4, la mortalité précoce par tuberculose modifiant l'histoire naturelle du sida. [32]

1.3. ASPECTS CLINIQUES :

1.3.1. Clinique :

1.3.1.1. Primo-infection [13]:

La primo-infection s'accompagne dans 50 à 80% de symptômes survenant entre 1 et 8 semaines après la contamination et disparaissent spontanément en quelques semaines : fièvre, adénopathies, douleurs musculaires, arthralgies, rash cutané, ulcérations buccales ou génitales, manifestations neurologiques aiguës (méningite, encéphalite, paralysie faciale, myélopathie, neuropathie périphérique).

On observe également une leucopénie puis un syndrome mononucléosique et une augmentation modérée des transaminases (dans 50% des cas).

1.3.1.2. Phase asymptomatique [13]:

Phase d'infection chronique « cliniquement latente » mais « biologiquement active » avec réplication virale constante.

On retrouve dans la moitié des cas un syndrome nommé « lymphadénopathie généralisée persistante » se présentant sous forme d'adénopathies en général symétriques situées le plus fréquemment dans les régions cervicales, axillaires, sous-maxillaires ou occipitales.

Spontanément, la diminution des lymphocytes CD4 est de 30 à 100 cellules CD4/mm³ par an en moyenne, conduisant au SIDA en 10 ans, mais avec des variations individuelles possibles, progressions rapides avec une entrée au stade SIDA en 2 à 3 ans et non progressions rapides à long terme avec une phase asymptomatique supérieure à 10 ans.

1.3.1.3. Formes symptomatiques dites mineures de l'infection à VIH [13]:

- *Manifestations cutanées ou muqueuses :*

Principalement infections d'origine fongique ou virale, dont l'apparition sans facteur favorisante connu, nécessite la recherche d'une infection VIH : dermatite séborrhéique de la face, du cuir chevelu plus rarement du torse, prurigo d'évolution chronique ou récidivante, folliculites, zona, verrues, condylomes, molluscum contagiosum, candidose buccale ou génitale, leucoplasie buccale des bords latéraux de la langue (due à l'Epstein Barr Virus).

- *Manifestations hématologiques :*

Ce sont habituellement thrombopénie, anémie et leucopénie en général asymptomatiques.

- *Symptômes constitutionnels :*

Ils témoignent d'une progression de l'infection virale (CD4<200 et charge virale élevée). On retrouve: une altération de l'état général, une fièvre modérée mais

persistante, des sueurs nocturnes abondantes, une perte de poids >10%, une diarrhée se prolongeant au-delà d'un mois.

1.3.1.4. SIDA [13]:

Le syndrome d'immunodépression Acquis est le stade évolué de l'infection à VIH, défini par la survenue de manifestations infectieuses opportunistes ou tumorales liées à la déplétion profonde de l'immunité cellulaire.

La plupart des infections opportunistes dont la survenue caractérise le stade SIDA surviennent lorsque les lymphocytes CD4 sont inférieurs à 200/mm³.

- *Les infections opportunistes* [32]

Les infections opportunistes sont pour la plupart communes à tous les pays en voie de développement, certaines étant spécifiques à certaines régions tropicales. Le manque de moyens diagnostiques (scanner par exemple) explique la rareté, voir l'absence de certaines d'entre elles.

Au total, candidose, tuberculose, salmonelloses, cryptococcose sont les infections opportunistes en Afrique sub saharienne. Leur fréquence respective varie selon les zones géographiques.

- *Les atteintes tumorales* [32]

Le sarcome de Kaposi, en pratique la seule néoplasie retrouvée en Afrique, est de type épidémique, lié à l'*Human Herpes virus* de type 8 (HHV 8), caractérisé par des lésions cutanées étendues et disséminées, des lésions muqueuses et viscérales, mais qui peut aussi se présenter sous une forme localisée peu extensive. Le diagnostic est histologique avec une double prolifération cellulaire, cellules fusiformes groupées en faisceaux et formations vasculaires.

Quand aux lymphomes de type B, ils sont liés au virus *Epstein-Barr* (EBV). Le lymphome de Burkitt (LB) est rarement rapporté. Il a une présentation similaire au LB sporadique, localisé fréquemment à l'abdomen et très rarement au niveau des mâchoires et des parois orbitaires.

Une prolifération d'origine vasculaire, l'angiomatose bacillaire, est associée chez les malades sidéens à la présence d'une bactérie, *Bartonella henselae*, visualisée à la coloration argentique de Whartin Starry. Elle a été rarement décrite en Afrique. Elle doit être évoquée devant des lésions évocatrices de sarcome de Kaposi.

1.3.2. **Diagnostic :**

1.3.2.1. Tests diagnostiques sérologiques [13]:

- La méthode immuno-enzymatique (ELISA), dépiste la présence d'anticorps sériques spécifique.
- Le Western blot, met en évidence les anticorps dirigés contre différentes protéines du VIH, il est considéré comme positif en la présence d'au moins un anticorps dirigé contre une protéine interne virale (anti p24) et contre une protéine d'enveloppe (anti gp24, anti gp120 ou anti gp160).

Le test ELISA est effectué en première intention (2 types de tests ELISA doivent être légalement effectués sur 2 prélèvements différents) et en cas de positivité, le diagnostic d'infection doit être confirmé par un test en Western blot.

En cas de primo-infection ou de situation à risque dûment datée, on peut détecter le virus pendant la phase sérologiquement muette, soit par la recherche d'ARN viral plasmatique (positive au 10^{ème} jour de la contamination) soit par l'antigénémie p24 (positive entre le 12^{ème} et 26^{ème} jour).

1.3.2.2. Biologie [13]:

- *Bilan initial* :

Le bilan initial d'un patient séropositif pour le VIH doit comporter les examens suivants:

- NFS-plaquettes, transaminases,
- Charge virale plasmatique (ARN VIH), taux des lymphocytes CD4 et Cd8,
- Sérologies VHB, VHC, syphilis, toxoplasmose, CMV,
- IDR à la tuberculine, radiographie du thorax.

- *Suivi* :

Le suivi est réalisé tous les 3 à 6 mois en l'absence de traitement rétroviral (tous les 4 à 6 mois si $CD4 > 500$ et tous les 3 mois si $CD4$ entre 200 et 400) et tous les 3 mois en cas de traitement antirétroviral : NFS-plaquettes, CD4 et CD8, ARN-VIH, transaminases et selon le traitement : glycémie, lipase, triglycémie, cholestérol.

Avec de plus, les sérologies selon les résultats du bilan initial.

1.4. **TROUBLES PSYCHIATRIQUES AU COURS DU SIDA [30] :**

L'importance des perturbations neuropsychiatriques au cours du SIDA remarquée dès le début de la maladie, est liée à leur fréquence élevée et à leur retentissement sur la prise en charge du malade.

Les troubles du comportement, les tentatives de suicide, les syndromes anxio-dépressifs, psychotiques et confusionnels, les troubles cognitifs chroniques constituent les manifestations habituellement observées : elles peuvent être isolées, mais sont le plus souvent intriquées dans des tableaux psychiatriques complexes. Leur survenue peut être précoce, parfois inaugurale de la maladie, ou plus habituellement contemporaine des atteintes cérébrales organiques, notamment dans les phases terminales. Leurs mécanismes physiopathologiques sont multiples et intriqués ; ils associent, d'une part, des facteurs psychologiques liés à la personnalité

antérieure des patients et aux difficultés d'adaptation aux vicissitudes de la maladie, et d'autre part des facteurs organiques ; ceux-ci sont dominés par les attentes cérébrales, de nature tumorale, infectieuse ou parasitaire, et donc la plupart peuvent être révélées par des troubles psychiques sans spécificité clinique particulière.

Les troubles neuropsychiatriques aggravent considérablement les souffrances des malades : leur retentissement sur l'évolution de la maladie est encore inconnu, quoique probablement péjoratif. En revanche, leur retentissement sur la prise en charge des malades est notoire : ils consomment une part importante des ressources humaines hospitalières. Les équipes soignantes sont intensément mobilisées, non seulement sur un plan matériel, mais aussi psychologique et affectif, par ces malades jeunes qui suscitent davantage de sollicitude et de compassion.

Les capacités d'adaptation à la maladie sont largement dépendantes de la qualité de l'environnement social : la pression psychologique des média, la défaillance des supports sociaux et affectifs habituels, la précarité de la situation matérielle ou le manque de disponibilité des équipes médico-sociales sont autant de facteurs majorant les risques psychopathologiques. Ils viennent s'ajouter aux atteintes cérébrales organiques et aux facteurs de vulnérabilité psychique propres aux toxicomanes, homosexuels ou sujet âgés.

L'évaluation du risque psychopathologique et la recherche d'une manifestation neurologique occulte font partie du bilan diagnostique systématique de tout patient atteint de SIDA et peuvent aboutir à l'indication d'une prise en charge psychiatrique précoce.

1.5. IMPACTS PSYCHOSOCIAUX DU VIH/SIDA :

Nouvelle, l'infection par le VIH l'est par bien des aspects. Elle présente en particulier le problème d'une infection virale, strictement asymptomatique, chez des

personnes en bonne santé. Pourtant elle est déjà menaçante pour l'individu lui-même dans son avenir plus ou moins proche et pour son entourage le plus intime par sa transmissibilité sexuelle et sanguine. Famille et soignants sont ainsi impliqués dans leur relation et leur intervention auprès d'un sujet non malade ; ou dans l'accompagnement d'un patient aux pathologies très lourdes. C'est dans la maladie mortelle que se font souvent les retrouvailles. A travers les modes de transmission privilégiés du virus, c'est une population inhabituelle à laquelle est confronté le monde soignant. Les adaptations et les découvertes personnelles sont parfois lourdes à gérer. Plus sans doute que pour toute autre pathologie, le travail en équipe, les groupes de réflexion et l'aide psycho dynamique des divers acteurs sont souhaitables. [30]

Au Mali, les ateliers sur le VIH et le développement ont traité des impacts actuels et futurs de l'épidémie de VIH/SIDA en utilisant les outils proposés par le PNUD/Projet régional sur le VIH et le Développement initialement basé à Dakar au Sénégal et transféré à Pretoria en Afrique du Sud : « le centre de l'analyse » et « l'analyse des impacts croisés ». [29]

L'impact sur le bien-être des personnes infectées par le VIH est le premier impact de l'épidémie et le plus perceptible. C'est une dégradation de l'équilibre psychologique, longtemps avant la dégradation de la santé physique. L'absence de traitement curatif et les incertitudes de l'avenir, la menace sur la famille et le silence que l'on s'impose, la stigmatisation et l'exclusion dont on peut faire l'objet pèsent toujours trop lourd. Le poids de l'impact du nombre de cas de SIDA notifié (environ 6000 en fin 1999), est reflété par l'augmentation de la charge de travail dans le secteur de la santé. [29]

Le rapport de l'ONUSIDA publié en juin 2000 donne le chiffre cumulé de 45 000 orphelins au Mali en fin 1999. Le poids de l'impact social en terme de personnes affectées se fait effectivement sentir sur les familles et sur la communauté. [29]

Les nombreux décès par SIDA induisent un *impact démographique*. Dans son rapport 1999, l'ONUSIDA prévoit une baisse de l'espérance de vie à la naissance de 59 ans à 45 ans en l'an 2005 si la tendance évolutive actuelle de l'épidémie, en Afrique, se maintient. Ce qui remettrait en question les acquis des programmes de santé tel que le programme élargi de vaccination (PEV) qui, au Mali, a enregistré des résultats appréciables. [29]

Le SIDA risque d'entraîner de graves conséquences économiques dans la plupart des pays africains. Il se distingue d'autres maladies car il frappe les gens dans leurs années les plus productives et il est mortel dans la quasi-totalité des cas. Les conséquences varient d'un pays à un autre en fonction de la gravité de l'épidémie du SIDA et de la structure des économies nationales. Le Mali se classe au quatrième rang des pays les plus pauvres au monde et il n'existe que peu de ressources pour faire face au fardeau supplémentaire que représente le VIH/SIDA. [29] Cependant, quand on sait que l'épidémie de VIH/SIDA touche essentiellement la tranche d'âge 15-49 ans qui constitue la force vive et productive du pays..., l'on peut émettre l'hypothèse de l'existence d'un impact macro-économique et sectoriel non négligeable de l'épidémie. Cette hypothèse reste à vérifier par les recherches. [26]

D'une manière générale, l'impact macro-économique et sectoriel de l'épidémie de VIH/SIDA ruine les acquis du développement, diminue la productivité dans le travail en général et au niveau des entreprises en particulier. Il grève les budgets des entreprises et autres institutions sociales à travers les lourdes charges induites par la prise en charge des malades du SIDA. De même, il crée des charges financières liées au recrutement et à la formation des personnels nouveaux en remplacement des cadres et personnels techniques qualifiés décédés ou malades du SIDA. Cette situation est une réalité vécue au Mali, mais encore peu documentée. [26]

1.6. LA PROBLEMATIQUE « MIGRANT ET VIH » : L'APPROCHE MALIANO-IVOIRIENNE :

1.6.1. Une symbolique migratoire :

Les migrations sont aujourd'hui la manifestation d'un processus de changement socio-économique très rapide des populations africaines. En tant que composante de la dynamique démographique, la migration se caractérise par sa sélectivité, laquelle produit un impact sur le changement social à travers ses effets sur la structure, la composition et les régimes démographiques. Bien plus, dans le contexte de la pandémie du Sida, la migration constitue un facteur probable de propagation rapide.

Les migrants internationaux en Afrique subsaharienne sont estimés à près de 35 millions à la fin des années 1980 sur un effectif total de 80 millions pour l'ensemble du monde, soit environ 44%⁵. L'Afrique de l'Ouest est une des régions de l'Afrique subsaharienne qui compte la plus forte concentration de populations migrantes. Sur près de 5 millions de migrants intra-africains, plus du tiers résident en Afrique de l'Ouest, avec une forte proportion de migrants sahéliens⁶.

Deux facteurs peuvent expliquer l'importance du fait migratoire ouest-africain : sa profondeur historique et les opportunités économiques qu'offre la sous-région : un ensemble économique favorisant les échanges de biens et de services et la mobilité des personnes.

Historiquement, les études ont mis en évidence l'expansion des maladies infectieuses par le biais de la mobilité suivant deux hypothèses principales.

La première considère la mobilité comme un facteur important qui, en mettant en rapport les peuples, favorise la transmission des maladies. La seconde considère la mobilité comme moteur de croissance des zones urbaines où la densité et la promiscuité favorisent l'expansion des épidémies.

⁵ **Stalker P.** 1995 Les travailleurs immigrés: étude des migrations internationales de main d'oeuvre, Genève, BIT. Dans CILSS – *INSTITUT DU SAHEL* – PROGRAMME MAJEUR POPULATION/DEVELOPPEMENT (CERPOD). Mobilité et VIH/Sida en Afrique de l'Ouest : au-delà de la relation théorique Communication présentée à l'atelier CICRED/UNDP sur Mobilité et VIH/Sida, Paris 1-3 septembre 2004.

⁶ **Sally F. et al.** 1995 Emigration from the Sahel, in International Migration, Special Issue, Quarterly review, vol. XXXIII ¾, OIM, Bellagio, Italy. Dans CILSS – *INSTITUT DU SAHEL* – PROGRAMME MAJEUR POPULATION/DEVELOPPEMENT (CERPOD). Mobilité et VIH/Sida en Afrique de l'Ouest : au-delà de la relation théorique Communication présentée à l'atelier CICRED/UNDP sur Mobilité et VIH/Sida, Paris 1-3 septembre 2004.

Pour notre part, la mobilité est caractéristique des transformations des sociétés africaines actuelles à travers leur intégration au système économique mondial dominant. Elle s'inscrit dans la stratégie globale de reproduction (reproduction biologique et production) de ces sociétés où la rareté des ressources est conjuguée à une dynamique intense de compétition des groupes. De ce point de vue, elle constitue un facteur important de propagation du VIH/SIDA. [10]

1.6.2. La spécificité malienne : Importance de la migration au Mali

Les mouvements de population au Mali sont anciens et sont mieux connus depuis le IV^e S. Les formations étatiques qui s'y sont succédées (empires et royaumes) ont souvent été caractérisées par des mouvements de population, les uns fuyant souvent l'hégémonie des autres. Certaines zones de peuplement au Mali sont nées de tels mouvements de population dans les espaces géographiques et de la constitution des identités de groupe pendant ces déplacements. Ainsi, l'histoire de la plupart des groupes ethniques au Mali donne un itinéraire migratoire en fonction des événements vécus par ces groupes : famines, sécheresses, épidémies, épizooties et guerre, manque ou diminution de ressources naturelles comme la terre, l'eau, la faune, la flore. [28]

Quand ces mouvements n'aboutissent pas au déplacement de tout un groupe, ils entraînent le départ de certains membres du groupe de manière temporaire ou définitive. De tels comportements leur permettaient d'apporter une réponse aux changements des conditions d'existence.

L'histoire de chaque zone de peuplement au Mali est marquée principalement à l'origine par les déplacements soit d'un homme, généralement un chasseur ou un guerrier ou d'une famille d'un endroit à un autre plus propice à une activité donnée. En milieu Soninké, la migration est une expérience par laquelle tout individu doit passer. Elle est conçue comme une phase obligatoire dans la vie de tout homme avant que celui-ci ait droit à la sédentarité : « céder le pas de voyage » à un autre

plus jeune, avoir suffisamment de ressources pour ne plus répartir. Ces conditions les restent des migrants perpétuels.

