

UNIVERSITE DE OUAGADOUGOU
FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE
(F.S.S)

SECTION MEDECINE

Année Universitaire 1993-1994

THESE N° 12

*SIDA ET CHAUFFEURS ROUTIERS
A OUAGADOUGOU, BURKINA FASO.
(EVALUATION D'UNE ACTION D'EDUCATION, D'INFORMATION
ET SEROPREVALENCE DE L'INFECTION A VIH)*

THESE

Présentée et soutenue publiquement le 27 Juillet 1994,
pour l'obtention du grade de **DOCTEUR EN MEDECINE**
(DIPLOME D'ETAT)

Par :

Appolinaire SAWADOGO

Né le 14 Novembre 1967 à Koupéla (BF)

Directeur de Thèse :
Professeur Agrégé J. TESTA

Jury :
Président : **Pr R. B. SOUDRE**
Membres : **Pr Ag. J. TESTA**
Dr J. G. OUANGO
Dr A. OUEDRAOGO

**LA FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE A ARRETE QUE LES
OPINIONS EMISES DANS LES DISSERTATIONS QUI SERONT
PRESENTEES DOIVENT ETRE CONSIDEREES COMME PROPRES A
LEURS AUTEURS ET QU'ELLE N'ENTEND LEUR DONNER AUCUNE
APPROBATION NI IMPROBATION.**

UNIVERSITE DE OUAGADOUGOU

FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE

(F. S. S.)

LISTE DU PERSONNEL ADMINISTRATIF

Doyen	Pr . Titulaire. R . B . SOUDRE
Vice-Doyen Chargé des Affaires Académiques et Directeur de Section Pharmacie (VDA)	Pr . Agr . I . P . GUISSOU
Vice-Doyen à la Recherche et à la Vulgarisation (VDR)	Pr . Agr . B . KONE
Directeur des Stages de la Section Médecine	Pr . Agr . R . K . OUEDRAOGO
Directeur des Stages de la Section Pharmacie	Dr . Mamadou SAWADOGO
Coordonnateur C . E . S . de Chirurgie	Pr . Agr . A SANOU
Secrétaire Principal	Mr . S . G . BANHORO
Chef de Service Administratif et Financier (CSAF)	Mr . S . A . SANKARA
Conservateur de la Bibliothèque	Mr . M . KARANTAO
Chef de Scolarité	Mme . K . ZERBO
Secrétaire du Doyen	Mme . A . KEITA
Secrétaire du VDA	Mme . F . NIKIEMA
Secrétaire du VDR.	Mle . Hakièta BONI
Audio-Visuel	Mr . P . A . PITROIPA.

UNIVERSITE DE OUAGADOUGOU

FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE

(F. S. S.)

LISTE DES ENSEIGNANTS DE LA F.S.S.

ENSEIGNANTS PERMANENTS

Professeurs Titulaires

Rambré Moumouni OUIMINGA

Anatomie Organogénèse Chirurgie

Hilaire TIENDREBEOGO

Sémiologie et Pathologie Médicale

Tinga Robert GUIGUIMDE

Parasitologie

Bobilwendé Robert SOUDRE

Anatomie-Pathologie

Professeurs Associés

François CANONNE

Santé Publique

Ahmed BOU-SALAH

Neuro-Chirurgie

Maîtres de Conférences Agrégés

Amadou SANOU

Chirurgie

Julien YILBOUDO

Orthopédie Traumatologie

Bibiane KONE

Gynécologie-Obstétrique

Alphonse SAWADOGO

Pédiatre

Innocent Pierre GUISSOU

Pharmacologie-Toxicologie

Kongoré Raphaël OUEDRAOGO

Chirurgie

Maîtres de Conférences Associés

Jean TESTA

Epidémiologie-Parasitologie

Maîtres Assistants Associés

Ould MOHAMMEDI

Dermatologie

Rachid BOUAKAZ

Maladies Infectieuses

Maîtres Assistants

François René TALL

Pédiatrie

Lady Kadiatou TRAORE
Mamadou SAWADOGO
Blaise SONDO

Parasitologie
Biochimie
Santé Publique

Assistans Chef de Clinique

Tangué OUATTARA
Sophar HIEN
Oumar TRAORE
Dama SANO
Si Simon TRAORE
Philippe ZOURE
Jean LANKOANDE
Issa SANOU
K. Ludovic KAM
T. Christian SANOU (in memorium)
Madi KABRE
Kampadilemba OUOBA
Piga Daniel ILBOUDO
Doro SERME (in memorium)
Adama LINGANI
Hamadé OUEDRAOGO

Joachim SANOU

Alexis ROUAMBA

Arouna OUEDRAOGO
Gana Jean Gabriel OUANGO
Joseph Y. DRABO
Abdoulaye TRAORE
Salifo SAWADOGO
Jean KABORE
Pascal BONKOUNGOU
Boukary Joseph OUADANGO
R. Joseph KABORE
Mamadou Patrice ZEI
Luc SAWADOGO
Saïdou Bernard OUEDRAOGO

Chirurgie
Chirurgie
Chirurgie
Chirurgie
Chirurgie
Gynécologie-Obstétrique
Gynécologie-Obstétrique
Pédiatrie
Pédiatrie
Oto-Rhino-Laryngologie
Oto-Rhino-Laryngologie
Oto-Rhino-Laryngologie
Gastro-Entérologie
Cardiologie
Néphrologie
Anesthésie-Réanimation-
Physiologie
Anesthésie-Réanimation-
Physiologie
Anesthésie-Réanimation-
Physiologie
Psychiatrie
Psychiatrie
Endocrinologie
Santé Publique
Hématologie
Neurologie
Gastro-Entérologie
Cardiologie
Gynécologie-Obstétrique
Gynécologie-Obstétrique
Gynécologie-Obstétrique
Radiologie

Raphaël DAKOURE

Anatomie-Chirurgie

Assistans

Michel AKOTIONGA

Gynécologie-Obstétrique

Seydou KONE

Neuro-Chirurgie

Adama TRAORE

Adama TRAORE

Lassina SANGARE

Bactério-Virologie

Raphaël SANOU

Pneumo-Phthisologie

Assistants Chef de Clinique Associés

Gérard MITERBERG

Psychiatrie

ENSEIGNANTS NON PERMANENTS

Faculté des sciences et techniques (FAST)

Professeurs titulaires

Alfred S. TRAORE

Immunologie

Akry COULIBALY

Mathématiques

Sita GUINKO

Botanique-Biologie-Végétale

Guy V. OUEDRAOGO

Chimie Minérale

Maîtres de conférences

Laya SAWADOGO

Physiologie-Biologie-Cellulaire

Boukary LEGMA

Chimie-physique-Générale

Laou Bernard KAM

Chimie

Maîtres - Assistants

W. GUINDA

Zoologie

Léonide TRAORE

Biologie cellulaire

Adama SABA

Chimie organique

Marcel BONKIAN

Mathématiques - Statistique

François ZOUGMORE

Physique

Longin SOME

Mathématiques - Statistiques

Gomtibo Jean-Baptiste OUEDRAOGO

Physique

Aboubakary SEYNOU

Statistiques

Assistants

Makido B. OUEDRAOGO
Apolinaire BAYALA (in memoriam)
Jeanne MILLOGO
Raymond BELEMTOUGOURI
Assistant associé

Génétique
Physiologie
T.P. Biologie cellulaire
T.P. Biologie cellulaire

Aka Raphaël GBARY
Chargés de cours

Epidémiologie

Annette SCHWEICH
Jean LANDOIS
Daniel TRANCHANT
Maurice GALIN
Institut du développement rural

Physiologie
Chirurgie
Endocrinologie
Oto Rhino Laryngologie

Maître-Assistant

Didier ZONGO
Faculté des Sciences Economiques et
Gestion (FASEG)

Génétique

Maître-Assistant

Tibo Hervé KABORE
Assistant

Economie-Gestion

Mamadou BOLY
Faculté de droit et sciences politiques
(FDSP)
Assistant

Gestion

Claude TAHITA
ENSEIGNANTS VACATAIRES

Droit

Mme Henriette BARY
Dr. Bruno ELOLA
Dr. Michel SOMBIE
Dr. Nicole PARQUET

Psychologie
Anesthésie-Réanimation
Planification
Dermatologie

Dr Annette OUEDRAOGO
Dr. Adama THOMBIANO
Dr .Sidiki TRAORE
Dr. Badioré OUATTARA
Dr. Tométo KALOULE

ENSEIGNANTS MISSIONNAIRES

A . U . P . E . L . F .

Pr. Lamine DIAKHATE
Pr. Habibou SAMB
Pr. José Marie AFOUTOU
Pr. Makhtar WADE
Pr. M. K. A. EDEE
Pr. Ag.MBayang NDIAYE - NIANG
Pr. R. DARBOUX
Pr. Ag. E. BASSENE

O.M.S.

Dr. Jean - Jacques BERJON
Dr. Frédéric GALLEY
Dr. Moussa TRAORE
Pr. Auguste KADIO

Pr. Jean Marie KANGA
Pr. Arthur N'GOLET

Mission Française de coopération

Pr. Etienne FROGE
Pr. Henri MOURAY
Pr. Denis WOUESSIDJEWÉ
Pr. BOIRON

**Mission de l'Université libre de
Bruxelles (U.L.B.)**

Pr. Marc VAN DAMME
Pr. MOES

Stomatologie
Législation Pharmaceutique
Galénique
Galénique
Médecine du Travail

Hématologie (Dakar)
Bactériologie-Virologie
Histologie - Embryologie (Dakar)
Bibliographie (Dakar)
Biophysique (Lomé)
Physiologie (Dakar)
Histologie - Embryologie (Bénin)
Pharmacologie (Dakar)

Histologie - Embryologie (Créteil)
Anatomie Pathologique (Lille)
Neurologie (Bamako)
Pathologies Infectieuses et Parasitaire
(Abidjan)
Dermatologie (Abidjan)
Anatomie Pathologie (Brazzaville)

Médecine Légale
Biochimie (Tours)
Pharmacie Galénique (Paris XI)
Physiologie

Chimie Analytique - Biophysique
Galénique

REMERCIEMENTS

- A l'AFVP (Association Française des Volontaires du Progrès
- Au réseau africain de recherche sur le SIDA
Zone Afrique de l'Ouest et Centrale
- A la G.T.Z. (Coopération Technique Allemande)
- A la DESA
- Au Syndicat National des Transporteurs Routiers
- A tous les routiers qui ont participé à l'enquête
- A Tonton DAMIBA Joseph et famille à Ouagadougou
- A Tonton Honoré OUEDRAOGO et famille
- A Tonton OUEDRAOGO Norbert et famille
- A KABORE Athanase à Pouytenga
- A Tonton SAWADOGO Moussa Léopold et famille
- Au Docteur CISSE Rabiou
- Au Docteur TRAORE Adama
- Au Docteur Jean Gabriel OUANGO et famille
- Au Docteur COMPAORE Issaka
- Au Docteur Blaise SONDO
- A KERE Fernand et famille
- A Mme DA Augustine
- A Mme BAMBARA Agnès
- A Lambert OUEDRAOGO
- A KABORE William
- A Jean Louis ZONGO
- A Dieudonné OUBDA
- A Chantal MONE
- A Claire BANDE
- A Mme SOMDA Delphine
- A KABORE Candide
- A DERRA Hamidou et famille
- A Mr. KARANTAO Mamadou
- A tous mes éducateurs de l'école primaire, du Lycée Philippe Zinda KABORE.
- Au Personnel Technique, administratif et enseignant de la Faculté des Sciences de Santé
- A tout le personnel du CHN.Y.O
- A tous ceux qui par leur être, leur avoir ou leur savoir ont contribué à la réalisation de ce travail

DEDICACES

A Mon père

Tu as disparu prématurément, mais ni moi, ni ceux qui t'ont connu ne t'oublierons. A toi j'ai toujours voulu ressembler afin que la personnalité que tu as représentée ne périsse point mais qu'elle vive toujours à travers les générations.

Ce travail est certainement l'un des fruits de cette volonté.

Je regrette que tu ne sois pas là pour partager ce moment mais j'imagine quelle aurait pu être ta joie.

A ma tante Martine et à mon oncle Joseph DAMIBA

J'ai grandi dans vos conseils et encouragements.

J'ai appris auprès de vous que le bonheur d'un orphelin passe d'abord par sa réussite sociale.

J'ai également appris auprès de vous l'amour du travail et la persévérance.

Vous êtes pour moi le dernier rempart quand tout espoir est perdu. Je sais combien cette oeuvre vous comble de joie, trouvez ici toute ma reconnaissance et tout mon attachement. Que Dieu vous garde toujours à nos côtés.

A ma mère SAWADOGO Anne

Tu m'as appris très tôt à me tenir loin de l'oisiveté et à ne compter que sur moi même.

A présent j'apprécie non sans fierté la rigueur avec laquelle j'ai été éduqué. Je te dédie ce travail en témoignage de mon amour.

A ma mère

Ma douce mère je pense à toi. Ce travail met fin à tes longues années d'attente. Ta patience reste pour moi un exemple à suivre.

A ma mère Martine SAWADOGO

Cet ouvrage est le fruit de l'arbre dont tu as participé à l'entretien. Puisse ce travail t'honorer et te témoigner de ma profonde affection.

A Adidiatou KABORE

Pour tant de sacrifices à mon égard.

Pour cet élan chaque jour plus fort qui nous porte l'un vers l'autre, accepte ce travail en témoignage de ma profonde affection et de mon amour pour toi.

A mon fils Alex Moïse Baowendsomdé.

Baowendsomdé, ton nom dit tout.

Pour que tu puisses faire mieux que ton père, je te dédie ce travail.

A mes frères Raymond et Lionnel

Notre père nous a quitté alors que vous n'aviez ni bouche, ni oreilles, ni yeux et ni de mains.

Maintenant que vous avez des oreilles pour entendre, une bouche pour parler, des yeux pour voir, et des mains pour travailler, alors travaillez, prenez de la peine et soyez honnêtes.

Puissions nous rester toujours dans l'affection fraternelle.

ATonton SAWADOGO Moussa Léopold

Tu as sacrifié tes études pour t'occuper de nous.

Puisse ce travail t'honorer et te témoigner de ma profonde reconnaissance et de mon affection. Longévité.

A Tonton Honoré OUEDRAOGO et famille

Par votre affection et votre soutien vous avez permis la réalisation de cette thèse. Je vous la dédie.

A tonton CISSE Salifou et famille

Je vous suis reconnaissant pour le soutien et vous dédie cette thèse.

A CISSE Rabiou

Pour la perche que tu nous a tendue depuis la tendre enfance, je te dédie fraternellement ce travail.

A mes cousins DAMIBA : Bernard, Alain; Marguélite, Pétronille, Christel, Adolphe, Clarisse, Michelle, Eléonore.

Vous n'avez pas manqué de m'entourer de la chaleur familiale nécessaire à ces longues années. Retrouvez ici tout mon attachement.

Au Docteur BONKOUNGOU Pascal

"C'est bien d'avoir le BAC mais il vaut mieux continuer". Cette phrase est la vôtre. Maintenant je suis presque au bout de mes peines et je pense toujours à vous et à vos conseils .

Pour votre soutien constant tout au long de nos études médicales, je vous dédie cette thèse.

A El Hadj KABORE Kayaba Abdoulaye

Pour votre soutien et en témoignage de ma reconnaissance.

Au Docteur TRAORE Adama

Ta rencontre m' a ouvert les horizons de la profession médicale. Tu es pour moi un grand soutien et un conseiller.

Je te dédie ce travail en témoignage de ma reconnaissance.

A mes intimes: BAMBARA Constant Désiré, YOUGBARE Emmanuel,

Vous êtes architectes, urbanistes, vous bâtirez ma maison, je vous soignerai.

Puissions nous rester toujours unis dans la paix, l' amitié et le travail.

A DIARRA Chantal, RAMDE Norbert, TALL Philippe Sékou

Pour le chemin que nous avons parcouru ensemble, je vous dédie ce travail.