L'apologie de la sédentarité coexiste avec une philosophie de la mobilité comme un chemin sûr de la fortune ou du savoir. Un adage bambara dit que « reste sur place ne vous donne rien » (sigi te maa son). La sédentarité n'est donc justifiée que si elle repose sur une sécurité économique. La migration est donc devenue au Mali et dans d'autres pays de l'Afrique au Sud du Sahara un fait de culture et toute une stratégie de survie. [28]

La crise en Côte d'Ivoire a également été la cause d'un mouvement important de population de la Côte d'Ivoire autant vers le Mali (plus de 40.000 personnes déclarées dans les convois humanitaires) que vers le Burkina Faso. Ces populations sont pour la plupart en situation de précarité économique et viennent d'un pays où la prévalence est relativement élevée. Il faut également noter que la plupart des bras valides dans ce contexte sont revenus en Côte d'Ivoire et/ou font des allers-retours ayant leur base au Mali et au Burkina et des activités encore en Côte d'Ivoire; ceci étant un facteur multiplicateur de risque de propagation de l'infection dans la sous région. [4]

1.6.3. La migration vers la Côte d'Ivoire:

Trois pays côtiers constituent l'essentiel des pôles d'immigration de l'Afrique de l'Ouest. Il s'agit par ordre d'importance de la Côte d'Ivoire, du Sénégal et du Nigeria. Avec le temps, la Côte d'Ivoire est devenu le plus important pays d'immigration, au détriment notamment du Ghana et plus récemment du Nigeria. [24]

Située dans le golfe de Guinée, la Côte d'Ivoire couvre une superficie de 322.000 km². Elle est limitée au Nord par le Burkina Faso et le Mali, à l'Est par le Ghana, à l'Ouest par la Guinée et le Liberia et au Sud par l'Océan Atlantique. [6]

Abidjan, capitale économique de la Côte d'Ivoire, constitue le véritable poumon des activités économiques du pays. Cette qualité lui vaut de subir un afflux important et incessant de mouvements migratoires de populations difficiles à maîtriser avec tous les risques que cela comporte. Ainsi la ville abrite plus de 3 millions d'habitants sur une population globale de plus de 14 millions. Les plus grandes industries, banques, sociétés commerciales y sont implantées. Ce qui revient somme toute à admettre que les indicateurs dans le domaine de l'emploi sont défavorables aux résidents d'Abidjan car la compétition et la concurrence y sont les plus vives... Dans ces conditions d'un marché de travail moderne particulièrement restrictif, il ne reste aux personnes en quête d'emploi ou de revenus que d'inventer de nouvelles pratiques d'occupations génératrices de revenus chacune y allant de son ingéniosité. [35]

La migration externe en direction de la Côte d'Ivoire, commencée véritablement avec la colonisation et la mise en valeur des ressources du pays, n'a pu s'arrêter avec l'indépendance des pays, de la sous-région, de sorte que la répartition de la population étrangère par pays d'origine indique que les Burkinabé représentent plus de la moitié de l'ensemble quelle que soit la période. Ils sont suivis des Maliens, des Guinéens et des Ghanéens dans cet ordre. Pour des raisons historiques, économiques et politiques, les ressortissants des pays limitrophes de la Côte d'Ivoire représentent plus de 90 % de la communauté étrangère en Côte d'Ivoire. [6]

Du point de vue qui nous concerne ici, c'est-à-dire des liens entre migration et sida, ces courants migratoires sont très significatifs dans la mesure où la prévalence du sida est particulièrement élevée en Afrique... où les migrations de retour sont importantes. Donc, on peut dire que la région ouest africaine se caractérise par une forte mobilité de sa population. Néanmoins, s'il est vrai que les échanges existent entre tous les pays de la région, un système migratoire domine nettement tant par l'importance quantitative des flux que par la très forte polarisation sur la Côte d'Ivoire. [25]

1.6.4. **Le transport de transit au Mali : l'élément clé dans la migration ivoirio-malienne [34] :**

La position géographique des Etats enclavés qui les situe à l'intérieur des continents sans un accès direct à la mer autrement qu'à travers le territoire d'un ou de plusieurs Etats constitue un sérieux handicap pour le développement de leurs échanges extérieurs. En effet, la voie maritime, en ce qu'elle est la voie de desserte la moins coûteuse, constitue le vecteur le plus important dans le commerce international.

En Afrique de l'Ouest, les échanges par voie maritime sont évalués à au moins 90% du commerce extérieur de la sous région. Si l'on s'accorde à dire que l'intégration économique de la sous région au travers des dispositifs juridiques et institutionnels mis en place dans le cadre de la CEDEAO et de l'UEMOA, seront d'un appui précieux au développement économique et social de l'ensemble des pays concernés, le Mali, comme les autres Etats de la région devront nécessairement user de la voie maritime pour atteindre le marché international et assurer l'approvisionnement de leurs populations.

Il s'ensuit qu'une attention permanente et soutenue devra être accordée à tous les facteurs liés à la compétitivité du commerce extérieur malien de sorte à soutenir la production et l'investissement, tout en stimulant la consommation, toutes choses qui sont de nature à promouvoir l'économie nationale dans son ensemble.

Le Mali, à l'instar de la plupart des pays enclavés, a opté pour la diversification de ses voies d'accès à la mer. Cette diversification est une nécessité du fait des opportunités de proximité géographique (par exemple le transit des marchandises destinée à Kayes par Dakar au lieu d'Abidjan) et le souci de ne pas être dépendant d'une seule voie d'accès à la mer.

Il convient d'indiquer d'emblée que notre contribution concernera le couloir de transit allant d'Abidjan vers Bamako.

1.6.4.1. L'infrastructure routière au Mali :

Les infrastructures de transport du Mali sont parmi les moins développées du monde. Dans l'ensemble, elles sont insuffisantes et en mauvais état.

Le système de transport est caractérisé par une forte prédominance du mode de transport routier (plus de 80% de la production de transport) bien qu'il ne soit pas le mode le plus économique. L'analyse des coûts directs de transport fait ressortir un manque évident d'optimisation économique dans la combinaison des modes de transport, puisque 80% des échanges internationaux de marchandises du Mali se font par route via Abidjan plutôt que par rail (qui est de 30% à 60% moins cher) du fait des inconvénients du rail (manque de coordination entre les compagnies ferroviaires du Mali et du Sénégal, lourdeur des procédures administratives et douanières, mauvais état de la voie ferrée et du matériel roulant occasionnant des surcoûts par perte de temps, perte et détérioration de marchandises).

1.6.4.2. Caractéristiques de la voie ivoirienne :

- **Les relations ivoiro-maliennes en matière de transit**

Le Mali et la Côte d'Ivoire sont liés entre autres par un accord en matière de transport et de transit maritimes signé le 13 Janvier 1979. C'est sur la base de cet accord que le Gouvernement de la République de Côte d'Ivoire a accordé au Gouvernement de la République du Mali certaines facilités et des espaces d'entreposage notamment un magasin côle et des terres pleines dans les domaines portuaires. Ces éléments sont appréciables dans la détermination des coûts de transit des marchandises et concurrent à alléger les frais de séjour au Port Autonome d'Abidjan.

- **Le système portuaire ivoirien**

La Côte d'Ivoire dispose de deux ports maritimes :

- Le Port de San Pédro, situé dans le Sud Ouest ivoirien vers la frontière libérienne, d'un trafic annuel d'environ 1 000 000 de tonnes de marchandises est créé et ouvert à l'exploitation en 1971 pour désenclaver la région Ouest du pays. Ce port n'est pas

utilisé à ce jour pour l'acheminement des produits maliens. Il faut cependant noter que ce port est plus proche de Bamako n'en n'étant distant de 1 070 km contre 1 225 km pour Abidjan.

- Le Port d'Abidjan est le premier port de commerce de la Côte d'Ivoire, mais aussi le premier port d'Afrique de l'Ouest tant par l'importance de son trafic (environ 16 000 000 T en 2000 dont 6,5% du trafic en transit) que de ses infrastructures et ses fonctions de port de transbordement et de transit.

1.6.5. **Contexte de propagation du VIH/SIDA en Afrique de l'Ouest** [10]:

- Une migration impliquant de plus en plus de jeunes

La migration africaine est de plus en plus l'œuvre de jeunes générations, en raison notamment d'une forte croissance démographique résultant d'une baisse de la mortalité concomitante à une constance de la fécondité.

Selon les données du REMUAO, l'âge moyen à la première migration a diminué de moitié en passant de 26 ans à près de 13 ans. L'âge médian a connu un recul de près de 9 ans passant de 23 ans pour les générations âgées de 50 ans et plus à 14 ans pour les 15-19 ans. Il faut ajouter aux facteurs qui expliquent ce recul de l'âge à la première migration, outre la détérioration des conditions socio-économiques, les politiques régionales d'investissement qui ont donné lieu à des déséquilibres importants en matière d'infrastructures, scolaires notamment, lesquelles ont beaucoup influencé les migrations scolaires.

- Une migration impliquant davantage les femmes

Historiquement et conformément à la division sociale du travail qui en faisait les premiers acteurs économiques du groupe, les hommes dominaient la migration africaine. La migration féminine est essentiellement perçue comme une migration d'accompagnement qui était d'ailleurs fortement contrôlée à des fins de cohésion du

groupe. La migration masculine était plutôt circulaire ne donnant pas lieu à de longues périodes d'absence. Dans ce schéma, la migration d'accompagnement se justifiait moins. Elle était difficilement autorisée par les chefs de groupe (clans, lignages, etc.). Actuellement, les migrations masculines sont non seulement plus lointaines, mais elles donnent lieu à de longues périodes d'absence et sont parfois même définitives.

Dans ce nouveau schéma, les migrations d'accompagnement sont tolérées sous le prétexte apparent de procréation et de survie du couple et (au-delà) du groupe. Mais les migrations féminines sont le fruit surtout de mutations profondes des sociétés ouest-africaines nées d'une aspiration profonde des femmes à plus d'autonomie par le travail et du rôle économique grandissant des migrants. Le pouvoir de décision traditionnellement détenu par les aînés, tout comme les rapports de dépendance au sein des familles et/ou des ménages, évolueraient donc vers une gestion plus concertée du phénomène migratoire.

D'après les données du REMUAO, la part de la migration féminine représente 46% de l'ensemble des migrations, soit 33% pour les migrations internationales et 53% pour les migrations internes. Dans trois pays : Côte d'Ivoire, Sénégal et Burkina Faso, les migrations féminines représentent au moins la moitié des migrations internes. Le bilan de la migration interne indique que les femmes contribuent beaucoup plus que les hommes à l'urbanisation récente en Afrique de l'Ouest.

- Une migration à caractère individuel

Par son ampleur, la migration ouest-africaine reste une migration à caractère individuel que le migrant effectue très souvent seul. Sur la baisse des réponses fournies par les migrants des cinq dernières années, les enquêtes REMUAO révèlent que la plupart des migrants effectuent leur migration étant seuls (56%). Les hommes sont portés à migrer le plus souvent seuls que les femmes (57%, contre 30%). Selon

les générations, les jeunes migrent plus souvent seuls, comparativement aux vieilles générations.

1.6.6. Les couloirs de transmission des MST/VIH/SIDA :

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

Si l'épidémie de sida est jusqu'à ce jour plus importante en Afrique subsaharienne que partout ailleurs, elle ne présente pas moins de fortes variations géographiques à l'intérieur de ce territoire [25]. Cette très forte régionalisation de l'épidémie de sida en Afrique sub-saharienne n'a pas manqué de susciter de nombreuses hypothèses explicatives. Parmi ces analyses, une des plus importantes est sans doute celle qui associe la propagation du sida aux flux migratoires et commerciaux. Pour plusieurs auteurs, les routes commerciales, qui relient les grandes villes, les zones industrielles et les mines aux ports maritimes, sont des voies privilégiées de pénétration et de diffusion du sida à travers l'Afrique^{7, 8}.

D'un point de vue méthodologique, cette liaison est généralement établie assez simplement à partir soit de la corrélation entre la distribution géographique de la séroprévalence et le système routier, soit de la fréquence des personnes séropositives ayant une histoire de voyages. [25]

Les mouvements migratoires mentionnés précédemment sont définis comme des changements de résidence d'une durée supérieure ou égale à six mois. D'autres mouvements dits temporaires, sont effectués dans un laps de temps inférieur à six mois et impliquent plusieurs individus. Ces mouvements vont des navettes quotidiennes bien connues des agglomérations urbaines vers les lieux de travail ou les grands marchés, aux visites des relations et parents qu'elles soient

⁷ Amat-Roze, J.M. (1989). « L'infection à V.I.H. et le SIDA en Afrique noire : facteurs d'épidémisation et de régionalisation », *Cahiers d'Outre-Mer*, 42 (168), p. 333-355. Cité par Lalou (R.), Piche (V.), 1994 - Migration et sida en Afrique de l'ouest : un état des connaissances. Les dossiers du CEPED n° 28, CEPED, Paris, 53 p.

⁸ Orubuloye, I.O. (1993). "Patterns of Sexual Behaviour of High Risk Groups and Their Implications for STDs and HIV/AIDS Transmission in Nigeria, *International Population Conference*, IUSSP, Montréal, 24 août-1^{er} septembre, vol 4, p.369-381. Cité par Lalou (R.), Piche (V.), 1994 - Migration et sida en Afrique de l'ouest...

rurales/rurales, rurales/urbaines ou urbaines/urbaines. Les lieux de rencontre tels que les grands marchés urbains, les gares, les marchés hebdomadaires itinérants en milieu rural sont autant d'espaces d'interaction qui jouent, en plus des échanges commerciaux, le rôle de détente sociale. Certains y viennent pour se défouler ou décompresser et se prêtent alors à toutes sortes de comportements. L'objectif étant le plus souvent de gagner de l'argent et toujours plus rapidement, signifie prendre des risques par rapport à certains comportements, notamment sexuels. La plupart de ces acteurs affichent des comportements sexuels à risque par rapport aux questions de VIH/SIDA. [10]

Si comme nous l'avons relevé, la route est, selon plusieurs auteurs, la voie privilégiée d'une diffusion intra-continentale du VIH, c'est aussi parce que ses principaux usagers, les camionneurs internationaux ont très rapidement été identifiés comme d'importants diffuseurs de la maladie. En la matière, l'argument est généralement le suivant. Les villes routières, qui jalonnent les grands axes de circulation, ne sont pas seulement des haltes de repos pour les routiers, mais représentent aussi un haut-lieu du commerce et de la prostitution. Les filles de bar, le personnel hôtelier, les commerçantes itinérantes et les prostituées de rue sont alors autant de personnes qui, par profession ou à l'occasion, vendent des services sexuels. Or en recourant régulièrement à cette forme de commerce, les camionneurs deviennent, à leur retour, tout naturellement diffuseurs potentiels du VIH et des autres MST⁹.

« Les frontières sont les lieux de grands regroupements de tous les convois à destination des différents ports. Environ 100 à 150 camions peuvent se retrouver dans les frontières afin de remplir les formalités de passage ». Les chauffeurs et leurs apprentis perdent plus de temps au niveau de ces frontières et s'exposent davantage à des risques de tentation et d'opportunité d'avoir des partenaires sexuelles occasionnelles, ce qui est de nature à augmenter les risques de transmission du virus du SIDA avec des rapports sexuels non protégés. A ceci

⁹ Orubuloye, I.O. (1993). Op. Cit

s'ajoute le mixage d'autres chauffeurs venus d'autres pays (Côte d'Ivoire, Burkina Faso, Bénin, Ghana) qui se retrouvent au niveau des mêmes frontières. [4]

Dans notre contexte, grâce à une étude effectuée dans le cadre de PSAMAO en Côte d'Ivoire, nous pouvons suivre l'itinéraire du routier. Ainsi, le routier qui part d'Abidjan, observe une escale à Bouaké et à Ouangolodougou avant de rentrer au Burkina Faso ou à Bouaké et Pogo avant de rentrer au Mali. Venant du Burkina-Faso, il fait des escales dans les mêmes localités. La grande majorité des routiers (78 %) réside en dehors de la Côte d'Ivoire. Ainsi, le Burkina Faso et le Mali abritent près des trois quart (72,8 %) de ces routiers. Ils viennent en Côte d'Ivoire principalement à Abidjan, pour s'approvisionner en produits manufacturiers importés, transitant par le port d'Abidjan ou ceux « made in Côte d'Ivoire ». Les routiers étrangers (85,9 % des routiers) effectuent ces voyages en aller et retour, pendant une durée moyenne de 2,0 jours à l'aller et 2,0 jours au retour sur l'axe international Abidjan - Ouangolodougou. Ils passent donc environ quatre nuits dans des localités situées sur l'axe. [6]

L'analyse de la diffusion du sida selon le système routier suggère plus ou moins explicitement que la mobilité des virus se fait surtout par le déplacement routier de son vecteur : l'homme. [24]

1.7. LES DETERMINANTS SOCIO-ANTHROPOLOGIQUES ET PSYCHOLOGIQUES LIES A LA MOBILITE GEOGRAPHIQUE DANS L'EXPLICATION DU VIH/SIDA

1.7.1. Normes de comportements et modes d'expression :

Selon Helmut Schelsky traduit par Mathilde Camhi (1972), dans l'analyse des rapports sexuels et des rôles attribués aux deux sexes, la nécessité d'une morale qui exige un comportement sexuel soumis aux normes de la société, apparaît toujours et

encore comme essentielle. Sans essayer de définir les limites de ce qui constitue la « norme » sociale par comparaison aux normes biologiques,... dans quel domaine cette exigence morale d'un comportement sexuel conforme à la norme a pris son origine ?