A tous mes amis.

En temoignage de notre amitié.

A tous mes promotionnaires de la FSS.

A tous les orphelins.

A tous ceux qui souffrent.

A nos maîtres et juges

A notre maître et président de jury le Professeur R B SOUDRE

Vous restez pour nous un modèle de rigueur et de connaissances inégalables tant dans la médecine que dans les relations humaines. Malgré vos grandes et multiples occupations, vous avez accepté nous faire l'honneur de juger ce travail, nous vous prions d'accepter nos sincères remerciements.

**A notre Maître et Directeur de thèse:
Le Professeur Agrégé TESTA Jean.**

Vous nous avez inspiré notre sujet de thèse et vous avez dirigé le travail avec une grande vue.

Nous avons pu apprécier votre bonté et la richesse de votre enseignement.

Profonde reconnaissance, sentiments respectueux.

A notre maître et juge le Docteur J G OUANGO

Sécrétaire permanent du Comité National De Lutte Contre Le SIDA. Vous avez été indispensable à l'initiation et au déroulement de ce travail, tout au long duquel nous avons su apprécier vos qualités humaines exceptionnelles et d'homme de science. Nous souhaitons que ce travail puisse apporter une contribution utile au combat pour le quel nous sommes tous engagés.

A notre maître et juge le Docteur A OUEDRAOGO

Eminent psychiatre. En acceptant de juger ce travail, vous nous donnez l'occasion de vous exprimer notre admiration devant votre dynamisme et votre respect pour autrui. Veuillez trouver ici nos remerciements.

SOMMAIRE

	Page
1 Introduction	1
2 Enoncé du problème	2
3 Objectifs	4
3-1 Objectifs généraux	4
3-2 Objectifs spécifiques	4
4 Méthodologie	5
4-1 Méthodologie des enquêtes CAPC	5
4-1-1 Population cible et Méthode d'échantillonnage	5
4-1-2 Collecte des données , type d'étude	5
4-1-3 Validité de l' étude	6
4-1-4 Analyse des données	6
4-2 Méthodologie de l'étude sérologique de l'infection à VIH	6

5 Résultats	7
5-1 Etude comparative des enquêtes CAPC	7
5-1-1 Les caractéristiques des échantillons , données démographiques	7
5-1-1-1 Les effectifs	7 -
5-1-1-2 Profession	7
5-1-1-3 Sexe et âge	8
5-1-1-4 Religion et statut matrimonial	9
5-1-1-5 Niveau de scolarisation	10
5-1-1-6 Nationalité , ethnie	11
5-1-1-7 Voyages à l' étranger et pays de destination	11
5-1-1-8 Durée de voyage	13
5-1-2 Comportement sexuel	13
5-1-2-1 Rapports sexuels et durée de séjour à destination	16
5-1-2-2 Rapports sexuels et statut matrimonial	17
5-1-2-3 Rapports sexuels et religion	18
5-1-2-4 Rapports sexuels et voyages à l'etranger ou à l' intérieur du pays	19
5-1-2-5 Rapports sexuels et nuit à l'hôtel durant les escales et à destination	19
5-1-2-6 Rapports sexuels et durée de voyage	20
5-1-2-7 Rapports sexuels extraconjugaux	21

5-1-3	Utilisation des préservatifs	21
5-1-3-1	Utilisation des préservatifs et l'âge	23
5-1-3-2	Utilisation des préservatifs et religion	24
5-1-3-3	Utilisation des préservatifs et statut matrimonial	24
5-1-3-4	Refus d'utilisation du préservatif et connaissance de son lieu de vente	25
5-1-4	Antécédents de MST	25
5-1-4-1	MST et âge	27
5-1-4-2	MST et statut matrimonial	27
5-1-4-3	MST et utilisation des préservatifs	28
5-1-5	Connaissances et attitudes sur le SIDA	29
5-1-6	Changements de comportement	31
5-2	Résultats de l'étude sérologique de l'infection à VIH	31
5-2-1	Résultats globaux	32
5-2-2	Séropositivité VIH et âge	33
5-2-3	Séropositivité VIH et ethnie	33
5-2-4	Séropositivité VIH et religion	33
5-2-5	Séropositivité VIH et statut matrimonial	33
5-2-6	Séropositivité VIH et niveau de scolarisation	33
5-2-7	Séropositivité VIH et voyage à l'étranger	34

5-2-8	Séropositivité VIH et pays de destination	34
5-2-9	Séropositivité VIH et durée d'escale	35
5-2-10	Séropositivité VIH et durée de séjour à destination	35
5-2-11	Séropositivité VIH et utilisation des préservatifs	35
5-2-12	Séropositivité VIH et utilisation des préservatifs lors des rapports sexuels extra-conjugaux	36
5-2-13	Séropositivité VIH et antécédents de MST	36
6	Discussions et commentaires	38
6-1	Etude comparative des enquêtes CAPC	38
6-1-1	Caractéristiques des échantillons, données démographiques	38
6-1-2	Comportements sexuels	38
6-1-3	Utilisation des préservatifs et antécédents de MST	39
6-1-4	Connaissances et croyances sur le SIDA	40
6-1-5	Changements de comportement	41
6-2	Etude sérologique de l'infection à VIH	41
7	Conclusion et suggestions	43
7-1	Conclusion	43
7-2	Suggestions	44
7-2-1	Au niveau national	44

7-2-2 Aux chauffeurs routiers 44

7-2-3 Au patronat 44

Bibliographie

Annexe

1/ INTRODUCTION

Les chauffeurs routiers constituent une population classiquement à risque vis à vis des maladies sexuellement transmissibles (M.S.T.) et sont supposés être des importants vecteurs de dissémination de l'infection par le virus de l'Immunodéficience Humaine (V.I.H.).

C'est pourquoi au Burkina Faso devant la progression du SIDA, le Comité National de Lutte contre le SIDA (CNLS) a mis en place un plan à court terme en 1986 concernant les groupes dont les comportements sont définis à risque tels que les chauffeurs routiers.

Aussi dans le cadre de cette lutte contre le SIDA, un projet "Prévention du SIDA chez les Chauffeurs routiers" a été lancé en 1990 par l'Association Française des Volontaires du Progrès (AFVP) en collaboration avec la Direction de l'Education pour la Santé et l'Assainissement (DESA) pour une durée de quatre ans. Dans le cadre de ce projet l'AFVP, la DESA avec l'appui de la Faculté des Sciences de la Santé (FSS) ont réalisé une enquête en juin 1991 portant sur les connaissances, attitudes, croyances et pratiques (CAPC) des chauffeurs routiers vis à vis du SIDA, afin de connaître leur niveau de connaissance sur le SIDA dans le but de définir leur besoin de formation et de cibler les objectifs de formation ;

Dans la présente étude nous nous sommes attachés à évaluer l'évolution des connaissances sur le SIDA et des comportements sexuels des routiers de Ouagadougou en réalisant une seconde enquête CAPC en Février 1993 pour apprécier l'impact de la formation des chauffeurs routiers après deux ans.

Afin d'estimer le taux de séropositivité VIH des chauffeurs routiers, nous avons complété cette seconde enquête CAPC par une étude sérologique de l'infection à VIH.

2/ ENONCE DU PROBLEME

Le Syndrome d'Immunodéficience Acquise (SIDA) pose au monde entier un problème très sérieux. Des milliers de personnes meurent du SIDA. Il existe un nombre croissant d'orphelins du SIDA.

Nous assistons à une augmentation du nombre de cas de SIDA déclarés à l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS).

En 1990, selon l'OMS les cas notifiés de SIDA dans le monde étaient de 254 078, les cas estimés de 650 000 (11). Actuellement plus de 14 000 000 d'individus sont infectés et l'OMS estime que d'une part 5 000 nouvelles personnes sont infectées chaque jour et que d'autre part 40 000 000 de personnes seront séropositives d'ici l'An 2 000 (12).

Le SIDA est reconnu au Burkina Faso comme un problème de santé publique majeur. Ce fléau a été l'objet d'une part de plusieurs études épidémiologiques et d'autre part d'élaboration de programmes spécifiques de lutte (13,14). Dans notre pays les cas de SIDA augmentent passant en six années (1986 à 1992) de 10 cas à 2886 cas (12). Le taux de séropositivité chez les prostituées de Ouagadougou est de 64 % (12). Cependant en 1994 il n'existe toujours aucun remède contre le SIDA. En dépit de l'inexistence de traitement du SIDA et du vaccin pour prévenir contre le VIH, le SIDA reste néanmoins une maladie qui peut être prévenue.

Le Sida touche toutes les couches sociales en particulier les groupes à risque (chauffeurs routiers, prostituées, etc...). La diffusion du SIDA est importante au sein de ces groupes ; elle augmente le risque de dissémination du VIH par ces derniers. Pour diminuer ce risque, un travail de prévention auprès de ces groupes en particulier les chauffeurs routiers est nécessaire.

Dans ce souci de prévention, l'AFVP en collaboration avec la DESA a mis en place en 1990 un projet "Prévention du SIDA chez les chauffeurs routiers". Dans le cadre de ce projet, les chauffeurs routiers ont bénéficié pendant deux ans d'une action de sensibilisation et d'information sur le SIDA. Cette action a été précédée d'une enquête CAPC.

De nombreuses actions d'IEC de ce genre sur le SIDA sont réalisées mais sans la moindre évaluation. Cela est pourtant indispensable pour mieux cerner les failles et recentrer les actions.

Il était donc nécessaire d'évaluer l'impact de ce programme de formation des routiers. Pour ce faire, nous avons réalisé une seconde enquête CAPC en Février 1993

Des indicateurs comme :

- le niveau de connaissance en matière de SIDA,
- le changement de comportement,
- le taux d'utilisation du préservatif,
- le taux de MST,

nous permettront de mesurer cet impact.

Des données sur la prévalence du VIH chez les chauffeurs routiers n'existant pas, nous avons couplé cette seconde enquête CAPC à une étude sérologique de l'infection à VIH afin de combler ce vide.

3/ LES OBJECTIFS DE L'ETUDE

3.1. Objectifs généraux :

- Evaluer l'impact du programme de formation des routiers sur la prévention du SIDA réalisé durant deux ans par l'AFVP et la DESA.
- Etablir des données sur la prévalence du VIH chez les chauffeurs routiers.

3.2. : Objectifs spécifiques :

- Evaluer dans ce groupe de chauffeurs routiers deux ans après le programme de formation mis en place par l'AFVP et la DESA :
 - * l'évolution de leur comportement sexuel,
 - * l'évolution de leurs connaissances et croyances sur le SIDA,
 - * l'évolution du taux d'utilisation du préservatif,
 - * l'évolution du taux d'incidence des MST.
- Estimer le taux de prévalence de la séropositivité VIH chez ces routiers

4/ METHODOLOGIE

4.1. METHODOLOGIE DES ENQUETES CAPC

Afin de pouvoir comparer les résultats des deux enquêtes, nous avons utilisé la même méthodologie.

4.1.1. Population cible et méthode d'échantillonnage

La population cible était l'ensemble des chauffeurs routiers de Ouagadougou travaillant pour des sociétés de transport inscrites au Syndicat National de Transport Routier. On notait au total 21 sociétés dont le nombre total des chauffeurs est estimé à 750. Un tirage au sort des routiers à partir de la liste des sociétés de transport a permis d'obtenir un échantillon de 200 personnes représentatif de cette population, aussi bien pour la première enquête CAPC que pour la seconde enquête CAPC. Le nombre de personnes retenue dans chaque entreprise était proportionnel à son effectif.

4.1.2. Collecte des données type d'étude

La méthodologie utilisée a été celle des enquêtes CAPC initiée par l'OMS et employée dans de nombreux pays africains (9)

Il s'est agi d'une étude descriptive transversale dont la collecte des données a été faite par quatre enquêteurs aussi bien pour la première enquête CAPC que pour la seconde enquête CAPC. Tous ces enquêteurs ont accédé à l'enseignement secondaire et ont eu à participer plusieurs fois à ces types d'enquête.

Dix jours ont été suffisants pour la collecte aussi bien lors de la première enquête que lors de la seconde.

L'instrument de collecte des données a été le même : un questionnaire écrit (annexe) comportant cinquante sept items portant sur :

- les données générales,
- les circuits de voyage,
- les comportements sexuels,
- les antécédents de maladies sexuellement transmises,
- les connaissances et les croyances sur le SIDA.

Aucun refus de répondre au questionnaire n'a été enregistré parmi les routiers. Les interviews se sont déroulés soit en français, soit en mooré, soit en dioula.

4.1.3. Validité de l'étude

Des efforts ont été fournis pour amoindrir les risques de biais à savoir :

- un échantillonnage représentatif des chauffeurs routiers du secteur formel de Ouagadougou ,
- l'anonymat absolu et la confidentialité du questionnaire,
- la clarté des questions.

4.1.4. Analyse des données

Les données ont été codées, saisies et analysées sur micro ordinateur équipé de logiciel EPI-INFO au service d'information médicale (SIM) du Centre Hospitalier National Yalgado OUEDRAOGO et à la Faculté des Sciences de la Santé, département de Santé Publique. Les tests statistiques utilisés ont été le Khi2

4.2 . Méthodologie de l'étude sérologique de l'infection VIH

L'étude sérologique a été faite au cours de la deuxième enquête CAPC à partir d'un échantillon aléatoire de 202 personnes tirées au sort dans chaque entreprise de transport, seuls les volontaires ont fait l'objet d'un prélèvement sanguin.

Un prélèvement du sang veineux pour la sérologie VIH a été effectué par deux étudiants en médecine après que le sujet ait répondu au questionnaire.

Les sérums ont été testés au Laboratoire National de Référence VIH du Centre Hospitalier National Yalgado OUEDRAOGO selon les techniques ELISA 1 et 2 et les confirmations par Western Blot Pasteur.

L'anonymat et la confidentialité des résultats ont été respectés. Une équipe a été constituée pour communiquer les résultats des tests à ceux qui le désirent.

5/ LES RESULTATS

5.1. Etude comparative des deux enquêtes CAPC

5.1.1 : Les caractéristiques des échantillons, données démographiques

Elles étaient sensiblement les mêmes, mais de légères variations existent.

5.1.1.1. Au niveau de l'effectif

L'effectif de la population étudiée était de 212 en 1991 et 202 en 1993.

5.1.1.2. Selon la profession

Les chauffeurs sont toujours en nombre plus élevé.

La proportion des mécaniciens a significativement augmenté ($p < 0,002$) : confère tableau n°I

Tableau n°I: Distribution de la population étudiée en fonction de la profession lors des deux enquêtes.

PROFESSION	1991	1993
Chauffeurs	(165) 77,83 %	(148) 73,3 %
Mécaniciens	(7) 3,3 %	(30) 14,9 %
Apprentis	(32) 15,1 %	(21) 10,4 %
Convoyeurs	(8) 3,8 %	(3) 1,5 %

5.1.1.3. Sexe et âge

La population étudiée lors des deux enquêtes était constituée uniquement de sujets de sexe masculin.

L'âge moyen en 1991 était de 34 ans, en 1993 il était de 35,5 ans. Les âges extrêmes étaient de 18 et 62 ans en 1991 et de 19 et 64 ans en 1993.

La classe modale était la même aussi bien en 1991 qu'en 1993. C'était la classe de (25 - 29) ans avec un effectif de 59 (27,8 %) en 1991 et 42 (20,8 %) en 1993 (Figure n° 1).