Si l'on exigeait une justice établie selon les normes biologiques, cela équivaudrait, par exemple, à exiger une teinte de cheveux conforme à une « norme » ou encore des organes sexuels en conformité avec cette norme..., à prétendre très nettement qu'il est possible de transformer une conception purement biologique en exigence sociale. Certes, les normes sexuelles sont... relatives. Mais par rapport à quoi ? Dans ce qui constitue leurs bases essentielles, toujours par rapport à l'ensemble d'une civilisation donnée. Mais ce n'est pas le fait d'admettre une « relativité » culturelle du comportement sexuel, c'est-à-dire sa dépendance par rapport aux conditions historique de toute civilisation qui, de nos jours, amoindrit et affaiblit la morale sexuelle mais bien plus le fait, trop souvent méconnu, que les valeurs religieuses et métaphysiques ébranlées en profondeur sont en voie de disparaître au profit du dogmatisme et de l'absoluité de ce qui est « naturel » dans le sens biologique, en tant que normes sociales. Ce caractère arbitraire du comportement sexuel trouve sa justification fondamentale dans la variabilité biologique et la plasticité des prédispositions innées, tandis que le fait des réglementations sociales, issues de la civilisation, ne peut servir qu'à les expliquer après coup. Cependant, le dogmatisme biologique de notre époque ne tient pas au fait que l'on admet l'enchaînement qui relie, d'une part, les réalisations hautement spirituelles, artistiques et sociales, aux prédispositions innées et biologiques de l'homme, d'autres part, mais bien plus à ce que l'on admet une dépendance de toutes les formes du comportement par rapport à la biologie vitale, et que l'on taxe toute normalisation sociale de « contre nature », alors que toutes les prédispositions innées, les pulsions et même les affections pathologiques sont défendus en invoquant un droit social.

La normalisation sociale du comportement sexuel est à ranger parmi les accomplissements essentiels d'une civilisation, qu'elle est considérée, à juste titre, par toutes les sociétés comme un processus qui a sa place en dehors de la sujétion

biologique et que l'on doit protéger par tous les moyens, sanctions ou tabous, dont la société dispose. C'est aussi la raison pour laquelle *ces normes indispensables ont pris, dans toutes les sociétés, un caractère absolu*. Elles sont fixées par l'absoluité, afin que la tentation de les modifier ne puisse trouver appui sur aucun motif valable et qu'une possibilité de cette nature soit, au contraire, effacée dans la conscience collective. Mais la force qui se profile à l'arrière-plan de cette absoluité des normes sexuelles, ce n'est précisément pas la nature biologique de l'homme, mais le potentiel social, moral, souvent religieux de la société. C'est par la sublimation métaphysique de ses normes sexuelles que toute civilisation défend ses assises les plus vulnérables.

Si l'on réussit à faire apparaître les normes sexuelles fixées par la société, comme absolues, dans la conscience tant individuelle que sociale, le comportement conforme à ces normes sera considéré comme « naturel », par tout un chacun. Mais alors, l'affirmation de ce qui est « naturel » ne correspond en aucune façon à une donnée biologique, *elle constitue, au contraire, une preuve du caractère indubitable de la norme*. Ce qui est « naturel », ce n'est pas la nature biologique, ce sont les mœurs une fois adoptées par la collectivité. A partir de la foi religieuse et de l'obéissance, ces normes ne sauraient être interprétées que dans un sens, en tant que droit naturels. Mais si l'on se rapporte à ce propos à la nature biologique, il s'agit en général de rationalisations d'ordre secondaire... [21]

Contrairement à la façon dont les campagnes de prévention du sida abordent généralement le problème, on ne pourrait ni détacher la vie sexuelle de l'ensemble des autres dimensions de l'existence ni établir une relation directe entre un facteur de risque particulier — ici la « mobilité » — et les circonstances réelles de l'exposition au risque [12].

La question des comportements et des identités sexuelles peut difficilement être analysée en dehors de la construction sociale de la sexualité qui prévaut dans les sociétés concernées. Or, dans la plupart des cas, le langage codé, les constructions symboliques, l'expression implicite fonctionnent comme mécanismes sociaux,

permettant de construire des consensus et de tenir compte des facettes multiples que revêt un phénomène individuel ou social. Ainsi on assiste à une culture complexe de communication faite de code symbolique, de communication non verbale, d'images allusives, suggestives ou métaphoriques.

Ainsi s'il est vrai que l'explicitation des messages est d'une extrême importance dans la prévention du VIH/SIDA, il semble tout aussi important d'intégrer les symbolismes à travers lesquels les individus se reconnaissent dans les messages à leur intention. [8]

1.7.2. Le contexte de vulnérabilité et de risque au VIH/SIDA

Les différentes caractéristiques de la migration ouest-africaine sont porteuses de risques en terme de propagation du VIH/SIDA. Certes, les taux de séroprévalence sont encore peu élevés dans l'ensemble, mais la plupart des pays sont des pays d'émigration et cette tendance ne semble pas s'inverser compte tenu des faibles performances économiques. La libre circulation des personnes, instituée par le traité de la CEDEAO (Comité économique des Etats de l'Afrique de l'Ouest) et l'amplification des mouvements, favorisent une plus grande propagation de l'épidémie.

L'avènement des migrations féminines, de plus en plus jeunes, constitue une autre dimension du risque étant entendu que ces franges de la population représentent les plus vulnérables à la transmission du VIH/SIDA. En effet, dans la plupart des pays, les taux de séroprévalence des femmes et des jeunes sont les plus élevés.

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

1.7.3. **La migration et le complexe construction d'un rapport individuel au risque [27] :**

Un nombre important d'études sur la relation entre mobilité et sida en Afrique Subsaharienne ont mis l'accent sur la tendance des migrants à avoir des comportements sexuels plus à risque que les non migrants tels que le multipartenariat, le recours à la prostitution et la non protection des rapports sexuels^{10, 11, 12, 13, 14}. Parmi les approches explicatives proposées, celle de Brockerhoff and Biddlecom (1998) qui s'inspire des théories sur la relation entre la mobilité et l'acquisition de nouveaux comportements et des théories sur la relation entre la mobilité et les problèmes de santé de manière générale. Ces auteurs identifient trois types de facteurs derrière l'association entre la migration et le sida qui expliquent les comportements à risque des migrants. Il s'agit d'abord des caractéristiques des migrants qu'ils possédaient indépendamment de la migration, et qui les prédisposaient à une plus grande propension à prendre des risques en matière de sexualité même s'ils ne migraient pas. Ces caractéristiques sont entre autres la jeunesse, le célibat et le fait d'être de sexe masculin. Le second type de facteurs est constitué des caractéristiques que les migrants acquièrent du fait de la migration. Il s'agit principalement de la séparation d'avec le conjoint ou le partenaire régulier. Enfin des caractéristiques liées aux environnements de départ, de destination et à celui de la trajectoire compte dans l'explication de la modification du comportement du fait de la migration. Exposé à un nouvel environnement, le migrant doit s'adapter à des normes différentes et à l'existence de nouvelles opportunités et contraintes sexuelles¹⁵.

¹⁰ **Packard, RM. and P. Epstein** (1991). < Epidemiologists, Social Scientists, and the Structure of Medical Research on AIDS in Africa >, *Social Science and Medecine*, Vol. 33, No 7, pp. 771-794. cité par Macoumba Thiam (18/01/2005).

¹¹ **Anarfi, J.K** (1993). "Sexuality, Migration and AIDS", *Health Transition Review*, vol. 3, numéro supplémentaire, p. 45-67. Cité par Macoumba Thiam (18/01/2005) et Lalou (R), Piché (V).

¹² **Lalou (R.), Piche (V.)**, 1994 - Migration et sida en Afrique de l'ouest : un état des connaissances. Les dossiers du CEPED n° 28, CEPED, Paris, 53 p. cité par Macoumba Thiam (18/01/2005).

¹³ **Hunt, C.** (1989) : "Migrant Labour and Sexually Transmitted Diseases : AIDS in Africa", *Journal of Health and Social Behavior*, Vol. 30, No. 4:353-373. cité par Macoumba Thiam (18/01/2005) et dans le Bulletin de CORDESRIA n° spécial

¹⁴ **Lurie, M. et al.** (1997) : "Circular migration and sexual networking in rural KwaZulu/Natal : implication for the spread of HIV and other sexually transmitted diseases" *Health Transition Review*, Vol. 7, Supplement 3:17-27. Cité par Macoumba Thiam.

¹⁵ **Brockerhoff, M. and A. Biddlecom** (1998): *Migration, Sexual Behavior and HIV diffusion in Kenya*, Policy Research Division Working Papers, No 111, Population Council, 39 pages. Cité par Macoumba Thiam (18/10/2005).

Cette approche porte davantage sur les migrants de travail, qui ont joué un rôle important dans la diffusion du virus...Soumis à des conditions de travail pénibles, d'isolement affectif et psychologique marqué, vivant séparés de leurs conjoints ou de leurs partenaires réguliers, les migrants de travail, généralement des hommes, se rabattent sur les prostituées de leur milieu d'accueil. Celles-ci constituent en effet des partenaires directement accessibles, ne nécessitant pas une bonne intégration dans le milieu d'accueil^{16, 17}.

Dans le cas des migrations ouest-africaines, l'isolement social et affectif et l'anonymat du migrant est moins marquée que celui trouvé ailleurs. En effet, le migrant de travail est souvent accompagné ou rejoint par le reste de la famille. De plus, des réseaux d'aide à l'insertion composés des ressortissants du même village, des membres de la même ethnie, etc. constituent une sorte de soupape sur laquelle le migrant nouvellement arrivé peut compter. Ce réseau reproduit en quelque sorte le contrôle social exercé au lieu de départ atténuant l'effet positif de l'anonymat au lieu de migration sur les comportements sexuels des migrants¹⁸. Saez (2002) trouvait ainsi que le contrôle social et celui des aînés sur le migrant était reproduit en ville. Il notait cependant que ce contrôle était contrebalancé par la pression des pairs pour une multiplication des partenaires et par l'existence de maisons closes abritant des activités prostitutionnelles garantissant une certaine confidentialité. Le retour fréquents au village, lors de fêtes religieuses notamment, constituent par ailleurs des occasions pour les migrants de travail de retrouver leurs conjoints ou partenaires réguliers et donc un élément atténuant la solitude et l'isolement affectif mentionnés dans le cas de la migration de travail en Afrique australe. Ces retours fréquents au village sont également la conséquence du caractère saisonnier de la migration... [27]

1.7.3.1. Interculturalité, sexualité et VIH

Une multitude de conditions et de facteurs favorisent la propagation du VIH/SIDA parmi les populations mobiles ; plusieurs de ces réalités découlent de

¹⁶ Packard, RM. and P. Epstein (1991). Op.Cit.

¹⁷ Anarfi, J.K (1993). Op. Cit.

¹⁸ Lalou (R.), Piche (V.), 1994. Op. Cit.

transitions culturelles qui font partie du processus migratoire. La migration implique généralement une rupture des normes et traditions culturelles, une difficulté à interpréter et à accepter un nouvel environnement. Dans les sociétés où le discours public à propos de la sexualité est traditionnellement empreint de réserve, et où le contrôle en la matière est strict, les personnes migrantes peuvent être conscientes ou non que leur comportement entre en conflit avec les normes publiques de leur communauté adoptive. Cette confusion possible peut conduire à une non-appartenance à la culture d'accueil, pouvant entraîner une réticence à avoir recours aux systèmes de soins de santé et aux services des professionnels qui s'occupent des programmes de prévention et de soins du VIH/SIDA. Naturellement, cela aura un impact sur les efforts de santé publique pour réagir à l'épidémie. [11]

Sur la problématique de l'infection au VIH en effet, selon certaines analyses, la démesure de la progression de l'épidémie serait le résultat logique d'un manque de rationalisation des structures affectives des sociétés africaines lesquelles, seraient incapables de faire face aux enjeux sociaux modernes du moment. En effet ces analyses, expliquent l'infection au VIH en Afrique par la prégnance ou l'invariance de certaines pratiques culturelles séculaires, elles-mêmes rattachées à certains groupes socio-ethniques. Selon Leroi-Gourhan, il s'agit, de voir « comment se constitue dans le temps et dans l'espace un code des émotions qui assure au sujet ethnique le plus clair de l'insertion affective dans sa société ». [7]

Certaines pratiques culturelles peuvent avoir une interaction directe avec le mécanisme biomédical de transmission de la maladie (par exemple la non-circuncision), mais la plupart affectent de manière indirecte les probabilités individuelles d'infection ; elles influencent les attitudes et prédispositions en faveur de comportements plus responsables ou plus dangereux. [7]

1.7.3.2. Genre, jeunesse, sexualité

Indépendamment de la population étudiée, une recherche sur la sexualité et le VIH ne peut se situer en dehors d'une problématique sur le genre. En effet, les

logiques sous-jacentes aux comportements de protection ou de non-protection face aux risques d'infection par le VIH sont inextricablement liées aux normes qui régissent la sexualité. Ces normes sont le reflet de la fonction sociale attribuée à la sexualité dans la construction et la différenciation des identités de genre. [7]

1.7.3.3. La gestion des risques d'infection par le VIH :

Un développement social inadéquat est un autre facteur qui contribue de manière importante à la propagation du VIH dans les populations migrantes. La vulnérabilité au VIH est souvent aggravée, lorsque l'on se trouve à vivre et à travailler dans des conditions de pauvreté, d'impuissance et d'instabilité sociale. De telles circonstances, qui sont le lot de plusieurs populations mobiles, pourraient nuire à la motivation et à la capacité individuelle de négocier le sécurisexe. Plusieurs populations mobiles n'ont pas accès à des services éducationnels, sanitaires ou sociaux ; peu d'individus sont disposés à demander de l'aide médicale, de peur d'être détenus ou expulsés. De plus, les pays hôtes sont souvent peu enclin à investir dans la santé et l'hygiène des migrants ; plusieurs régimes nationaux de soins de santé exercent de la discrimination en excluant les migrants ou en ne leur accordant que des soins d'urgence. [11]

Les perceptions du sida et des risques, de même que les attitudes face à la menace d'une contamination, ne peuvent être appréhendées qu'en référence à l'histoire sociale de la région d'origine et au contexte dans lequel le sida y a fait son apparition. Ces données fondamentales, imbriquées aux parcours individuels des migrants sont à l'origine d'un certain nombre de prises de risques et de contaminations, et président au vécu de la séropositivité et aux itinéraires de soins. La crainte de l'exclusion (de la part des membres de la région d'origine et de ceux de la société d'accueil) et la nécessité de maintenir son état dans le secret conditionnent les recours thérapeutiques et le vécu avec le virus. [11]

Par ailleurs, étant donné que le taux d'infection est très élevé chez les Africaines prostituées ou impliquées dans des relations non monogamiques, l'incitation en

faveur d'une activité sexuelle plus saine est souvent voué à l'échec : 'plus il est probable qu'on soit déjà infecté, moins importants sont les avantages de rapports sexuels protégés'¹⁹. [7]

1.7.3.4. Parcours migratoire et séropositivité

La séropositivité et le parcours migratoire de l'individu constituent deux réalités imbriquées l'une dans l'autre qui ne peuvent être considérés séparément : l'un détermine l'autre et vice versa. Pour certains, c'est la séropositivité qui a motivé la migration. Les individus redoutent en effet d'être soignés... en raison de la crainte d'une rupture de l'anonymat, du poids de la rumeur qui rendrait inévitablement publique leur séropositivité et leur rejet. Le VIH est donc nécessairement un produit d'importation et la migration, avec les autres formes de mobilité, les responsables de sa circulation. [24]

1.7.4. Interventions Sociales

En raison des effets complexes et multifactoriels du VIH sur l'individu, la famille et la communauté, des interventions à de nombreux niveaux différents sont de plus en plus utilisées... Le but de ces programmes est d'atténuer l'impact de l'épidémie du VIH/SIDA...²⁰ Certaines interventions visent les individus atteints du VIH ou à risque, tandis que d'autres visent une communauté plus étendue. La prévention du VIH et la réduction des facteurs sociaux qui augmentent le risque que les individus soient atteints sont des interventions importantes. [25]

¹⁹ Philipson, T and Posner, R., 1995, 'On the Microeconomics of Aids in Africa', *Population and Development Review*, Vol. 21, No. 4, pp. 835-848. Cité par CODESRIA, no spécial 2, 3, et 4, 2003.

²⁰ Chirwa, W. C. (1997): Migrant labour, sexual networking and multi-partnered sex in Malawi, *Health Transition Review*, Vol. 7 (Supplement 3), pp. 5-15. cité dans Leslie Raneri et al.

Malgré les données solides qui démontrent les liens entre le cours de la pandémie et la mobilité humaine, on trouve relativement peu de politiques conçues pour tenir compte de la relation entre migration et le VIH. [11]

Une des lacunes observées au niveau des programmes de lutte contre le VIH/SIDA, est l'absence quasi générale de mécanismes de suivi et d'évaluation des performances. En effet, l'initiative récente entreprise dans le cadre des enquêtes EDS est salubre mais reste très limitée. Les recensements pour leur part, sont de plus en plus difficilement financés de sorte que des questions aussi ciblées que celle sur les MST et le VIH/SIDA peuvent difficilement être intégrées. C'est donc avec des données parcellaires que l'on recourt aux modèles pour mesurer les niveaux et les tendances de l'épidémie. Cette contrainte explique d'ailleurs le fait qu'au-delà de 5 années de projection, les modèles sont assez peu fiables. [10]

Ainsi pour que les futurs projets régionaux puissent atteindre pleinement l'objectif assigné, il est indispensable de constituer une base de données régionale qui proviendrait d'analyses systématiques des conditions de vie des populations, d'attitudes et pratiques en matière de VIH/SIDA sans oublier les analyses sur les pratiques matrimoniales et sexuelles. C'est à partir de ces données que des indicateurs pertinents peuvent être retenus.

1.7.5. Initiative ouest Africain pour une réponse à l'épidémie du VIH/SIDA ²¹ [28] :

En 1994-1995, avec l'appui de la Banque Mondiale et de l'OMS, des responsables de programmes nationaux de lutte contre la SIDA, des ONG et associations de personnes vivant avec le VIH, et les partenaires au développement impliqués dans la région se sont réunis à plusieurs reprises pour concrétiser cette dynamique inter pays. A l'issue de ces rencontres, un consensus a été obtenu sur la création d'une initiative régionale, dont la première phase comprenait les axes prioritaires suivants :

²¹ Rapport final de la réunion du programme régional sur la prévention du SIDA, Ouagadougou 1995. cité par Y. M. Maiga 1999.