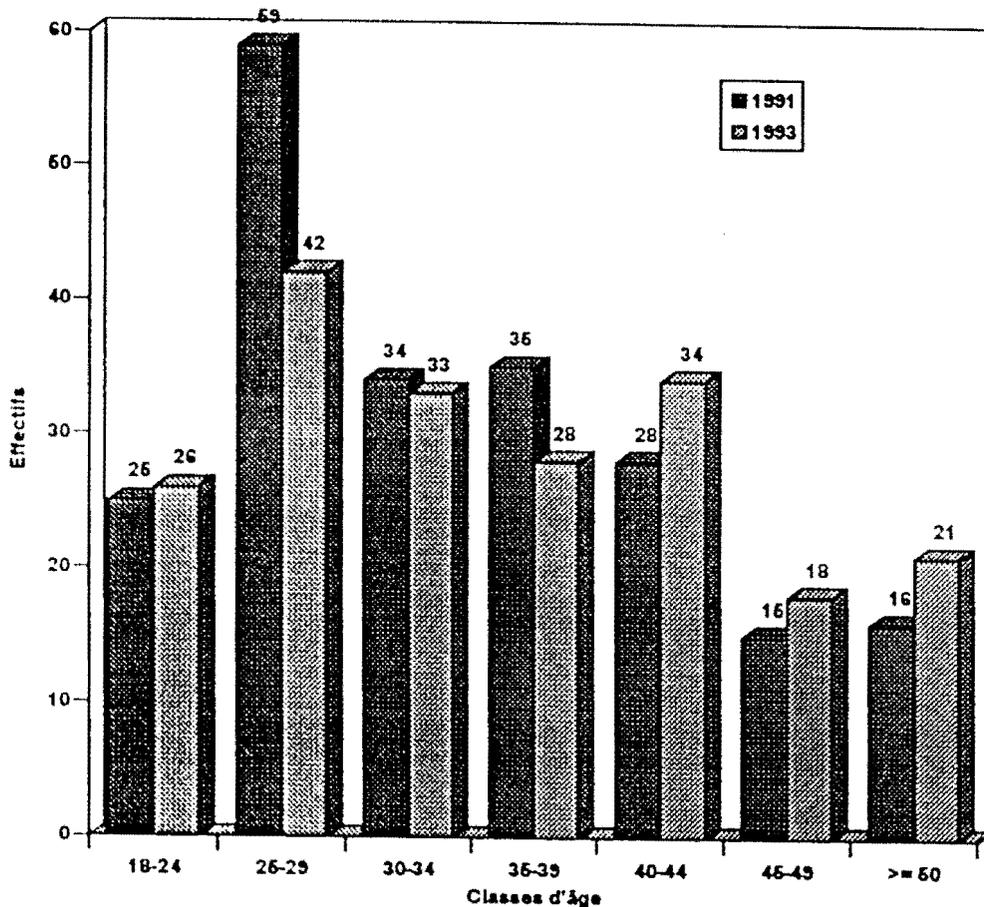


Figure n°1

Distribution de la population étudiée en fonction de l'âge lors des deux enquêtes

5.1.1.4. Selon la religion et le statut matrimonial

La religion musulmane dominait toujours, mais sa proportion avait cependant significativement baissé en 1993. Elle était passée de 80,1 % à 69,8 % en 1993 ($p < 0,02$).

La répartition de la population étudiée en fonction du statut matrimonial était restée stable (tableau n°II)

Tableau n°II : Distribution de la population étudiée en fonction du statut matrimonial lors des deux enquêtes

STATUT MATRIMONIAL	1991		1993	
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
Concubins	13	6,1 %	26	12,9 %
Monogames	104	49,1 %	86	42,6 %
Polygames	38	17,9 %	35	17,3 %
Célibataires	57	26,9 %	55	27,2 %

5.1.1.5 . Selon le niveau de scolarisation

- La proportion des routiers n'ayant reçu aucune instruction et celle des routiers ayant reçu une instruction primaire avaient baissé de manière significative

($p < 0,001$).

- Le taux des routiers ayant reçu une instruction coranique avait significativement augmenté

($p < 0,001$)

- La proportion des routiers ayant accédé à l'enseignement secondaire était restée stable

(tableau n°III)

Tableau n°III : Distribution de la population étudiée en fonction du niveau de scolarisation lors des deux enquêtes

NIVEAU DE SCOLARISATION	1991		1993	
	Effectif	pourcentage	Effectif	Pourcentage
Non Scolarisation	96	45,5 %	71	35,1 %
Instruction primaire	68	32,2 %	47	23,3 %
Instruction coranique	27	12,8 %	61	30,2 %
Instruction secondaire	20	9,5 %	23	11,4 %

5.1.1.6 . Selon la nationalité, l'ethnie

- Au cours des deux enquêtes la proportion des Burkinabè n'avait significativement pas varié (93,9 % en 1991 et 97,5 % en 1993. %).

- En 1991 nous avons 72,6 % de mossi, 2,8 % de bobos et 24,6 % des autres ethnies.

En 1993 ces proportions n'avaient pas varié de façon significative. Nous avons 76,4 % de mossi, 2,3 % de bobos et 21,3 % des autres ethnies.

5.1.1.7 . Selon les voyages à l'étranger et les pays de destination

Le pourcentage des routiers qui effectuent des voyages à l'étranger avait significativement baissé ($p < 0,02$). Il passait de 74,9 % à 60,9% en 1993.

Les pays de destination étaient essentiellement le Togo, le Bénin, le Ghana, la Côte d'Ivoire, le Mali et le Niger.

La proportion des routiers qui effectuaient des voyages au Ghana avait baissé de manière significative ($p < 0,01$).

Pour les autres pays il n'y a pas de variation statistiquement significative (figure n°2)

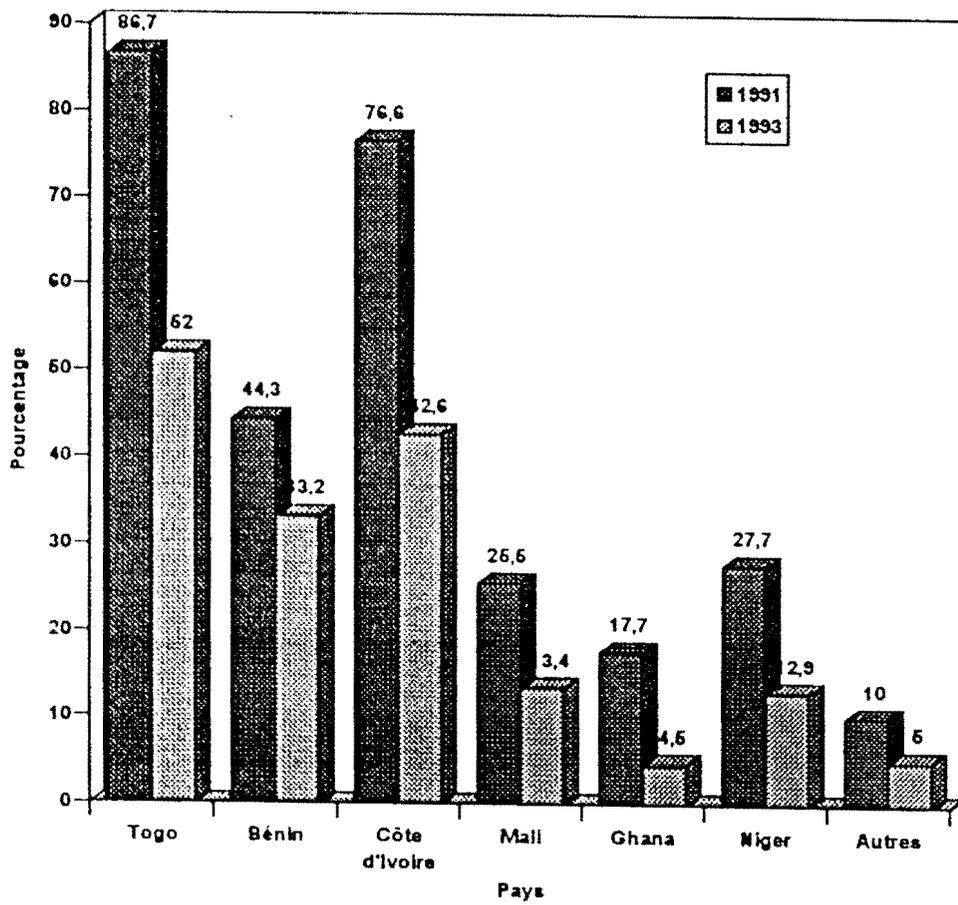


Figure n°2: Distribution de la population étudiée en fonction des pays de destination lors des deux enquêtes.