- migration et VIH/SIDA
- prostitution et VIH/SIDA appui et soutien aux personnes vivant avec le VIH
- mobilisation communautaire

Des objectifs aux actions

Concernant la migration, des projets de recherche-action sont mis en œuvre autour des sites : au Burkina Faso, en Côte d'Ivoire, au Mali, Niger et le Sénégal.

En Côte d'Ivoire : le choix s'est porté sur la localité de Ferkéssédougou. Cette ville est située au croisement d'importants réseaux routiers et ferroviaires internationaux en direction d'Abidjan et en provenance des pays situés au nord-ouest et au nord-est de la Côte d'Ivoire. C'est une localité qui abrite un complexe sucrier qui attire nombre de travailleurs migrants venant du Burkina Faso, du Mali et du Niger.

Au Mali : Sikasso est la localité retenue. Elle se situe sur l'axe routier Bamako-Abidjan et accueille des migrants en transit vers la Côte d'Ivoire et provenant du Mali, de la Mauritanie et du Sénégal. Elle est également le carrefour d'une zone cotonnière où se rencontre un nombre important de camionneurs.

Des équipes de recherche-action ont été constituées au niveau de ces sites depuis 1995/1996 et une série de rencontres ont été initiées avec les pays. Les actions suivantes ont été réalisées : (i) La formation des équipes pour renforcer leur capacité en matière de recherches socio comportementales ; (ii) L'élaboration de document de projet ; (iii) La recherche-action sur le terrain comprenant 3 grandes étapes : étude de milieu, transformation du milieu, évaluation.

1.7.6. Politique malienne en matière de l'éradication de la pandémie [29] :

Au Mali, après l'identification du premier cas de SIDA en 1985 à l'Hôpital Gabriel Touré, un plan à court terme de lutte contre le SIDA 1987-1988 a été mis en œuvre, puis un premier plan à moyen terme (PMT1) 1989-1993, suivie d'un deuxième plan à moyen terme (PMT2) de 1994-1998. Pour le plan de troisième génération qui se veut plus stratégique et plus centré sur les réalités du pays, le processus de son élaboration a commencé dès le mois de septembre 1998.

Le ministère de la santé (MS) qui a la responsabilité de conduire la politique du gouvernement en matière de lutte contre le VIH/SIDA en a défini les orientations essentielles dans le plan Décennal de Développement Sanitaire et Social (PDDSS) 1998-2007 dont le Programme de Développement Sanitaire et Social (PRODESS) 1998-2002 constitue l'outil de mise en œuvre. Il décrit les réalisations prévues les cinq premières années du PDDSS et constitue en conséquence, un cadre de référence pour le plan stratégique national de lutte contre le VIH/SIDA au Mali pour la période 2001-2005.

Le PDDSS et le PRODESS sont les instruments de la réponse à la dégradation persistante de l'état de santé de la population malienne, malgré les efforts importants déployés par l'état malien avec l'appui de ses partenaires.

Le but visé par le PRODESS est d'accroître la *couverture sanitaire* et d'améliorer l'*utilisation des services* par les usagers à tous les échelons du système de santé. En matière de lutte contre le VIH/SIDA qui est une priorité nationale, ses objectifs sont : (1) réduire de 3% à 2% la séroprévalence du VIH dans la population générale au Mali ; (2) réduire de 50% le taux d'incidence des IST ;(3) assurer le dépistage et la prise en charge de 70% des cas de tuberculose pulmonaire à microscopie positive, la tuberculose étant la maladie opportuniste la plus fréquente associée au SIDA.

Cadre institutionnel

Le Plan stratégique national de lutte contre le VIH/SIDA 2001-2005 a été adopté par le Conseil des ministres du 30 novembre 2000. Son cadre institutionnel fait

ressortir cinq entités principales : (i) les institutions qui assurent la tutelle des structures de lutte contre le SIDA, (ii) les organes de lutte contre le SIDA qui regroupent les différents acteurs nationaux, (iii) les acteurs nationaux de lutte contre le VIH/SIDA, (iv) les organes et structures des niveaux décentralisés et, (v) les organes internationaux de lutte contre le VIH/SIDA.

Le Haut Conseil National de Lutte contre le SIDA (HCNLS), démarré avec le Décret N° 04/0106/P-RM du 31 mars 2004 portant sa création et fixant sa composition, est l'organe d'orientation et de coordination politique et multisectorielle de la lutte contre le VIH/SIDA. Présidé par le Président de la République, il a pour mission de définir la politique en matière de lutte contre le VIH/SIDA et de fixer les orientations relatives au développement des stratégies nationales et des programmes y afférents. Le HCNLS comprend des représentants du secteur public, du secteur privé et de la société civile en nombre égal, enfin des représentants des partenaires au développement. Il dispose d'un Secrétariat exécutif chargé du développement, de la mise en oeuvre et du suivi de la politique nationale de lutte contre le VIH/SIDA. Cette structure joue le rôle d'agence d'exécution de tous les projets, dans un souci d'efficacité, de multisectorialité et de rapidité d'exécution des activités.

Politique et stratégie sectorielle

Le Plan Décennal de Développement Sanitaire et Social (PDDSS) 1998-2007 définit la politique du Gouvernement en matière de lutte contre le VIH/SIDA. Les domaines prioritaires d'intervention retenus sont les suivants :

- La prévention de la transmission hétérosexuelle dans la population générale avec un accent particulier sur les groupes de populations les plus vulnérables, notamment les migrants ;
- L'amélioration de la qualité de vie des personnes vivant avec le VIH ;
- Mise à disposition des ARV et traitement gratuit des personnes vivant avec le VIH.

- La prévention de la transmission mère-enfant ;
- La prise en charge systématique des IST dans tous les centres de santé selon l'approche syndromique définie dans le plan stratégique de lutte contre les IST;
- L'allègement du poids de l'impact du VIH/SIDA sur les familles affectées et la communauté ;
- Un environnement éthique et juridique favorable au respect des droits de la personne ;
- La réduction de l'impact sur les services de santé ;
- La prise en compte de l'épidémie du SIDA sur les lieux de travail ;
- Le contrôle de la transmission sanguine du VIH en milieu de soins.

L'analyse du cadre initial de mise en oeuvre du Programme national de lutte contre le VIH/SIDA (PNLS) fait ressortir de multiples problèmes institutionnels à résoudre. Parmi ceux-ci, les plus importants sont : (i) la non-fonctionnalité de certains organes tels que le CNLS, (ii) la non-appropriation du PNLS par les acteurs du terrain, (iii) le décalage entre les structures officiellement mises en place et l'ampleur des défis à relever, (iv) la faiblesse des capacités nationales et de la coordination intra et intersectorielle et (vi) l'absence de synergie entre les partenaires au développement.

Financement de la lutte contre le VIH/SIDA

L'Etat, à travers le budget national et la coopération internationale constituent les deux principales sources de financement de la lutte contre le VIH/SIDA au Mali.

Depuis l'année budgétaire 2001, le programme de lutte contre le VIH/SIDA est financé par l'Etat sur les fonds PPTE. Les ressources qui lui sont allouées ont connu une augmentation de 58,5% de 2001 à 2002, pour décroître de 18% en 2003. A cela s'ajoute le budget de certains ministères sectoriels parmi lesquels l'Education, la Jeunesse, la Promotion de la Femme, de l'enfant et de la Famille, etc.). En valeur

relative, les dépenses du programme représentent seulement 2,53% du budget du Ministère de la santé en 2003.

Interventions des autres bailleurs de fonds

Plusieurs bailleurs de fonds multilatéraux ou bilatéraux soutiennent les efforts du Gouvernement en matière de la lutte contre le VIH/SIDA, sous forme de dons ou de prêts. Les organisations non gouvernementales (ONG) investissent également une part non négligeable de leurs ressources dans le développement du secteur.

Dans l'ensemble, l'assistance technique et financière pour la lutte contre le VIH/SIDA est importante. Elle s'effectue à travers des interventions intégrées ou spécifiques.

Au total, trois mécanismes de financement des activités de lutte contre le VIH/SIDA sont en cours au Mali : l'appui direct aux personnes infectées ou affectées par l'épidémie, le budget du Ministère de la Santé et le financement multilatéral ou bilatéral sous forme de projet. Ces mécanismes doivent faire l'objet d'une concertation entre tous les acteurs du financement en vue de garantir l'arrivée des ressources allouées sur le terrain, où se déroulent les opérations de lutte contre le SIDA et de s'assurer que les bénéficiaires participent à leur gestion. La réalisation de cet objectif suppose une utilisation rationnelle et une gestion transparente des ressources disponibles, une définition claire des responsabilités entre les différents partenaires et des mécanismes connus de tous les acteurs.

Contraintes du secteur

Les contraintes à la lutte contre le VIH/SIDA sont d'ordre géographique, institutionnel, économique, social et culturel. Certaines d'entre elles, en particulier le faible niveau d'éducation et le statut social défavorable de la femme, sont étroitement liées et confirment la relation entre le SIDA et le genre.

Domaines du programme de lutte contre le Sida

Les domaines prioritaires à l'intérieur du secteur nécessitant une intervention sont : la sensibilisation et la surveillance épidémiologique, la prise en charge conventionnelle et traditionnelle des personnes infectées par le VIH, le renforcement des capacités des femmes.

1.8. TRAITEMENT:

La prise en charge médicale des sujets séropositifs ne doit être contraignante, mais régulière et non aléatoire. Elle ne peut être dissocié de l'aide qui peut être apportée à ces sujets aussi bien au plan social, psychologique et « convivial » dans des groupes adaptés à cette réalité. [30]

Il ne faut pas réduire la prise en charge médicale aux consultations en milieu spécialisé, cette attitude serait génératrice d'enfermement, d'exclusion et favoriserait l'explosion des nouvelles psychoses collectives. La prise en charge médicale doit être double : d'une part, dans le cadre habituel de la médecine libérale : médecine de famille, spécialistes médicaux ou paramédicaux avertis de la sérologie ; d'autre part, dans le cadre d'une structure médicale pluridisciplinaire hospitalière ou de dispensaire plus spécialisé dans l'infection par le VIH. [30]

Le traitement de l'infection VIH a pour objectif la réduction maximale de la réplication virale. Avec les traitements actuels, la charge virale devient indétectable dans 60 à 90% des cas. Les indications actuelles de l'instauration du traitement antirétroviral sont les suivantes [13]:

- Chez tout patient symptomatique, c'est-à-dire ayant présenté des complications liées au déficit immunitaire,
- Chez un patient asymptomatique dont le nombre de lymphocytes CD4 est < 350/mm³ quel que soit le niveau de charge virale,

- Chez un patient ayant entre 350 et 500 CD4/mm³, la décision est prise en fonction de la charge virale plasmatique (traitement conseillé pour une charge virale > 30 000 copies/ml ou rapidement évolutive) et la vitesse de chute des CD4.

Les bons résultats obtenus par la stratégie avec les trithérapies, comportant un inhibiteur de protéase (IP), obligent à traiter tous les VIH/SIDA dans le monde. Ceci, d'autant que toutes les trithérapies, quelles soient de type 2 inhibiteurs nucléosidiques (INTI) + 1 IP ou 2 INTI + 1 non nucléosidique (INNTI) ou 3 INTI, ont globalement montré leur intérêt. [13]

En cas d'échec ou d'insuffisance d'efficacité du traitement initial, il est recommandé une nouvelle association de 3 antirétroviraux différents de ceux initialement prescrits, dont le choix doit être guidé par des tests de résistance du virus aux molécules et par les dosages plasmatiques des médicaments antirétroviraux. [13]

Au Mali, les personnes infectées par le VIH suivies à l'hôpital prennent un traitement antirétroviral gratuit dans le contexte de l'initiative malienne d'accès aux antirétroviraux (IMAARAV). Une étude réalisée par DAO et al., dans le but de déterminer les difficultés de la prise en charge et le profil des patients, suivis dans les différents sites de dispensation des ARV, d'août 2003 en septembre 2004 montre que 2 000 patients étaient sous ARV en début septembre 2004. Le schéma le plus fréquemment prescrit est l'association de deux inhibiteurs nucléosidiques et d'un inhibiteur non nucléosidique (53,5%). [33]

Le traitement des infections opportunistes, limite le plus souvent la prise en charge médicale, pour lesquelles un nombre relativement limité de médicaments sont efficace : amphotéricine B, kétoconazole, fluconazole (pour les infections mycosiques), cotrimoxazole (pour les parasitoses : pneumocystose, toxoplasmose, isosporose), ganciclovir, acyclovir (pour les infections virales), antibiotiques

spécifiques ou non (antituberculeux pour la tuberculose évolutive, cotrimoxazole ou fluoroquinolones pour les salmonelloses). [32]

1.9. PREVENTION :

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

La quasi-totalité des adultes, voir des adolescents, vivant en régions tropicales ont entendu parler du VIH/SIDA. Cependant, il demeure des obstacles socioculturels aux stratégies préventives. [29]

La sensibilisation sur la pandémie du SIDA au Mali est sans relâche, et implique des personnes vivant avec le VIH, des dignitaires religieux et bien d'autres personnalités physiques et morales. Cependant du chemin reste à faire car des statistiques montrent que 90,3% des femmes ont déclaré avoir entendu parler du SIDA, mais jusqu'à 45% d'entre elles ignorent qu'il y a un moyen de l'éviter. En milieu urbain 97% en ont entendu parler et 22% ignorent qu'il y a un moyen de l'éviter ; tandis qu'en milieu rural si 88% en ont entendu parler jusqu'à 54% ignorent qu'il y a un moyen de l'éviter. Il ressort des enquêtes effectuées en 2001 que les jeunes adoptent des comportements à risques [36] :

- 65% des jeunes ont leurs premiers rapports sexuels avant l'âge de 18 ans ;
- 53% des jeunes ont eu des rapports sexuels le mois précédent l'enquête ;
- près de 20% des garçons ont eu plus de 3 partenaires sexuels dans les 12 derniers mois précédents l'enquête ;
- près de la moitié des jeunes n'utilisent pas le condom par confiance en leur partenaire ;
- Pis deux jeunes interrogés sur trois ne croient en l'existence du SIDA.

A ce triste constat s'ajoutent la prostitution, la multiplicité des partenaires sexuels etc., qui exposent à des risques d'expansion voire une explosion de l'épidémie du VIH/SIDA au Mali dans les années à venir. D'ores et déjà la mortalité

imputable au SIDA au niveau des jeunes et des adultes (15-49 ans) qui constituent la force productive se fait sentir.

Sept mesures préventives sont proposées [32] :

1.9.1. Le renforcement des comportements sexuels à faible risque

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

1.9.2. La promotion et l'encouragement à utiliser les préservatifs

En dehors de la fidélité et de l'abstinence, le préservatif est le moyen recommandé dans la prévention des infections sexuellement transmissibles (IST), dont l'infection à VIH/SIDA. Ils sont accessibles dans tous les pays. Mais, il y a des réticences dans l'usage du préservatif, qui est pourtant la solution économique et fiable de protection dans la lutte contre les IST. Les rapports sexuels entre un individu infecté et un partenaire sain sont le moteur de l'épidémie du VIH. Lorsque le statut biologique des 2 partenaires est inconnu, ce qui est le cas le plus fréquent, les seules options sont des rapports sexuels sans pénétration ou les rapports protégés par le préservatif. Cependant, le préservatif n'a pas que des avantages. Il est difficile à l'un des partenaires dans le contexte d'une relation stable de suggérer soudainement d'utiliser le préservatif. Il existe toujours un risque de rupture lors des rapports sexuels de pénétration (ce risque est inférieur à 1% lors de rapports vaginaux si l'utilisation est régulière et associée à une bonne lubrification).

1.9.3. La promotion de la sécurité transfusionnelle

L'infection à VIH se transmet par le sang contaminé. La transmission par le sang et les dérivés du sang diminue partout. Elle est due à des transfusions de sang faites sans test du donneur dans de petites structures hospitalières, mais surtout à l'usage de seringues souillées réutilisées sans stérilisation préalable. La transmission chez les usagers de drogues injectables est rare en Afrique subsaharienne, mais elle augmente dans les grandes villes d'Amérique latine et d'Asie.

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

1.9.4. La promotion de l'hygiène dans les milieux de travail

Le risque d'exposition accidentelle dans les milieux de travail, notamment dans le secteur de la santé, est réel. Tout liquide biologique est contaminant. Ce risque professionnel de transmission du VIH doit être minimisé par des mesures appropriées, mais le développement du dépistage et des traitements risque de l'augmenter dans les pays en voie de développement. Il se posera alors le problème de la prévention secondaire, la prise en charge des expositions accidentelles au VIH étant préconisée depuis qu'on a montré l'efficacité de l'AZT sur la transmission du VIH en cas d'exposition accidentelle de professionnels de santé.

1.9.5. La prévention du VIH de la mère à l'enfant (PTME)

La transmission périnatale est un des modes importants de transmission du VIH/SIDA dans les pays en voie de développement. Là où l'allaitement maternel est une pratique quasi-générale, les femmes qui ne donnent pas le sein risquent de se voir stigmatisées comme porteuses du VIH. De plus, l'allaitement artificiel est difficile dans des conditions d'hygiène précaire. [32] La Névirapine était la molécule la plus

utilisée. Actuellement, le traitement qui réduit le risque de transmission mère-enfant nécessite un traitement par bi ou trithérapie.