5.1.1.8 . Selon la durée du voyage

En 1991, 75,3 % des routiers effectuaient des voyages dont la durée était inférieure à une semaine, 23,7 % des voyages d'une à deux semaines. Toutes ces proportions avaient baissé de manière significative avec respectivement 66,8 % pour les durées d'une semaine et 20,3 % pour celles d'une à deux semaines ($p < 0,0005$).

On notait une augmentation significative de la proportion des routiers qui effectuaient des voyages de durée supérieure à deux semaines (1 % à 9,8 % en 1993)

5.1.2 . Comportement sexuel

En 1991, la moitié des routiers déclarait avoir des rapports sexuels au cours des voyages soit 53,4 % (39,4 % parfois et 15 % souvent).

En 1993 il y avait eu une baisse significative de cette proportion qui était maintenant de 26,2 % (18,8 % parfois et 7,4 % souvent). Cette baisse était globale et touchait toutes les classes d'âge ($p < 10^{-9}$).

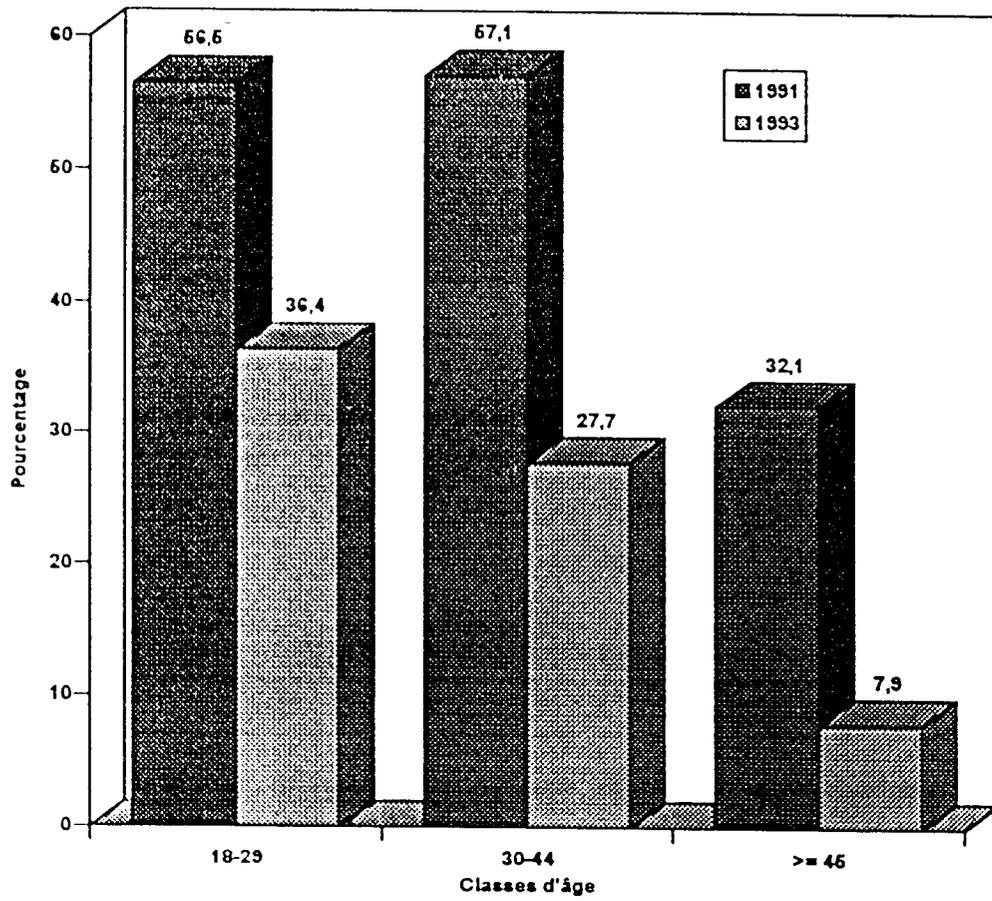


Figure n°3 : Pourcentage des routiers ayant des rapports sexuels en fonction de l'âge lors des deux enquêtes

Le nombre de partenaires sexuels au cours de ces rapports sexuels n'avait pas varié de manière significative au cours des deux enquêtes

Tableau n°IV: Nombre de partenaires au cours des rapports sexuels pendant les voyages et lors des deux enquêtes

NOMBRE DE PARTENAIRES SEXUELS	1991		1993	
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
1	84	75 %	32	61,5 %
2	16	15 %	12	23,1 %
> 2	12	10 %	8	15,4 %

Les chauffeurs routiers avaient tendance à avoir des relations sexuelles avec les mêmes partenaires. Cependant, ils reconnaissaient que la plupart de leurs partenaires sont des prostituées ou assimilées.

5.1.2.1. Rapports sexuels et durée de séjour à destination

En 1991 les routiers qui séjournèrent plus de 7 jours à destination avaient des rapports sexuels significativement plus fréquents que ceux qui séjournèrent moins d'une semaine ($p < 0,01$).

En 1993 les différences observées n'étaient plus significatives ($p=0,27$): confère tableau n° V

Tableau n°V: Proportion des rapports sexuels en fonction de la durée de séjour à destination lors des 2 enquêtes

DUREE DE DESTINATION	1991	1993
= < 7 Jours	(63) 47,0 %	(40) 25,3 %
>7 Jours	(50) 72,5 %	(12) 34,3 %
p	< 0,01	NS

NS = Non significatif

- en 1991 l'effectif des routiers ayant une durée de séjour inférieure ou égale à 7 jours et qui avaient répondu à la question était de 63 et en 1993 cet effectif était de 40.

- en 1991 l'effectif des routiers ayant une durée de séjour supérieure à 7 jours et qui avaient répondu à la question était de 50 et en 1993 il était de 12.

5.1.2.2. Rapports sexuels et statut matrimonial

Au cours des deux années, la comparaison du pourcentage des rapports sexuels des routiers en fonction de leur statut matrimonial n'avait pas montré une différence significative

Mais par rapport à 1991, en 1993 ces pourcentages étaient plus faibles (figure n°4)