1.9.6. Le renforcement du dépistage et du traitement précoce des IST

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

1.9.7. La promotion du conseil/dépistage volontaire confidentiel et anonyme

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

La prévention secondaire, dont l'objectif essentiel est, en cas d'exposition au VIH, de réduire le risque d'infection par la mise en route d'un traitement le plus précoce possible afin de bloquer l'infection de l'organisme par le VIH et d'éviter la contamination, s'adresse, outre aux professionnels de santé exposés, aux personnes ayant subi des violences sexuelles ou des viols, ce qui est malheureusement fréquent dans les camps de réfugiés en Afrique subsaharienne. [35]

Dans la mesure du possible, il est préférable d'éviter toute vaccination quand le taux de CD4 est inférieur à 200/mm³ et/ou quand la charge virale est élevée. Toute stimulation immunitaire, pouvant entraîner une augmentation transitoire de la charge virale plasmatique.

- vaccins recommandés : Tétanos (avec rappel tous les 10 ans), Poliomyélite (vaccin inactivé uniquement, avec rappel tous les 10 ans)

- vaccins possibles : Diphtérie, Hépatite A et B, grippe, Méningocoque A+C, Fièvre typhoïde, Fièvre jaune (en l'absence d'immunodéficience sévère), Pneumocoque
- vaccins contre-indiqués : Rubéole, BCG [13]

1.10. THEORIE EXPLICATIVE DU SUJET

La surveillance de l'épidémie de VIH et l'évaluation des interventions de prévention est une procédure à plusieurs phases et par conséquent complexe. Il en est ainsi à cause de la dynamique de l'épidémie, la nature des interventions nécessaires pour réduire sa propagation, et les limites de mesure de l'impact des multiples interventions synergiques visant surtout au changement de comportement.

La surveillance sentinelle du VIH, base traditionnelle des efforts de surveillance du VIH d'un pays, devient moins utile à mesure que l'épidémie persiste. Ceci à cause du fait que la prévalence du VIH évolue très lentement en fonction des changements de comportements de la population vu la nature chronique de l'infection à VIH. Par conséquent, les données de la surveillance du VIH ne peuvent pas indiquer à court terme si les interventions de prévention sont entrain d'avoir leur effet escompté en matière de changement des comportements.

Les enquêtes comportementales répétées quant à elles peuvent permettre de mettre en évidence les tendances dans les changements de comportements qui amènent à la réduction de l'infection à VIH. Il s'agit notamment de la réduction de nombre de partenaires sexuels et de l'augmentation de l'utilisation du préservatif avec les partenaires non-réguliers. Ces changements peuvent être liés soit aux effets d'un certain nombre d'interventions mises en place pour réduire les comportements à haut risque, soit simplement en fonction des réponses naturelles à l'épidémie. Quel que soit le cas, le type d'information produit par les enquêtes de surveillance comportementale peut aider à guider les programmes d'intervention en donnant aux planificateurs des programmes une image plus claire des comportements à risque dans les différentes catégories de la population. En même temps, ces données

peuvent être utilisées pour avoir une idée sur la manière dont fonctionnent les effets combinés d'un ensemble d'interventions.

La réalisation de la présente enquête est justifiée par la nécessité d'obtenir des données sur les tendances des comportements dans les populations cibles

METHODOLOGIE

II. METHODOLOGIE

2.1. CADRE ET LIEU DE L'ETUDE

2.1.1. Le choix du site

Le site et la situation géographique de Bamako, au carrefour des routes du Nord, celles du Sud-ouest et de l'Ouest ont favorisé son essor rapide et la prospérité qui l'avaient déjà caractérisé depuis le Moyen Age. Constitué, aujourd'hui de deux parties nettement distinctes, Bamako présente aussi un raccourci physique de cet immense pays qui étouffe entre ses frontières. L'ouverture en 1960 du Pont des Martyrs sur le

Niger, en déclenchant « l'explosion urbaine du Sud » accélère le processus d'urbanisation de la ville sur cette rive. L'essentiel, c'est que ce déséquilibre entre les « deux villes » détermine une somme de migrations majoritairement liées au travail, en utilisant la route nationale sept (RN7) qui constitue l'axe principal de desserte nord-sud vers lequel convergent toutes les voies à peine carrossables et celle qui mène vers la Côte d'Ivoire. [20]

Le choix du site justifié par le fait que l'accès aux cibles devant être cohérent et guidé par une bonne connaissance de leur environnement s'intéresse aux informations permettant de mieux les localiser. Cela correspond à un ensemble d'établissement dont les stations d'essence, les places de transits, les gares routières, situés à la sortie Sud-est de la ville de BAMAKO en commune six, faisant accès à la route qui mène vers la Côte d'Ivoire en passant par la ville de Sikasso.

La commune six, créée par l'ordonnance 78-32/CMLN du 18 Août 1978, qui fixe le statut du district de Bamako, couvre une superficie de 8 882 hectares suivant le recensement de 1996 avec 10 quartiers dont 7 périphériques non lotis : Sogoniko, banankabougou, faladiè, Sokorodji, Senou, Yirimadio, Dianègèla, Missabougou, Magnambougou. [34]

2.1.2. Les bases du choix

La ville de BAMAKO a été choisie à cause du taux élevé de sa séroprévalence (2,5%), et opéré sur la base :

- du facteur démographique

BAMAKO, capitale administrative du Mali est la ville la plus peuplée du pays, avec, environ 1 016 167 habitants. On ne peut guère évoquer le poids démographique de la capitale dans le cadre territorial actuel sans souligner le déséquilibre régional qui, pour n'être pas au centre de nos préoccupations, n'en retentit pas moins sur le fonctionnement de la ville, devenue l'une des destinations

privilégiées des sociétés sahéliennes. A un nord-est caractérisé notamment par son éloignement de la capitale, la médiocrité des communications et la dispersion des petits centres administratifs, s'oppose schématiquement un sud-ouest offrant les meilleures virtualités tant industrielles qu'agricoles, sur lequel s'appuie Bamako, dont la croissance très rapide génère les problèmes de fonctionnement d'une grande agglomération. Ainsi la ville est-elle étendue sur 22 kilomètres d'ouest en est et sur 12 kilomètres du nord au sud, de part et d'autre du fleuve Niger, occupant une superficie totale d'environ 26 700 hectares dont 18 200 seraient habités actuellement. [20] BAMAKO est caractérisé par son cosmopolitisme, et sa diversité religieuse. C'est donc un site propice, susceptible de nous fournir toutes les informations sur le VIH/SIDA dans le pays, au risque de biais.

- **du facteur urbain**

BAMAKO est une ville où on y retrouve une multitude d'institutions, ainsi que les plus grands laboratoires de recherche, l'administration centrale de la santé. C'est le siège de plusieurs organisations non gouvernementales et partenaires bilatéraux et organismes internationaux impliqués dans la lutte contre le VIH/SIDA au Mali.

Dans la mesure où elle constitue l'une des grandes villes du Mali, Bamako exerce une forte attraction sur l'ensemble de la population du pays : en moyenne 17 000 personnes affluent tous les ans vers la capitale, attirées notamment par les possibilités d'emploi. C'est que l'essentiel du potentiel économique y est concentré, notamment les établissements des secteurs industriel, tertiaire et l'université, comme en témoigne la présence de plus de 100 entreprises industrielles sur les 164 que compte le Mali, représentant près de 66 % du tissu national, ou encore la présence des principaux opérateurs économiques que sont les institutions financières et les grandes sociétés commerciales maliennes ou étrangères. Cette situation est classique, mais l'essentiel est ailleurs. Il faudra donc largement prendre en compte ce contexte de pauvreté endémique qui caractérise la capitale pour examiner la nature spécifique des vulnérabilités de l'environnement – cadre de vie bamakois face à l'augmentation des populations et des besoins citoyens. Par suite, la

correspondance entre la pauvreté des citadins et la croissance urbaine pose tout naturellement la question des conditions générales, politiques, qui pèsent sur les possibilités d'intervention des uns et des autres dans la ville. [24]

- **du facteur politique et administratif**

L'extension démographique de la ville de Bamako nécessitait une réforme administrative. Depuis l'ordonnance de 1978, elle est constituée en District, circonscription administrative de l'État, située au même niveau hiérarchique que la région, et divisée en 6 communes, chacune ayant sa Mairie et un certain nombre de quartiers. On y retrouve tous les décideurs. Les politiques et programmes de santé y sont définis.

2.2. TYPE ET PERIODE D'ETUDE

Il s'agit d'une étude descriptive et transversale. L'étude s'est déroulée en 2005, sa durée était fonction de la fréquence d'inclusion des routiers dans l'échantillon.

2.2.1. Critères d'inclusion

Il s'agit, de toute personne âgée d'au moins de 18 ans:

- Acceptant librement et de façon volontaire de participer à l'étude.
- Ayant pratiquée la route Bamako-Abidjan-Bamako.
- Ayant un contact permanent avec les routiers (vendeuses, travailleurs migrants, etc.).

2.2.2. Critères de non inclusion

- Refus de participer à l'étude.
- N'être capable de répondre correctement aux questions.

2.3. POPULATION D'ETUDE

2.3.1. Le choix de la population cible

Notre population d'étude est constituée d'un mélange de populations issues des différents groupes avec prédilection pour les routiers sur l'axe Bamako-Abidjan-Bamako.

Le choix de la population cible est justifié par le phénomène du sida replacé dans le contexte des migrations internationales.

Dans le contexte actuel de globalisation où les frontières entre les groupes, les nations et les régions tombent, les migrants passent d'une culture à une autre en faisant face à des normes sexuelles différentes qui les exposent autant que les populations d'accueil, à des risques élevés, notamment au VIH/SIDA. Le lien entre l'expansion du VIH/SIDA et la mobilité peut être explicité davantage suivant une caractéristique principale de la mobilité : la distanciation sociale. Hors de son contexte socioculturel d'origine où la famille et la communauté jouent un contrôle important, la migration favorise un relâchement de ce contrôle social. Le migrant se trouve dans des réseaux sociaux nouveaux, une situation de vulnérabilité plus ou moins prononcée.

Au regard du risque de diffusion, la littérature donne crédit au sens commun. En dehors des touristes, il n'est pas rare de trouver, sous le registre migration et sida, des populations mobiles comme les routiers internationaux, les prostituées, souvent étrangères, les militaires, les commerçants itinérants et même les voyageurs. [24]

Dans la mesure où la grande majorité de cette population est très mobile, avec l'existence de divers lieux de rencontre, il semblait logique de l'approcher dans ce cadre.

2.3.2. L'échantillonnage

2.3.2.1. Taille de l'échantillon

En considérant que 33,5% des individus dans la population générale ne connaissent pas le VIH/SIDA ou ne savent pas si on peut éviter le SIDA²², la taille de l'échantillon sera égale à 342 sujets avec un risque $\alpha = 0,05$, un écart réduit de 1,96 et une précision de 0,05, selon la formule : $n = \varepsilon \cdot \alpha \cdot \sqrt{pq} / i^2$

2.3.2.2. Organisation sur le terrain

Un enquêteur était présent sur les sites. De plus, afin d'augmenter l'acceptabilité des personnes à l'enquête et pour des raisons de confidentialité, on s'est proposé d'opérer avec les responsables ou chefs de lieu, tels que les responsables syndicaux des chauffeurs ou chef de gare ; dont il faudrait obtenir l'accord absolu à autoriser la présence de l'enquêteur superviseur. Cette autorisation a été demandée par courrier et par recommandation avec le nom de l'enquêteur.

La représentativité de l'enquête était difficile à estimer, il manquait très souvent des personnes sur le site et des refus.

2.4. VARIABLES MESUREES

- **Les variables sociodémographiques :** âge, sexe, statut social, niveau d'instruction, obédience religieuse.

- **Les variables afférentes aux connaissances et attitudes :** connaissances et attitudes vis-à-vis des MST/VIH/SIDA, la perception du risque VIH/SIDA, niveau d'information par rapport à la maladie.

²² Enquête Démographique (III). Op. Cit.

- **Les variables relatives aux comportements sexuels** : le nombre et type de partenaires sexuels, les antécédents de MST et l'utilisation des préservatifs.
- **Les variables relatifs à l'acceptation ou l'IEC**: test de dépistage, choix de prévention et leurs méthodes fréquemment utilisées.

2.5. COLLECTE DES DONNEES

2.5.1. Les outils d'investigation ou de collecte des données

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

- Caractéristiques sociodémographiques des répondants,
- Connaissances et attitudes vis-à-vis du VIH/SIDA,
- Comportements sexuels et utilisation des condoms,
- Niveau de sensibilisation sur le VIH/SIDA.

2.5.2. Considérations éthiques

La participation des différents groupes aux enquêtes était volontaire. Des mesures ont été prises pour assurer le respect de la dignité et la liberté de chaque individu invité à participer. Pendant l'enquête, un accent particulier a été mis sur l'importance d'obtenir le consentement volontaire du participant, sollicité avant l'interview (au risque bénéfique), et éviter la coercition et l'importance d'assurer la confidentialité des participants. Les noms des participants n'ont pas été repris sur les questionnaires.

2.5.3. Les difficultés rencontrées sur le terrain

Le but était de réaliser un échantillon aléatoire représentatif, au niveau du district de Bamako, de la population des routiers pratiquant l'axe Bamako-Abidjan-Bamako sur leurs connaissances, attitudes et pratiques comportementales vis-à-vis du VIH/SIDA et leur perception au risque VIH, etc.

La première difficulté fut celle de la détermination de la taille de notre échantillon et celle dans lesquelles les passations de questionnaires ont pu être réalisées sur les lieux cibles : l'encombrement des lieux qui rend difficile l'attribution d'un espace permettant une passation dans de bonnes conditions de confidentialité.

Les entretiens prenaient parfois l'allure des séances de counselling. Ceci parce que les répondants ne cessaient de poser des questions qui tendaient parfois à désorienter l'enquête. Ces questions étaient toutes orientées vers la recherche des solutions à leurs conditions. Le scepticisme des maliens pour qui le VIH/SIDA reste toujours une maladie honteuse n'était pas de nature à nous faciliter la tâche.

La représentation sociale, sur les MST et VIH/SIDA, de certaines personnes interférait parfois sur le déroulement de l'enquête sans modifier le score des tests. Souvent la plupart de ces personnes, analphabètes ou toxicomanes, n'étaient pas en état de répondre à un questionnaire, du fait de leur conception personnelle sur le déroulement de l'enquête ou de troubles cognitifs. Alors elles ont été exclues de l'étude. Malgré ces difficultés rencontrées, nous avons été confrontés à d'autres d'ordre général, qui sont :

- Une sous-estimation du volume du travail pour la reproduction des fiches d'enquête avant le démarrage de la collecte des données sur le terrain ; ce qui a conduit à quelques erreurs dans l'assemblage des fiches (absence de certaines pages, agrafage à l'envers, etc.). pour y pallier, il a fallu dégager du temps pour trier et compléter les questionnaires incomplets.

- Difficulté d'avoir le consentement des répondants. Ce qui a occasionné plusieurs visites dans le site de l'enquête.

2.5.4. Les limites de l'étude

Compte tenu du caractère exploratoire de notre étude, la multitude des variables recueillies ne peuvent être toutes analysées dans le cadre restreint d'une thèse de doctorat en médecine et de plus les informations recueillies auprès des routiers ne sont pas vérifiables.

2.6. SAISIE ET INFORMATION DES DONNEES

Le dépouillement et l'analyse du contenu ont été réalisés avec EPI-INFO version 6. Dès le début de la collecte des données, un masque de saisie a été élaboré sur le logiciel. Le masque de saisie suit le schéma de pré-codification des questionnaires. Tous les items du questionnaire ont été pris en compte au niveau du masque. Un pré-test du champ nous a permis d'apporter les ajustements nécessaires.

Le texte définitif a été saisi dans Power point, Page maker, Excel, Access et Microsoft Word de Windows XP professionnel.

RESULTATS

III. RESULTATS

3.1. CARACTERISTIQUES DES REpondANTS :

3.1.1. Catégories professionnelles :

Tableau I: Répartition de l'échantillon en fonction des professions

Profession	Fréquences	Pourcentages
Apprentis	82	24,0%
Coxeurs	55	16,1%
Commerçants	53	15,5%
Chauffeurs	52	15,2%

Vendeuses	52	15,2%
Autres ²³	48	14,0%
Total	342	100%

Les catégories professionnelles sont hétérogènes et font état d'une représentation d'employés apprentis plus forte (24%) que les autres groupes.

3.1.2. Ages et Sexe :

Tableau II : Répartition de l'échantillon selon le sexe

Sexe	Fréquences	Pourcentages
Hommes	243	71,1%
Femmes	99	28,9%
Total	342	100%

Notre échantillon est composé de 71 % d'hommes contre 29 % de femmes avec un sex ratio de 2,45 en faveur des hommes.

3.1.3. Statut matrimonial :

Tableau III : Répartition de l'échantillon selon le statut matrimonial

Union	Fréquences	Pourcentage
Célibataires	207	60,5%
Marié (e) s (Monogames/ Polygames)	88	25,7%
Concubinage	20	5,8%
Divorcé (e) s/ Veuf (ve) s	7	2,0%
Total	342	100%

Les répondants sont majoritairement célibataires (60,5%).

3.1.4. Le niveau d'instruction :

Tableau IV : Répartition de l'échantillon selon l'instruction

²³ Autres : représentés par les Douaniers et les Transitaires qui sont engagés dans le processus d'escorte douanière et de transit.

Instruction	Fréquence	Pourcentage
Non scolarisé	178	52,0%
Primaire	81	23,7%
Secondaire 1	52	15,2%
Secondaire 2 et +	31	9,1%
Total	342	100%

Plus de la moitié (52%) des répondants sont non scolarisés.

3.1.5. Religion :

Tableau V : Répartition de l'échantillon en fonction de la religion pratiquée

Religion	Fréquence	Pourcentage
Musulmans	307	89,8%
Chrétiens	27	7,9%
Autres	8	2,3%
Total	342	100%

Dans notre population d'étude, trois grands groupes religieux sont représentés avec une nette prédominance des musulmans (89,8%).

3.1.6. Condition de vie en voyage²⁴ :

3.1.6.1. Isolement affectif :

²⁴ Pour appréhender les conditions de vie en migration, nous avons défini un certain nombre de variables qui tentent d'opérationnaliser les concepts d'isolement social, d'isolement affectif, etc. L'isolement affectif est mesuré par le fait de vivre ou non au moment du voyage avec un (e) partenaire sexuel (le) sous le même toit. L'isolement social est appréhendé à travers le fait d'avoir été accompagné lors du dernier voyage par un parent, un ami, un partenaire sexuel (autre que l'époux (se)) ou être seul en voyage, etc.

Tableau VI : Répartition de l'échantillon selon l'isolement affectif

Vivez-vous actuellement avec un (e) partenaire sexuel sous le même toit ?	Fréquences	Pourcentages
Oui	133	38,9%
Non	209	61,1%
Total	342	100%

La majorité des répondants sont en isolement affectif avec 61,1%.

3.1.6.2. Isolement social :

Tableau VII : Répartition des répondants ayant une notion de voyage en fonction des conditions de vie en voyage

Ayant voyagé	Fréquences	Pourcentages
Seul (s)	169	55,0%
Avec ami (e) s	70	22,8%
Avec un partenaire sexuel	7	2,3%
Avec époux (se)	3	1,0%
Autres	58	18,9%
Total	307	100%

Plus de la moitié des répondants se déplaçait seule (55%) au moment de l'enquête.

3.2. CONNAISSANCES ET ATTITUDES RELATIVES AUX IST/VIH/SIDA :

3.2.1. VIH/SIDA

3.2.1.1. Niveau de sensibilisation sur le VIH/SIDA

Tableau VIII : Répartition de l'échantillon selon la sensibilisation sur la maladie

Avez-vous entendu parler de VIH/SIDA ?	Fréquences	Pourcentages
Oui	335	97,95%
Non	7	2,04%
Total	342	100%

La quasi-totalité (97,95%) des répondants a déjà entendu parler de VIH/SIDA.

3.2.1.2. Connaissances des méthodes de prévention et de transmission du VIH/SIDA

Tableau IX : Répartition des répondants selon la connaissance qu'il existe un moyen d'éviter le VIH/SIDA

D'après vous, existe-t-il un moyen d'éviter le VIH/SIDA ?	Fréquences	Pourcentages
Oui	137	40,1%
Non	77	22,5%
Ne sais pas	128	37,4%
Total	342	100%

40,1% des répondants savent qu'il existe un moyen d'éviter le VIH/SIDA.

Tableau X : Répartition des répondants selon la connaissance globale sur les méthodes de prévention et de transmission du VIH/SIDA.

Connaissance globale sur les méthodes de prévention et de transmission du VIH/SIDA	Fréquences	Proportions
Bonne	67	19,6%
Légère	115	33,62%
Mauvaise	160	46,8%
Total	342	100%

Seuls 19,6% des personnes interrogées connaissent avec certitude les modes de transmission du VIH/SIDA.

Tableau X : Connaissance globale des répondants sur les méthodes de prévention et de transmission du VIH/SIDA selon l'instruction

Connaissance globale sur la prévention et la transmission du VIH/SIDA	Instruction			
	Non scolarisé (e) s	Primaire	Secondaire 1	Secondaire 2 et +
Bonne	7,86	19,75	34,61	61,29
Légère	27,52	39,50	48,07	29,03
Mauvaise	64,60	40,74	17,30	9,67
Total	178	81	52	31

Khi=83,72 DL=6 P=0,0000

La connaissance sur les méthodes de transmission et de prévention du VIH/SIDA augmente avec l'instruction des enquêtés.

3.2.1.3. Attitudes envers les Personnes vivant avec le VIH

Tableau XI : Répartition des répondants selon la tolérance

Tolérance	Fréquences	Pourcentages
Bonne	85	24,9%
Légère tolérance	122	35,7%
Mauvaise tolérance	135	39,5%
Total	342	100%

24,9% des répondants ont une bonne attitude envers les Personnes vivant avec le VIH.

3.3. Maladies Sexuellement Transmissibles (MST)

3.3.1. Connaissances de MST

Tableau XII : Répartition selon la connaissance de MST

Avez-vous entendu parlé de MST ?	Fréquences	Pourcentages
Oui	263	76,9%
Non	79	23,1%
Total	342	100%

La grande majorité (76,9%) des enquêtés des différents groupes déclarent avoir déjà entendu parler des MST.

3.3.2. Antécédents de MST²⁵

Tableau XIII : Répartition selon les antécédents de MST

Avez-vous déjà eu un signe simulant une MST ?	Fréquences	Pourcentages
Oui	77	22,5%
Non	145	42,4%
Ne sais pas	120	35,1%
Total	342	100%

22,5% des répondants ont tendance à reconnaître avoir contracté les MST.

Tableau XIV : Proportion des répondants aux antécédents de MST selon le sexe

Avez-vous déjà eu un signe simulant une MST ?	sexe	
	Hommes	Femmes

²⁵ Les infections sexuellement transmissibles sont généralement considérées comme des maladies honteuses. De ce fait, peu de personnes (22,5% : Graphique 37) ont souvent tendance à reconnaître avoir contracté ces maladies. Pour limiter les sous-déclarations, l'on a pas spécifiquement demandé aux enquêtés s'ils ont eu une IST au cours des 12 derniers mois, mais plutôt s'ils ont eu un des symptômes simulant une IST. L'on a pu ainsi déterminer la proportion des répondants qui au cours des 12 derniers mois ont eu soit une décharge génitale, soit des ulcères génitaux. Sont considérés comme ayant eu une IST au cours des 12 derniers mois les individus qui reconnaissent avoir eu l'un de ces signes au cours de cette période.

Oui	15,63	39,39
Non	50,20	23,23
Ne sais pas	34,15	37,37
Total	243	99

Khi=29,91 DL=2 P=0,0000

Le sexe féminin semble plus concerné par les atteintes de MST avec 39,39%.

Tableau XV : Proportion des répondants aux antécédents de MST selon l'âge

Avez-vous déjà eu un signe simulant une MST ?	Age			
	18 – 23	24 – 29	30 – 35	36 – 41
Oui	21,5	23,07	23,68	21,42
Non	27,95	55,55	40,78	41,07
Ne sais pas	50,53	21,36	35,52	37,5
Total	93	117	76	56

Khi=22,26 DL=6 P=0,001

Les personnes âgées de 30 à 35 ans sont les plus atteintes (23,68%).

Tableau XVI : Proportion des répondants aux antécédents de MST selon le statut matrimonial

Avez-vous déjà eu un signe simulant une MST ?	Statut matrimonial			
	Célibataires	Marié (e) s (Monogames/ Polygames)	Divorcé (e) s/Veuf (ve) s	Concubinage
Oui	20,28	22,85	70	20

Non	45,89	40	10	35
Ne sais pas	33,81	37,14	20	45
Total	207	105	10	20

Khi=15,44 DL=6 P=0,01

Les divorcées ou veuves sont les plus représentées par cette atteinte de MST avec 70%.

3.3.3. Attitudes thérapeutiques

Tableau XVII : Répartition des enquêtés aux antécédents de MST ayant recours au traitement

Ayant recours au traitement anti-MST	Fréquences	Pourcentages
Oui	63	87,5%
Non	9	12,5%
Total	72	100%

Il apparaît que dans l'ensemble, plus de personnes ayant contractée une MST ont recouru à un soin de traitement (87,5%).

Tableau XVIII : Les itinéraires thérapeutiques

Itinéraires thérapeutiques	Fréquences	Pourcentages
Automédication	11	17,5%
Médecine moderne	15	23,8%
Médecine traditionnelle	17	27%
Médecine mixte	20	31,7%
Total	63	100%

Plus de personnes (31,7%) ont recouru aux deux formes de traitement.

3.4. COMPORTEMENTS SEXUELS ET LA PREVENTION :

3.4.1. Pratiques sexuelles et facteurs à risque :

3.4.1.1. Historique sexuel :

Tableau XIX: Comportement sexuel récent des enquêtés ayant eu de rapport sexuel

	Professions					
	Chauffeurs	Apprentis	Coxeurs	Commerçants	Vendeuses	Autres
% des répondants ayant eu de	100	97,56	100	98,11	88,46	95,83

rapport sexuel						
% des répondants ayant eu de rapport sexuel au cours du voyage	26,92	27,5	16,36	17,30	-	13,04
% des répondants ayant eu plus d'un partenaire sexuel les 12 derniers mois	51,92	86,25	56,36	38,46	67,39	30,43
% ayant eu de rapport sexuel avec un partenaire occasionnel les 12 derniers mois	26,92	58,75	32,72	30,76	36,95	21,73
% ayant eu des rapports payant les 12 derniers mois	9,61	28,75	14,54	3,84	-	4,34
Total	52	80	55	52	46	46

Chi=53,21 DL=20 P=0,000076

Les résultats du Tableau XIX montrent que quelque soit le groupe cible considéré, le phénomène de comportement sexuel à risque est de règle, caractérisé d'une part par le multi partenariat et d'autre part par le recours aux partenaires irréguliers et aux prostituées.

3.4.1.2. Utilisation du condom

Tableau XX : Répartition des répondants sexuellement actifs en fonction de l'utilisation du condom lors du dernier rapport sexuel

A utilisé le condoms	Fréquence	Pourcentage
Oui	112	33,8%
Non	219	66,2%
Total	331	100%

33.8% des répondants déclarent avoir utiliser le condom lors du dernier rapport sexuel.

Tableau XXI : Proportion de répondants sexuellement actifs qui déclarent avoir utiliser le condoms lors du dernier rapport sexuel selon le statut matrimonial

Condom	Statut matrimonial			
	Célibataires	Marié (e) s (Monogames/ Polygames)	Divorcé (e) s/Veuf (ve) s	Concubinage
Oui	50,25	7,69	20	15
Non	49,74	92,30	80	85
Total	197	104	10	20

Khi=59,49 DL=3 P=0,0000

Le tableau ci-dessus permet de constater que lors du dernier rapport, le condom a davantage été utilisé lorsque le lien avec le partenaire est lâche.

Tableau XXII : Utilisation du condom selon l'instruction

Condom	Niveau d'étude			
	Non scolarisé (e) s	Primaire	Secondaire 1	Secondaire 2 et +
Oui	28,07	28,75	38,77	70,96
Non	71,92	71,25	61,22	29,03
Total	171	80	49	31

Khi=23,09 DL=3 P=0,00003

Le taux d'utilisation du condom croit avec le niveau d'instruction.

Tableau XXIII : Répartition selon les raisons de non utilisation du condom

Raisons de non utilisation du condom	Fréquences	Pourcentages
Condom coûte cher	1	0,4%
Je n'avais pas	7	3,1%

Condom diminue le plaisir	22	9,8%
Refus du partenaire	27	12,1%
Confiance en son partenaire	44	19,6%
Non justifiée	123	54,9%
Total	224	100%

Les types de raisons avancées pour la non-utilisation des condoms ne sont pas justifiés, pour 54,9% des cas.

3.5. COMMUNICATION/CHANGEMENTS/COMPORTEMENTS

3.5.1. Perception du risque MST/VIH

Tableau XXIV : Répartition de l'échantillon selon la perception du risque MST/VIH

Perception du risque	Fréquence	Pourcentage
Ne courent pas de risque	67	19,6%
Courent un risque	75	21,9%
Ne sais pas	200	58,5%
Total	342	100%

Les répondants ont une faible perception du risque de contracter le VIH/SIDA

3.5.2. Dépistage

Tableau XXV : Répartition de l'échantillon selon l'acceptation du test de dépistage

Acceptent de se faire dépister	Fréquence	Pourcentage
Oui	76	22,2%
Non	173	50,6%

NSP	93	27,2%
Total	342	100%

22,2% des répondants déclarent accepter se faire dépister.

3.5.3. Attitudes personnelles face aux risques : Choix de prévention

Tableau XXVI : Répartition de l'échantillon selon le choix de méthode de protection contre les MST/VIH/SIDA

Avez-vous choisi une méthode de protection contre le VIH/SIDA ?	Fréquences	Pourcentages
Oui	149	43,7%
Non	193	56,4%
Total	341	100%

43,7% des répondants déclarent avoir choisi une méthode de protection contre le VIH/SIDA.

Tableau XXVII : Répartition des répondants déclarant avoir choisis une méthode de protection contre les MST/VIH/SIDA selon l'instruction

Avez-vous choisi une méthode de protection contre le VIH/SIDA ?	Instruction			
	Non scolarisé (e) s	Primaire	Secondaire 1	Secondaire 2 et +
Oui	23,03	53,08	73,07	87,09
Non	76,96	46,91	26,92	12,90
Total	178	81	52	31

Khi=75,82 DL=3 P=0,0000

Le tableau ci-dessus montre que plus on est instruit plus la susceptibilité, de choisir une méthode de protection contre le VIH/SIDA, est grande.

Tableau XXVIII : Les méthodes de protection fréquemment citées

Méthodes	Fréquences	Pourcentages
Abstinence	3	2,0%
Condoms/Fidélité/Abstinence	1	0,7%
Condoms	93	62,4%
Condoms/Abstinence	1	0,7%
Fidélité/Condoms	1	0,7%
Fidélité	48	32,2%
Prudence	1	0,7%
Vigilance	1	0,7%
Total	149	100%

Il est clair que le condom reste le plus cité (62,4%) par les répondants comme méthode de protection choisi contre les MST/VIH/SIDA.

COMMENTAIRES

ET

DISCUSSIONS

IV. COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS

4.1. Caractéristiques sociodémographiques

Les enquêtés sont relativement jeunes (18-23 ans : 27,2% et 24-29 ans : 34,2%), en majorité célibataires (60,5%) dont 61,1% sont en isolement affectif. Une grande majorité d'entre eux est non scolarisée (52,0%) et se déplace seule (55%). Ils sont, pour une large part, musulmans (89,8%). Toutes ces caractéristiques sont susceptibles d'influencer sur les connaissances de ces enquêtés dans le domaine des MSTVIH/SIDA et sur leur comportement sexuel.

4.2. Connaissances liées au VIH/SIDA

Les résultats montrent que le niveau des connaissances générales sur le VIH/SIDA est élevé en raison d'une exposition quasi générale (97,95% ont entendu parlé du VIH/SIDA) à l'information sur la pandémie.

Le niveau des connaissances spécifiques de la maladie gagnerait cependant à être renforcé. L'évaluation de la connaissance des méthodes de prévention indique que 19,6% des personnes sondées connaissent avec certitude les moyens de prévention et de transmission du VIH/SIDA. Ce résultat est non appréciable et prouve l'existence d'obstacles dans les efforts consentis en matière de sensibilisation. De plus, meilleure semble être la connaissance concernant la visibilité de la pandémie selon que le niveau d'étude est élevé. Cela peut en principe susciter une mauvaise prise de conscience sur le comportement sexuel à adopter.

Contrairement aux autres connaissances, les populations cibles exhibent une faible connaissance (40,1%) sur l'existence des moyens de prévention du VIH/SIDA. Ce résultat est surprenant, surtout en ce qui concerne Bamako et Abidjan où l'exposition à l'information sur le VIH/SIDA est potentiellement plus grande. Il montre par ailleurs que la médiatisation excessive de l'information à VIH entraîne peut être une banalisation et une annulation de l'information.

Les résultats de notre étude sont similaires à ceux de l'étude réalisée dans le cadre du PSAMAO et du BSS qui ont montré une persistance de connaissances erronées, et une faible connaissance des précautions à prendre pour éviter le SIDA en dépit du niveau de connaissance générale élevé chez les routiers. [5, 6, 18, 23]

4.3. Comportement sexuel et utilisation de condom

Le comportement sexuel est l'un des comportements sociaux les plus complexes. Les normes sexuelles acceptées, liées étroitement à la conception des rapports entre les hommes et les femmes et aux normes religieuses, sont très retranchées derrière des tabous sociaux qui limitent le dialogue. Dans le cas particulier de l'Afrique, continent où la transmission se fait essentiellement par voie hétérosexuelle, le VIH/SIDA entraîne désormais, des débats sur les comportements sexuels et leurs relations avec la maladie, la mort et la vie. Ainsi, tandis que les facteurs à risque pour le VIH/SIDA dépendent des schémas de comportements propres à chaque pays, les facteurs principaux de risque sont liés directement aux schémas et aux modes de comportement sexuel. Ce sont notamment les rapports sexuels sans protection, les partenaires sexuels multiples, l'infection antérieure par les MST et l'usage peu fréquent des contraceptifs, surtout les préservatifs [6]. C'est donc la connaissance de tous ces facteurs qui permettra l'adoption de meilleurs schémas de prévention à appliquer aux populations ciblées.

Les données mettent en évidence la prévalence d'un comportement sexuel dangereux dans la population enquêtée. Ce comportement se définit par la multiplicité des partenaires sexuels et le recours aux prostituées. Le fait que le

phénomène persiste quelque soit les caractéristiques sociodémographiques considérées indique que le multi partenariat est une pratique courante dans nos sociétés. Ce « vagabondage sexuel » est favorisé par le statut des chauffeurs, apprentis, coxeurs et commerçants qui sont appelés à se déplacer souvent et à rester plusieurs jours, voir des mois hors de leur domicile. Les vendeuses gravitent autours de ces personnes et sont des cibles faciles.

Il est bien connu que le multipartenariat et le recours aux prostitués accroissent le risque d'infection à VIH. Ce risque est atténué par l'utilisation du condom qui est relativement peu importante, dans notre étude pour 33,8% des cas, lors du dernier rapport sexuel.