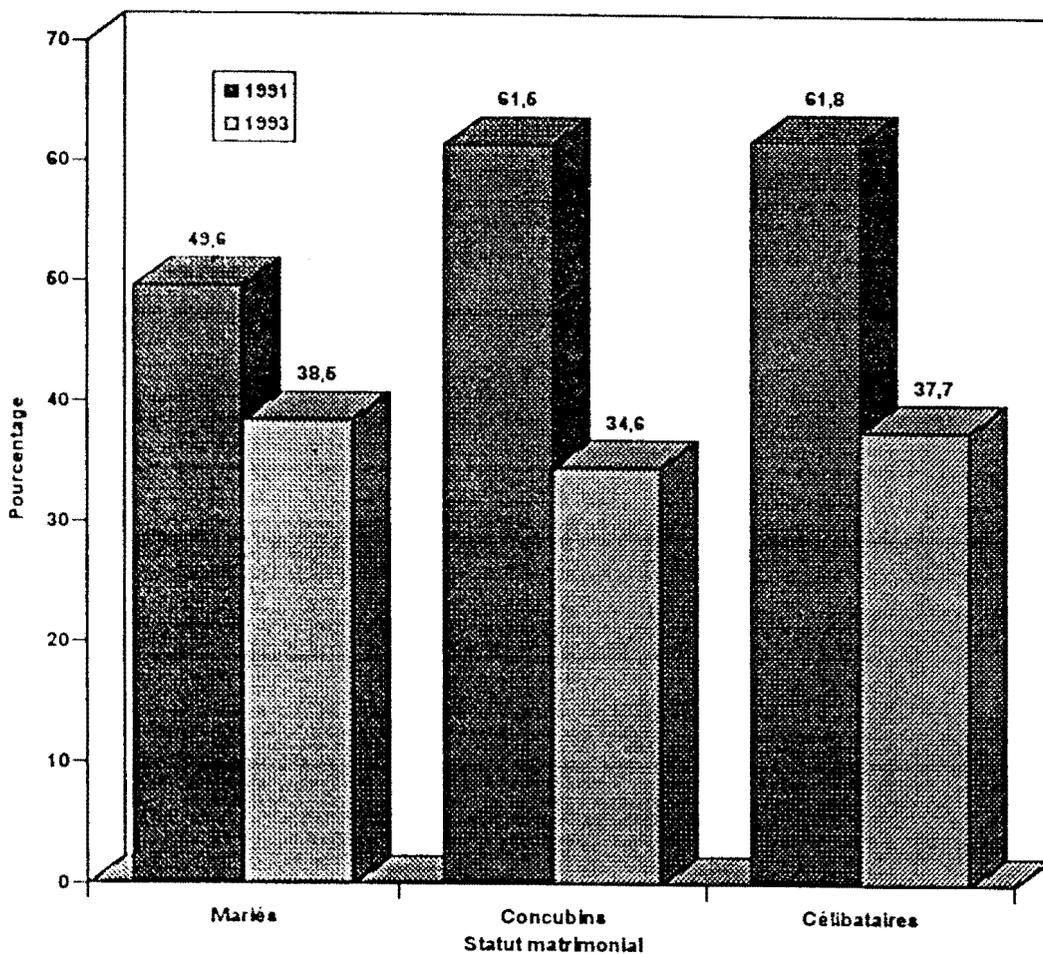


Figure n°4 : Pourcentage des rapports sexuels en fonction du statut matrimonial lors des deux enquêtes.

5. 1. 2. 3 . Rapports sexuels et religion

Au cours des deux années la comparaison de la proportion des rapports sexuels des musulmans et de celle des chrétiens ne montrait pas une différence significative (tableau n°VI)

Tableau n°VI: Pourcentage des rapports sexuels en fonction de la religion lors des deux enquêtes.

RELIGION	1991	1993
Musulmans	(90) 53,3 %	(38) 27,3 %
Chrétiens	(22) 53,6 %	(15) 26,3 %
p	NS	NS

-en 1991 l'effectif des chrétiens ayant répondu à la question était de 41 et celui des musulmans de 169.

- en 1993 cet effectif était de 139 pour les musulmans et de 57 pour les chrétiens.

5.1.2.4 . Rapports sexuels et voyages à l'étranger ou à l'interieur du pays.

La comparaison du nombre de rapports sexuels des routiers voyageant à l'étranger et de ceux qui ne quittaient pas le Burkina Faso ne montrait pas de différence significative (tableau n°VII)

Tableau n°VII: Proportion de rapports sexuels en fonction des voyages à l'étranger ou à l'interieur du pays lors des deux années

	1991	1993
- Voyages à l'étranger	(86) 55,8 %	(33) 26,8
- Burkina Faso seulement	(24) 47,1 %	(20) 26,7
- p	NS	NS

- l'effectif des routiers voyageant à l'étranger et ayant répondu à la question était de 154 en 1991 et de 123 en 1993.

- l'effectif des routiers ne quittant pas le Burkina Faso et ayant répondu à la question était de 51 en 1991 et de 75 en 1993.

5.1.2.5 Rapports sexuels et nuit à l'hôtel durant les escales et à destination

En 1993 comme en 1991, il avait été mis en évidence une liaison entre le comportement sexuel et le fait de passer la nuit à l'hôtel.

Les routiers qui passaient la nuit à l'hôtel durant les escales ou à destination avaient des rapports sexuels significativement plus fréquents que ceux qui ne passaient pas la nuit à l'hôtel. (tableau n°VIII)

Tableau n°VIII: Pourcentage de camionneurs ayant des rapports sexuels en fonction du lieu, du type d'arrêt et selon l'année d'enquête

NUITS A L'HOTEL	1991		1993	
	Rapports durant escale	Rapports à destination	Rapports durant escale	Rapports à destination
oui	76,8 %	65,8 %	38,3 %	44,1 %
non	47,0 %	91,4 %	23,5 %	25,0 %
P	< 0,001	< 0,01	< 0,05	< 0,05

5. 1. 2. 6. Rapports sexuels et durée de voyage

En 1993, les chauffeurs routiers qui effectuaient des voyages de plus de 7 jours avaient des rapports sexuels significativement plus fréquents que ceux qui font des voyages de moins de 7 jours ($p < 0,01$). Cette différence n'existait pas lors de l'enquête de 1991 ($p = 0,09$): confère tableau n°IX.

Tableau n°IX Pourcentage des rapports sexuels en fonction de la durée du voyage lors des deux enquêtes.

DUREE DE VOYAGE	1991	1993
< 7 jours	(77) 53,1 %	(28) 20,9 %
> 7 jours	(28) 58,3 %	(24) 40,7 %
p	NS	< 0,01

-l'effectif des routiers ayant répondu à la questions était de 145 en 1991 pour ceux ayant des durées de voyage inférieure à 7 jours et de 134 en 1993.

-l'effectif des routiers ayant répondu à la question était de 48 en 1991 pour ceux ayant des durées de voyage supérieure à 7 jours et de 59 en 1993.

5.1.2.7. Rapports sexuels extra conjugaux

La proportion des routiers ayant des rapports sexuels extra conjugaux n'avait pas varié de manière significative (65,5 % en 1991 et 70 % en 1993).

5.1.3 : Utilisation des préservatifs

Au cours des deux années, le pourcentage des routiers déclarant avoir déjà utilisé le préservatif n'avait pas varié, il était de 59,7 % en 1991 et de 60,9 % en 1993.

Il existait cependant une augmentation significative des routiers utilisant toujours les préservatifs lors des rapports sexuels extra conjugaux ($P < 0,001$).

Par contre la proportion des routiers ayant utilisé systématiquement le préservatif lors des rapports sexuels durant leur dernier voyage n'avait pas significativement augmenté. Il faut tenir compte dans ces résultats du fait que, si tous les participants avaient répondu à la première question, beaucoup moins avaient répondu à la seconde et très peu à la troisième (tableau n°X)

Tableau N°X : Etude comparative de l'utilisation des préservatifs en fonction de l'année d'enquête

UTILISATION DE PRESERVATION	1991	1993	P
A déjà utilisé un préservatif	59,4 %	60,9 %	NS
n =	200	202	
Préservatif toujours utilisé lors des rapports extra conjugaux	61,2 %	74,1 %	< 0,001
n =	139	143	
Préservatif utilisé lors du dernier voyage	65,8 %	79,2 %	NS
n =	79	48	

n = effectif ayant répondu à la question.

5.1.3.1. Utilisation de préservatifs et l'âge

Au cours des deux années les différences observées entre les pourcentages d'utilisation de préservatifs en fonction de l'âge n'étaient pas statistiquement significatives (figure n°5).