Il est nécessaire de comprendre pourquoi ce type de comportements persiste malgré des campagnes de sensibilisation et le degré d'information sur la maladie. On peut cependant remarquer que l'utilisation du préservatif augmente considérablement avec le risque encouru, surtout lorsque le lien avec le partenaire est lâche. En définitive, la population sondée semble avoir un comportement rationnel dans l'utilisation du condom, même si ce comportement est loin d'être sécuritaire et responsable. L'utilisation du préservatif est basée sur l'évaluation du risque que comporte la relation sexuelle. Le risque encouru étant plus élevé par ordre d'importance avec les partenaires commerciales, qui ne sont que des professionnelles de sexe, et les partenaires occasionnelles (non régulières, non commerciales) qu'avec celles régulières.

Le type de raisons avancées pour la non-utilisation des condoms indique que beaucoup restent à faire. Ces raisons ne sont pas justifiées, pour 54,9% des cas.

Parmi ces principales raisons évoquées pour justifier la non utilisation du préservatif, deux sont intrinsèquement liées aux caractéristiques individuelles des populations concernées. Il s'agit du fait de ne pas aimer le préservatif pour une raison que « le condom diminue le plaisir » et du « refus du partenaire » quant à son utilisation. Plus explicitement, ces réticences à l'utilisation du préservatif sont surtout le fait du dilemme qui lui est rattaché: le préservatif comme geste contraceptif ou

comme un comportement prophylactique. Cette attitude de refus, pourrait s'expliquer par la perception du préservatif comme un obstacle: (i) un obstacle symbolique et physique au plaisir sexuel et à l'insémination (au sens de dépôt de la semence masculine dans les voies génitales féminines); (ii) un obstacle psychologique quant à sa négociation, compte tenu des sentiments amoureux qui lient les partenaires; (iii) un obstacle créé par la croyance en sa défectuosité et à son inefficacité.

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

Pour cette population majoritairement de confession religieuse musulmane et chrétienne, une autre raison évoquée pourrait être un obstacle de taille à l'utilisation du préservatif. Il s'agit de la croyance en l'origine divine du SIDA. L'existence du SIDA est ainsi assimilée à une fatalité, d'où la résignation de ces populations à la non utilisation de préservatif surtout que celui-ci touche à la procréation, un domaine divin. Ils considèrent donc que l'effet contraceptif de la capote est un inconvénient de taille à son utilisation comme préservatif. [9]

« La non disponibilité du préservatif » quant à elle se réfère surtout à l'environnement socio-économique. Elle met en évidence les insuffisances du système d'approvisionnement des points de vente ou de distribution de préservatifs, accessibles aux populations cibles. Aussi, le marketing social devrait-il être mis en oeuvre pour palier au mieux à cette carence des lieux d'approvisionnement en préservatifs, dans les sites d'habitation des migrants.

Dans une population à moindre risque, la raison « confiance en son partenaire » peut signifier que les gens sont avertis du danger et qu'ils ont évalué les risques avant de prendre une décision. Si aucun des partenaires n'est infecté et s'ils ont confiance l'un en autre, ne pas utiliser le condom est une décision raisonnable.

Toutefois, ce comportement comporte des risques quand on sait que l'infidélité est assez répandue et que les gens ne savent généralement pas s'ils sont infectés ou non. Seulement 22,2% des répondants acceptent de se faire dépister. Cet état des faits serait lié à la méconnaissance des avantages à connaître son statut sérologique et peut-être à la peur d'affronter la réalité dans le cas où le résultat serait positif. Il faudrait encourager les routiers à faire le test de dépistage car le fait de connaître son statut aide à prendre les dispositions nécessaires pour mieux se protéger, protéger sa famille et planifier l'avenir. Toutefois des mesures relatives à la prise en charge (prise en charge psychologique pré et post counseling, médicaments, traitement des opportunistes) devraient accompagner cette initiative.

On peut y voir un changement dans les comportements, bien qu'encore timide – parce que pas à la mesure des attentes et des moyens mis en œuvre – dans la mesure où les gens sont en train de choisir le moment d'utiliser le condom après avoir reçu l'information sur le SIDA (ici 62,4% des répondants déclarant avoir choisi une méthode de protection contre les MST/VIH/SIDA).

Il est de plus en plus admis qu'en matière de communication pour le changement de comportement, notamment la prévention des MST/SIDA, l'une des variables intermédiaires, entre la connaissance et la pratique, sur laquelle il faut agir pour amener la population ciblée à modifier, dans le sens voulu, son comportement est la *perception que cette cible se fait de son propre degré d'exposition au risque d'être affectée par l'évènement négatif* (ici contracter les MST/SIDA) [19].

Une grande inquiétude présente vis-à-vis du SIDA se dégage au regard du taux de perception du risque de contracter le VIH/SIDA (21,9% courent un risque contre 19,6% ne courent pas un risque). Il apparaît un faible degré de perception du risque d'être infecté par les MST/SIDA.

En somme, le chemin qui reste à parcourir pour amorcer un changement significatif dans les comportements sexuels est encore long. Il faudrait développer des actions qui aideraient à provoquer « le déclic », étant donné que l'étude montre que l'instruction augmente la probabilité d'utiliser le condom.

4.4. Connaissance et prévalence des MST

Le niveau de connaissance des MST est relativement élevé. 76,9% des répondants ont entendus parlés de MST.

On remarque que la prévalence des MST est de 22,5%. Même si on n'a enregistré aucun refus de répondre à cette question, ce niveau de prévalence indiquerait une volonté manifeste de cacher la réalité. On pourrait également suspecter la façon dont les questions ont été formulées et/ou posées lors de l'enquête. Cette question est très personnelle et fait partie de celles connues pour leur sensibilité et de ce fait nécessite qu'un minimum de précautions soient prises. Toutefois, la proportion des MST élevée chez les personnes âgées de 30 – 35 ans (23,68%), de sexe féminin (39,39%), divorcées/veuves (70%) fait penser aux effets de certains impératifs culturels ou sociaux ou religieux ou biologiques. Cette biographie sexuelle et affective s'insère au croisement de plusieurs dimensions comme l'existence de relation amoureuse, stable ou non, avec ou sans cohabitation, inscrite ou non dans la légalité, avec ou sans relations occasionnelles. Pour chaque personne, la situation actuelle est marquée par des configurations antérieures des parcours affectifs. Ce phénomène peut s'expliquer par un réengagement dans la sexualité, par une modification de la perception de la dangerosité du VIH. Des études qualitatives ont pu mettre en évidence parmi les femmes qui n'avaient pas commencé de grossesses, la souffrance singulière de désirer un enfant²⁶... De plus, il apparaît que les femmes africaines, en particulier quand elles n'ont pas encore d'enfant, ne modifient pas leurs projets de maternité²⁷... Ainsi, l'appréciation des risques mais aussi la représentation du statut social de la mère et de la place de l'enfant peuvent être différentes selon l'origine culturelle. Par ailleurs, cette normalisation relative à l'égard de la parentalité irait de pair avec une normalisation du non-projet d'enfant et poserait donc la question de la contraception. Or, le discours tenu sur la perception des risques par le corps médical oriente... la décision de la femme ou du couple. L'objectif des médecins qui, est souvent de bien informer

²⁶ **Coulon M.** (1994) « Women with AIDS : A Sociological study of HIV dans Enquête Vespa [En ligne] <http://www.vcharite.univ>.

²⁷ **Meyer et al.**, (1998). Incidence of pregnancies in HIV-infected women between 1998 and 1996. 12th World Conference, Genève 1998. Poster 24200. Cité dans Enquête Vespa [En ligne] <http://www.vcharite.univ> mrs.....

des possibilités de contraception et des risques de contamination, respecte le choix d'une femme ou d'un couple. Si la plupart des femmes utilisent le préservatif comme moyen de contraception, des accidents sont toujours possibles [38]. Etant donné que d'abord, la part des hétérosexuels parmi les personnes atteintes augmente d'année en année. Plus récemment infectés, ils sont significativement plus nombreux à être au stade asymptomatique. Parallèlement, la proportion de femmes parmi la population atteinte augmente elle aussi régulièrement. [17] Ce résultat est conforme à l'analyse de Amat-Roze, J.M (1994) qui atteste une prévalence élevée de VIH/SIDA chez les femmes de 15 à 34 ans et que le statut matrimonial a une influence certaine. Au Rwanda, J-F. Gotanègre a trouvé qu'en 1990, 79 % des divorcés, séparés ou concubins malades étaient des femmes et que les veuves étaient 4 fois plus atteintes que les veufs. [3]

Des études ont en effet montré que l'importance de l'épidémie du SIDA dans les pays en développement et plus particulièrement en Afrique est due en grande partie aux MST. Leur prévalence y est élevée et la probabilité moyenne de transmission y est importante [16]. Cet état des faits serait dû à un brassage de population relativement important, au retard dans le diagnostic et le traitement et à une proportion relativement faible de patients traités. Des programmes de contrôle des MST, grâce à un diagnostic et traitement précoces combinés à la promotion de pratiques sexuelles à moindre risque ont prouvé qu'ils réduisent significativement le taux d'infection à VIH par le biais des MST.

Le comportement lors des épisodes de MST laisse prévoir des progrès clairement perçus dans la lutte contre le VIH/SIDA. Une proportion importante cherche à se faire soigner (87,5%). Selon les itinéraires thérapeutiques, peu de personnes (17,5%) ont fait l'automédication. Le recours à une structure de soins appropriée - 23,8% pour la médecine moderne, 27% pour la médecine traditionnelle, et 31,7% de personnes ont utilisé les deux formes de médecine – soutient l'affirmation de l'OMS, selon laquelle, la médecine traditionnelle reste le premier recours de 80% de la population africaine pour les soins de santé primaires [33].

CONCLUSION

ET

RECOMMENDATIONS

V. CONCLUSION

Notre étude avait pour objectif de mesurer les tendances comportementales relatifs aux MST/VIH/SIDA des populations cibles.

Notre investigation nous a permis non seulement d'inventorier et analyser les comportements à moindre risque de notre population cible mais aussi de comprendre l'existence indéniable de certain phénomène, notamment le multipartenariat en matière de sexualité.

Il est possible dans une autre étape de faire une analyse plus approfondie des résultats obtenus ainsi que des comparaisons avec d'autres enquêtes [23] et certainement d'autres pays. Ces exercices apporteront leur réelle dimension à l'enquête sur les comportements et permettront de réviser les outils et la méthodologie.

Si l'étude des comportements nous fournit des informations utiles sur l'évolution des attitudes et des pratiques elle ne peut rendre compte des contextes. Une bonne appréhension du contexte fournit des éléments indispensables pour des actions adaptées. Ces questions pourraient trouver une explication dans une autre étude. Nous pouvons citer le hiatus entre le niveau de connaissance et un comportement peu sécurisant. Ces recherches pourraient aussi en terme de prévention parvenir à la mise en place d'actions plus spécifiques. L'inclusion d'une recherche qualitative dans le processus de surveillance des comportements, mis en parallèle avec la recherche sentinelle pourrait aboutir à une bonne connaissance du milieu, des attitudes, des

pratiques, de l'évolution de la population, de même que de la séroprévalence pour les MST/VIH/SIDA.

De cette étude, on peut dégager les déterminants ci-après :

Globalement, les connaissances relatives aux VIH/SIDA et les comportements sexuels sont décourageants. Le faible niveau de connaissance malgré une bonne information montre l'existence d'une annulation probable des informations par une forte médiatisation ou autres détours qu'il faut chercher à identifier. En dépit de cela, la résistance à l'utilisation du condom, la faible connaissance de certains modes de transmission ou de prévention du VIH/SIDA sont liées à un large éventail de valeurs et croyances diverses qui ne peuvent pas être facilement surmontées. Il existe toujours un décalage entre les connaissances acquises et les changements de comportement et entre les déclarations des individus sur leur comportement et la réalité de ce comportement. La répétition d'une enquête d'opinion utilisant la même méthodologie permettrait de mettre en évidence des évolutions dans les comportements. Par ailleurs, certains indicateurs indirects tels que la religion constituent un facteur de différenciation en ce sens qu'elle est susceptible d'influer sur le comportement de l'individu et son importance dans les études de population n'est plus à démontrer. Cette comparaison est difficile dans le cadre de notre étude car la faiblesse des effectifs rend l'interprétation non pertinente.

RECOMMANDATIONS

Pour limiter la propagation de l'épidémie, il faut donc encourager des changements de comportement sexuel. Il deviendrait ainsi important d'intensifier les campagnes d'information et de sensibilisation, principalement à travers des stratégies de communications interpersonnelles et de masse, qui s'attachent à :

- Identifier et démentir les fausses rumeurs sur l'existence et les modes de transmission du SIDA ;
- « personnaliser » les messages sur le SIDA ;
- Prendre en compte la grande mobilité dans la conception des messages ;
- Se doter d'outils de communication adéquats en tenant compte de la grande diversité des origines des groupes de populations ciblées ;
- Délivrer les messages-clés devant coller le plus possible à la réalité vécue au quotidien ;
- Minimiser les risques de propagation liés à leur grande mobilité par des interventions plus ciblées ;
- Se servir des « histoires » vraies et vécues, notamment par les populations cibles elles-même dans l'exercice de leurs métiers, pour les amener à se sentir davantage concernés par le SIDA, et par conséquent, à modifier leurs perceptions vis-à-vis de cette maladie ;
- Encourager les populations ciblées à utiliser les services de santé comme recours thérapeutique en leur offrant et favorisant la distribution d'une cartographie actualisée des sites de prestation sur les grands axes routiers ;
- Renforcer la promotion et l'usage consistant du condom ;

- Encourager le dépistage volontaire, anonyme, et le traitement gratuit du VIH pour une prévention plus responsable ;
- Renforcer la collaboration entre pays (projets transfrontaliers)

Trois stratégies d'intervention sont généralement envisagées pour diffuser une information spécifique auprès des populations mobiles; chacune tente de contourner la difficulté d'identification des migrants : (1) agir le long des voies de circulation ; (2) intervenir sur les lieux de destination finale ; (3) intervenir lors du retour.

BIBLIOGRAPHIE

BIBLIOGRAPHIE

1. **Alain Sichel.** *Mémo VIH.* Professionnel – Rubrique Fiches pratiques. CYES/CIRDD 2003: 3. [En ligne]: http://www.cyes.info/professionnels/fiches_pratiques/memo_vih.php.
2. ALS – SIDAWEB 2002. [En ligne] [http:// www.sidaweb.com/vih.htm](http://www.sidaweb.com/vih.htm) (Page consultée le 13/09/2004).
3. **Amat-Roze J.M, Dumont G.F,** Le SIDA et l'avenir de l'Afrique. *Ethique, Population et Avenir.* Numéro 12, 1994 : 278 pages.
4. Analyse de la situation et de la réponse du VIH/SIDA dans la filière du coton en Afrique de l'Ouest (Bénin, Burkina faso, Mali) – Rapport final 2004 : 54 pages.
5. **BasileTambashe Oleko et al.** *MOBILITE ET SIDA.* Résultats d'une enquête de base auprès des routiers et travailleuses de sexe au Bénin. (PSAMAO). Juin 2000. [En ligne] [http://66.147.176.110/oldsite/AWARE-RH/documentsdownload/Rapport %20PSAMAO%20Benin.PDF](http://66.147.176.110/oldsite/AWARE-RH/documentsdownload/Rapport%20PSAMAO%20Benin.PDF). (Page consultée le 16 juillet 2005).
6. **Benjamin ZANOU et al.** *Mobilité et SIDA.* Résultats d'une Enquête de base auprès des routiers, travailleurs migrants et prostituées en Côte d'Ivoire. (PSAMAO). Mars 1998. [En ligne] [http://66.147.176.110/oldsite/AWARERH/documentsdownload/rapport%20final%20pre-test %20PSAMAO%20C%F4te%20d'Ivoire.pdf](http://66.147.176.110/oldsite/AWARERH/documentsdownload/rapport%20final%20pre-test%20PSAMAO%20C%F4te%20d'Ivoire.pdf). (Page consultée le 16 juillet 2005).
7. *Bulletin du CORDESRIA,* VIH/Sida – Les Sciences humaines et les politiques sur le VIH/Sida en Afrique. numéro spécial 2, 3, & et 4, 2003 : pp 48-94.
8. **Cheikh Ibrahima Niang et al.,** Targeting Vulnerable Groups in the Multi-Country HIV/AIDS Program (MAP) for The Africa Region : The Case of Men Who Have Sex with Men – SENEGAL, BURKINA FASO, GAMBIE. *Rapport final.* Janvier 2004).

9. **Chérabi K, Fanget D.** Le VIH/sida en milieu migrant arabo-musulman en France. Paris : Arcat sida, 1997 : 140 p., p. 27.
10. CILSS – *INSTITUT DU SAHEL* – PROGRAMME MAJEUR POPULATION/DEVELOPPEMENT (CERPOD). Mobilité et VIH/Sida en Afrique de l'Ouest : au-delà de la relation théorique Communication présentée à l'atelier CICRED/UNDP sur Mobilité et VIH/Sida, Paris 1-3 septembre 2004, 64 pages.
11. CISD – Migration internationale et VIH/SIDA – Novembre 2004. [En ligne] www.icad-cisd.com (page consultée le 19 Mars 2005).
12. **Claude Raynaut.** L'anthropologie de la santé, carrefour de questionnements : l'humain et le naturel, l'individuel et le social – Santé et Maladie : Questions contemporaines. N°3 – Automne 2001. [En ligne].[http : // Ethnologies comparées n°3_ L'anthropologie de la santé](http://Ethnologies.comparées.n°3_L'anthropologie_de_la_santé) (Pages consultées le 13 Avril 2005).
13. **Corpus Médical – Faculté de Grenoble.** *Infection à VIH et SIDA (85)* Association des Professeurs de Pathologie Infectieuse et Tropicale Juin 2003. [En ligne].[http : //www-sante.ujf-grenoble.fr/SANTE/](http://www-sante.ujf-grenoble.fr/SANTE/)
14. **Edwige RUDE-ANTOINE.** *Chapitre III : L'étranger et le droit au respect de la vie familiale.* La situation particulière du malade atteint du VIH. Corlet, Imprimeur, S.A. 14110 Condé – sur – Noireau (France). N° 59389 – juillet 2002 : 129 pages.
15. Enquête de surveillance de comportement face au VIH/SIDA. Cameroun – 2001 : Rapport de synthèse. IRESCO-FHI-USAID-SFPS-IMPACT, 25 pages.
16. Enquête de surveillance de comportements relatifs aux IST/SIDA au Burkina faso (BSS1). Novembre 2002, 44 pages.
17. **Fatoumata Sissoko, Fadel Kane,** *Vente de médicaments contre les MST dans le secteur informel à Abidjan, Côte d'Ivoire,* Québec, 1995, 19 pages.
18. Fonds Africain de Développement – République du Mali. Projet de lutte contre le VIH/SIDA. *Rapport d'évaluation.* Département du développement Social. Région Centre et Ouest OCSD. Mars 2004, 32 pages.
19. **Francis Ns. Sala – Diakanda.** Perception du risque de transmission du SIDA et acceptabilité du condoms féminin chez les travailleuses de sexe affichées sur l'axe routier Sud-Nord, Lomé/Cinkanssé. Mars 2001, 34 pages.
20. http://geophiles.net/memoterre/travaux/textes/memo001/ch1_001.htm

21. **Helmut Schelsky.** *La morale sexuelle et la société.* Sociologie de la sexualité. Edition 16706 Saint-Amand (Cher), Mai 1972, pp. 81-86.
22. **Ibrahima Amadou Dia.** *Prévention du sida, genre et migrations en Europe.* Revue électronique de sociologie – Esprit critique. Vol. 02 n°.11 – novembre 2000, consulté sur Internet : <http://critique.ovh.org>
23. **Keïta Oumou Arouna.** Etude intégrée sur la prévalence des IST/VIH et des comportements sexuels de cinq populations cibles au Mali. Thèse de Pharmacie, 2005 : 70 pages.
24. **Lalou (R.), Piche (V.),** 1994 - Migration et sida en Afrique de l'ouest : un état des connaissances. Les dossiers du CEPED n° 28, CEPED, Paris, 53 p.**
25. **Leslie Raneri et al.** *Aspects psychosociaux du VIH/SIDA.* Programme d'études pour soins infirmiers VIH/SIDA, 2001 : pp149-156.
26. **Lori Bollinger, John Stover, Dr Mohamed Ag Ayoya.** *L'impact économique du SIDA au Mali: Résultats d'un examen de la littérature.* Sous les auspices de l'USAID. Bureau global de la population, de la santé et de la nutrition. Septembre 1999. Distribué lors de l'atelier sur le SIDA « Renforcement de soutien politique » Cotonou, Bénin 8-12 novembre 1999, 12 pages.
27. **Macoumba THIAM.** Condition de vie en migration et comportements sexuels à risque d'infection à VIH des migrants interne de la vallée du fleuve Sénégal. [En ligne]. http://www.codesria.org/Links/conferences/hiv_aids/thiam.pdf. (Page consultée le 18/01/2005).
28. **MAIGA Youssoufa Mamadou.** La problématique des MST et du SIDA dans la région de Sikasso. Thèse de médecine : 1999.
29. Ministère de la santé du Mali. Janvier 2001. *Plan Stratégique National de Lutte Contre le VIH/SIDA 2001-2005.* Bamako : Graphic Industrie, 55 pages.
30. **NOPELE Gérard NDAPU.** *Pathologie et Représentation.* « Une approche exploratoire de l'impact des représentations sociales et relations humaines dans la thérapie du VIH/SIDA au Cameroun ». Thèse de mémoire 2001, 127 pages.
31. **Painter (T. M.),** 1992.- Migrations et sida en Afrique de l'Ouest : étude des migrants du Niger et du Mali en Côte d'Ivoire, contexte socio-économique, caractéristiques de leur comportement sexuel et Implications pour les initiatives en matière de prévention du sida. HIV/AIDS reports, Care, New-York, 98 pages.
32. **Pierre Auby, Pr.** *Le sida tropical. Actualités 2003.* MEDECINE TROPICALE [En ligne].http://medecinetropicale.free.fr/cours/sida_tropical.htm.

33. Premières journées médico-chirurgicales et pharmaceutiques de l'hôpital du point G. *VIH/SIDA, cancer, hypertension artérielle, fistules vesico-vaginales*. 2, 3 et 4 décembre 2004.
34. **SAMAKE, El H Abdrahamane**. Facteurs de risque des MST/SIDA liés à la mobilité de la population : Une étude en commune VI du district de Bamako. Thèse de médecine : 1999.
35. Sous-Direction des Affaires économiques – Abidjan (Côte d'Ivoire)). (*Sociétés de Transit en CI*). Rapport d'évaluation, 2004 : 10 pages.
36. **Théodore ZOUNGRANA**. Mali : *Le Sida à visage découvert*. Le guide de la médecine et de la santé tropicale. L'HEBDOMADAIRE – Burkina Faso – 07/11/2003.
37. **TOURE Fatoumata**. Connaissances, attitudes et pratiques des femmes enceintes sur les MST/SIDA dans le district de Bamako. Thèse de pharmacie : 1996.
38. **Y. Obadia/F. Lert** : *Enquête VESPA (VIH : Enquête sur des Personnes Atteintes)*. Les conditions de vie des personnes infectées par le VIH/SIDA à l'ère des multi thérapies antirétrovirales : Enquête nationale par questionnaire en milieu hospitalier auprès des personnes atteintes.
[En ligne]. <http://www.vcharite.univ-mrs.fr/idep/Docs/Etudesencours/VdiPaolaVIH.pdf>. (Page consultée le 05 novembre 04).

ANNEXES

QI.08	Quelle est votre activité professionnelle ?	Médecin=1 Paramédicale=2 Thérapeute=3 Ingénieur=4 Homme en tenue=5 Enseignant=5 Marabout=6 Commerçant=7 Vendeur (se) S=8 Artisan=9 Cultivateur=10 Eleveur=11 Etudiant(e)=12 Talibé=13 Chauffeur=14 Apprenti=15 Retraité(e)=16 Chômeur=17 Autre(s) à préciser.....=18	
QI.09	Voyagez-vous ?	Seul.....=1 Avec ami (e).....=2 Avec un partenaire sexuel.....=3 Epoux (se).....=4 Autre (s).....=5	

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

QII.10	Avant cette enquête aviez-vous entendu parler de : - SIDA ou VIH ? - IST	Oui 1 1	Non 2 2	
QII.11	Connaissez-vous quelqu'un de votre entourage : - qui a le Sida ? ou - qui serait mort de Sida ?	Oui 1 1	Non 2 2	
QII.12	Selon vous, une personne infectée par le SIDA : - Présente toujours des symptômes - Peut paraître en bonne santé	Oui 1 1	Non 2 2	Ne sais pas 3 3
QII.13	Avez-vous déjà eu d'IST ou de symptômes simulant une infection sexuellement transmissible (IST)?	Oui.....=1 Non.....=2 Ne sais pas.....=3		
QII.14	D'après vous, existe-t-il un moyen pour éviter - les IST ? - le SIDA ?	Oui 1 1	Non 2 2	Ne sais pas 3 3
QII.15	Répondre par « oui » ou « non » Le virus du Sida peut-il être transmis dans chacune des circonstances suivantes ? - Lors des rapports sexuels non protégés - En recevant du sang - En se coupant avec un objet tranchant déjà utilisé - En partageant le plat d'une personne contaminée - En buvant dans le verre d'une personne contaminée - Par piqûre de moustiques - De la mère contaminée à l'enfant - En donnant du sang - En étant hospitalisée dans le même service qu'une personne contaminée [1]	Oui 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	Non 2 2 2 2 2 2 2 2	
QII.16	Saviez-vous qu'il existe des centres de dépistage pour le VIH/SIDA?	Oui.....=1 Non.....=2 Ne sais pas.....=3		
QII.17	Pour chaque phrase, encrer un chiffre pour dire si avec les propositions vous êtes « d'accord », « pas d'accord », « ni d'accord ni pas d'accord » Grâce à ces nouveaux traitements : - Les PVVIH sous traitement ne peuvent plus transmettre le virus	D'accord 1	Pas d'accord 2	NPNA 3

	- Le virus du SIDA disparaît du sang	1	2	3	
	- Le virus est toujours présent dans le sang mais le malade est soulagé	1	2	3	
	- Les malades du SIDA vivent plus longtemps	1	2	3	
	- On guérit définitivement du SIDA [1]	1	2	3	

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

QIII.18	La dernière fois que vous avez eu une IST, avez-vous pris un traitement ?	Oui 1	Non 2	
QIII.19	Si oui, qui vous avez donné de traitement ?	Médecin.....=1 Pharmacien.....=2 Tradithérapeute.....=3 L'hôpital.....=4 Moi-même.....=5 Ami(e)/Parent.....=6 Autre.....=7		
QIII.20	Si non, pourquoi ?		
QIII.21	Si vous saviez qu'une personne est séropositive, accepteriez-vous de ?	Oui	Peut-être	Non
	- Continuer à la fréquenter	1	2	3
	- Aller manger avec elle	1	2	3
	- Travailler avec elle	1	2	3
	- Dormir dans la même pièce	1	2	3
	- Laisser vos enfants et petits-enfants avec elle	1	2	3
	- Avoir des relations sexuelles avec elle en utilisant des préservatifs	1	2	3

SECTION IV : PRATIQUES COMPORTEMENTALES

QIV.22	Avez-vous déjà eu des rapports sexuels ?	Oui.....=1 Non.....=2	Si non, aller à 32
QIV.23	A quel âge avez-vous eu votre premier rapport sexuel ?	/___/___/___/ Ne se souvient pas.....=500	
QIV.24	Combien de partenaires sexuels avez-vous ?	/___/___/___/	
QIV.25	Vous arrive-t-il d'entretenir des relations sexuelles au cours de votre voyage ?	Oui.....=1 Non.....=2	
QIV.26	Avec combien de partenaires différents avez-vous eu des rapports sexuels au cours des périodes suivants ? - 30 derniers jours - 2 à 3 derniers mois - 12 derniers mois	 /___/___/___/ /___/___/___/ /___/___/___/	
QIV.27	Parmi les partenaires combien étaient : - Prostituées (Hommes uniquement) - Des partenaires réguliers (à préciser) - Des partenaires occasionnelles (à préciser)	 /___/___/___/ /___/___/___/ :..... /___/___/___/ :.....	
QIV.28	Pour votre dernier rapport sexuel avec le/la partenaire régulier avez-vous utilisé le condom ?	Oui.....=1 Non.....=2	
QIV.29	Si non pourquoi ? Le condom diminue le plaisir J'ai confiance à mon/ma partenaire Je n'en avais pas Le condom coûte cher Mon/ma partenaire refuse Autre(s) raison(s)	Oui Non 1 2 1 2 1 2 1 2 1 2	
QIV.30	Si oui, dites pourquoi?	Pour éviter les MST.....=1 Pour éviter les grossesses.....=2 Pour éviter le SIDA.....=3 Parce que le/la partenaire l'a exigé..=4 Autres.....=5	
QIV.31	Pensez-vous que le/la partenaire régulier (e) entretient des rapports sexuels avec d'autres personnes ?	Oui.....=1 Non.....=2 Ne sais pas.....=3	
QIV.32	Accepterez-vous de vous faire dépister ?	Oui.....=1 Non.....=2 Ne sais pas.....=3	
QIV.33	Pourquoi ?	

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

QV.34	Si vous avez entendu parler de SIDA ou d'IST, où en avez-vous entendu parler ? - radio - Télévision - Journaux - Affiches - Dépliants - Eglise - Tradipraticien - Ecole - Parents - Ami (e) s - Conférences/séminaires - Posters - Autre (s) (à préciser) :.....	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13	
QV.35	Le risque que vous attraper le Sida est :	Elevé.....=1 Peu élevé.....=2 Nul.....=3 Ne sais pas.....=4	
QV.36	Avez-vous déjà choisi une méthode de protection contre le SIDA ?	Oui Non 1 2	Si non, aller à 42
QV.37	Si oui, laquelle ?	
QV.38	Vous donne t-elle satisfaction ?	Oui Non 1 2	
QV.39	Pourquoi ?	
QV.40	Si non, pourquoi n'avez-vous pas encore choisi de méthode pour la protection contre les IST/SIDA ?	
QV.41	Avez-vous modifié votre comportement pour lutter contre la transmission du VIH/SIDA ?	Oui Non 1 2	
QV.42	Comment avez-vous modifié votre comportement pour combattre le SIDA ?	

Vous pouvez obtenir de plus amples renseignements sur ce sujet en contactant le Dr Soungalo DAO l'hôpital du Point G (téléphone : 6 43 98 29) et le Dr Samba DIOP à la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie (mobile : 6 46 86 28), à Bamako.

Si vous acceptez de participer ou que votre enfant participe à cette étude, veuillez signer ou apposer votre empreinte digitale au bas de cette page.

_____ **OU** _____

**Empreinte digitale du volontaire
ou du tuteur(trice)**

Signature du volontaire ou du tuteur (trice)

Signature du médecin

____/____/____/
Date (jour/mois/année)

FICHE SIGNALITIQUE

Nom : BERTHE

Prénom : Mamoudou

Titre : Connaissances, attitudes et pratiques comportementales vis-a-vis des MST/VIH/SIDA des routiers du district de Bamako pratiquant l'axe Bamako-Abidjan-Bamako.

Année universitaire : 2005 – 2006

Ville de soutenance : Bamako

Pays d'origine : Mali

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie.

Secteur d'intérêt : Anthropologie, Santé Publique, épidémiologie du VIH, des MST.

RESUME

Les études sur la propagation du sida ont très tôt indexées la mobilité géographique comme étant l'un des facteurs favorisant la diffusion du VIH [27]. En Afrique subsaharienne où la propagation du sida se fait principalement par voie hétérosexuelle, il est notamment postulé que le migrant a tendance à adopter des comportements sexuels à risque... exposant ainsi la population rencontrée ou s'exposant lui-même à l'infection [24], par des caractéristiques... qui les prédisposent à une plus grande témérité (âge, sexe, statut matrimonial, instruction, séparation d'avec le conjoint ou le partenaire régulier, etc), et par le contact avec un nouvel

environnement considéré comme plus permissif sexuellement et plus stressant [27]. Les routiers du district de Bamako, pratiquant l'axe Bamako-Abidjan-Bamako, offre ainsi l'opportunité de tester l'une de ces hypothèses afin de rendre compte de leurs tendances comportementales relatives aux MST/VIH/SIDA.

La population d'étude, un échantillon de 342 personnes constitué au prorata de la densité de la population des différents groupes cibles (Chauffeurs, apprentis, coxeurs, commerçants, vendeuses, douaniers, transitaires), a été investie au moyen des questionnaires standardisés et pré codés.

Il ressort des résultats que les routiers exhibent : (1) une faible connaissance des méthodes de prévention et de transmission du VIH/SIDA ; (2) une utilisation faible et rationnelle du préservatif, malgré qu'il soit le plus fréquemment cité comme moyen de protection contre les MST/VIH/SIDA ; (3) une réticence à connaître son statut sérologique en matière de VIH/SIDA ; (4) une faible perception au risque d'infection à VIH. Il est clair que ces populations se caractérisent par une promiscuité sexuelle considérée comme une pratique courante dans nos sociétés ; Toutefois, la prévalence de MST élevée, selon l'âge, le sexe et le statut matrimonial, fait penser aux effets de certains impératifs socio-culturels, religieux ou biologiques. La résistance à l'utilisation du condom, principalement pour cause de refus du partenaire, du dédain de cet instrument ou de sa non disponibilité est liée à un large éventail de valeurs et croyances diverses qui ne peuvent pas être facilement surmontées.

ABSTRACT

Studies on the propagation of the AIDS indexed the geographical mobility very early as being one of factors encouraging the diffusion of the HIV (Macoumba Thiam, 2005). In sub-Saharan Africa where the propagation of the AIDS makes himself mainly by heterosexual way, it is applied for notably that it migrating tends to adopt some sexual behaviors to risk... exhibitor thus the met population or himself exhibitor himself to the infection (Lalou (R.), Piché (V.), 1994), by features... that predispose them to a bigger foolhardiness (age, sex, matrimonial statute, instruction, separation of with the conjoined or the regular partner, etc), and by contact with a new environment considered sexually like more permissive and more stressful (Macoumba Thiam, 2005). Truck drivers of the district of Bamako, exercising the Bamako-Abidjan-Bamako axis, offer thus the opportunity to test one of these hypotheses in order to return account of their tendencies of behaviors relative to the IST/HIV/AIDS.

The population of survey, a sample of 342 people constituted on the basis of the density of the population of the different groups targets (Drivers, learners, coxeurs, tradesmen, sellers, customs-officers, transit), has been invested by means of the standardized questionnaires and coded meadow.

He/it is evident from results that truck drivers exhibit: (1) a weak knowledge of prevention methods and transmission of the HIV/AIDS; (2) a weak and rational use of the condom, although he/it is the most frequently quoted like protective means

against the IST/HIV/AIDS; (3) a reticence to know his/her/its serological statute concerning HIV/AIDS; (4) a weak perception to the risk of infection to HIV. He/it is clear that these populations are characterized by a sexual promiscuity considered like a current practice in our societies; However, the elevated IST prevalence, according to age, the sex and the matrimonial statute, made effects of certain think imperative social, cultural, religious or biologic. The resistance to the use of the condom, because of refusal of the partner the disdain of this instrument or his/her/its non availability is bound mainly to a large fan of values and various beliefs that cannot be surmounted not easily.

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

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

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

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

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

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

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