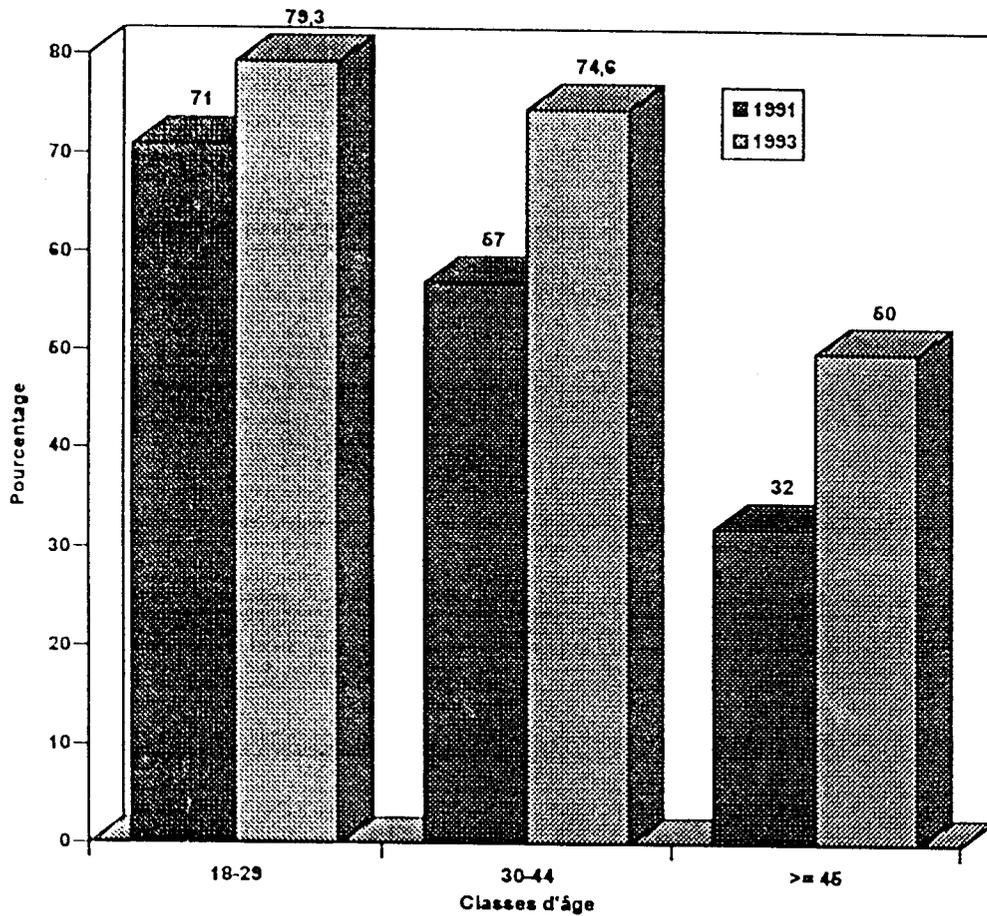


Figure n°5 : Pourcentage d'utilisation du préservatif en fonction de l'âge lors des deux enquêtes

5.1.3.2. Utilisation de préservatif et religion

En 1991, la proportion des chrétiens qui utilisaient le préservatif lors des rapports sexuels (63,5 %) n'était pas statistiquement différente de celle des musulmans (52 %) ($p=0,28$)

En 1993 il n'avait pas également été mis en évidence une différence significative entre le pourcentage des chrétiens qui utilisaient les préservatifs (70,7 %) et celui des musulmans (76 %) ($p=0,5$).

5.1.3.3. Utilisation de préservatif et le statut matrimonial

En 1991 la comparaison du pourcentage d'utilisation des préservatifs en fonction du statut matrimonial avait montré une différence significative ($p < 0,04$).

En 1993 cette différence n'était plus significative.

Tableau n°XI Pourcentage d'utilisation du préservatif en fonction du statut matrimonial lors des deux enquêtes.

STATUT MATRIMONIAL	1991	1993
- monogames	(56) 54 %	(38) 63,3 %
- polygames	(19) 54,2 %	(12) 75 %
- concubins	(10) 80,7 %	(16) 88,9 %
- célibataires	(41) 71,4 %	(40) 81,6 %
- p	< 0,04	NS

Le tableau suivant montre l'effectif des routiers ayant répondu à la question en fonction du statut matrimonial

STATUT MATRIMONIAL	1991	1993
Monogames	104	60
Polygames	38	16
Concubins	13	18
Célibataires	57	40

5.1.3.4. Refus d'utilisation des préservatifs et connaissance de son lieu de vente

Le taux de refus d'utilisation des préservatifs n'avait guère augmenté, il était resté stable (41 % en 1991 contre 43,6 % en 1993).

De même qu'au cours de la première enquête, en 1993 la principale raison du refus d'utilisation du préservatif était la fidélité à leurs femmes. Elle avait cependant vu sa proportion augmenter passant de 56,8 % à 76,4 % en 1993.

La confiance dans la partenaire qui était rapportée dans 12,8 % des cas n'était plus que dans 0,5 % des cas.

La proportion des routiers qui connaissait la possibilité d'achat des préservatifs dans les kiosques avait augmenté passant de 25,7 % à 70,7 % en 1993.

5.1.4. Antécédents de MST

le taux d'incidence annuel des urétrites avait baissé de manière significative ($p < 0,01$).

Celui des ulcérations génitales avait aussi diminué significativement ($p < 0,001$), Il était de même pour celui des MST (antécédents d'urétrites et ou d'ulcérations) ($p < 0,01$).

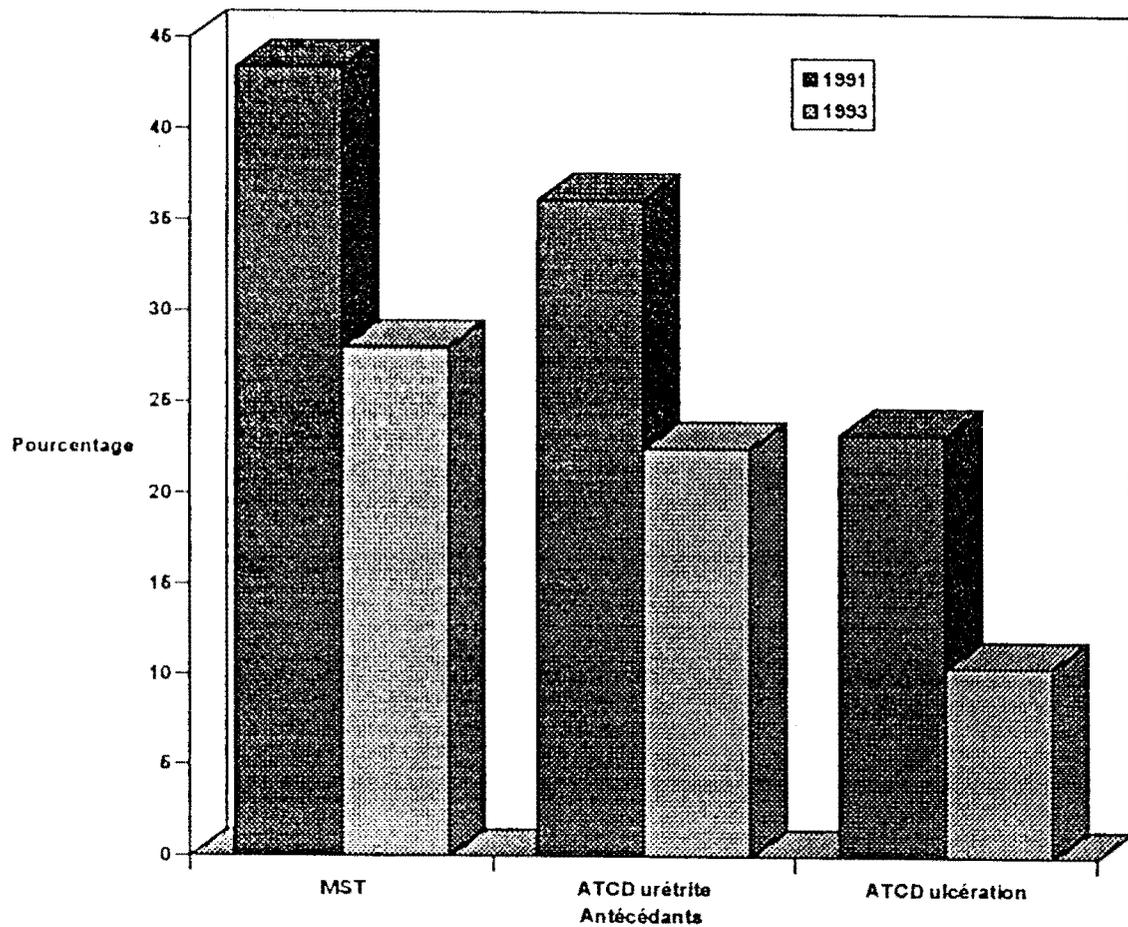


Figure n°6 : Evolution des antécédents d'ulcérations, d' urétrites et de MST (urétrite et/ou ulcération) en fonction de l'année d'enquête

Chez les routiers ayant des rapports sexuels durant les voyages, on avait noté 35,8 % de MST en 1993 contre 60 % en 1991. Cependant chez ceux n'ayant pas de rapports on avait relevé 25,7 % d'antécédents de MST (21 % en 1991).

5.1.4.1. MST et âge

Le taux de MST des différentes classes d'âge ne différait pas d'une manière significative au cours des deux années.

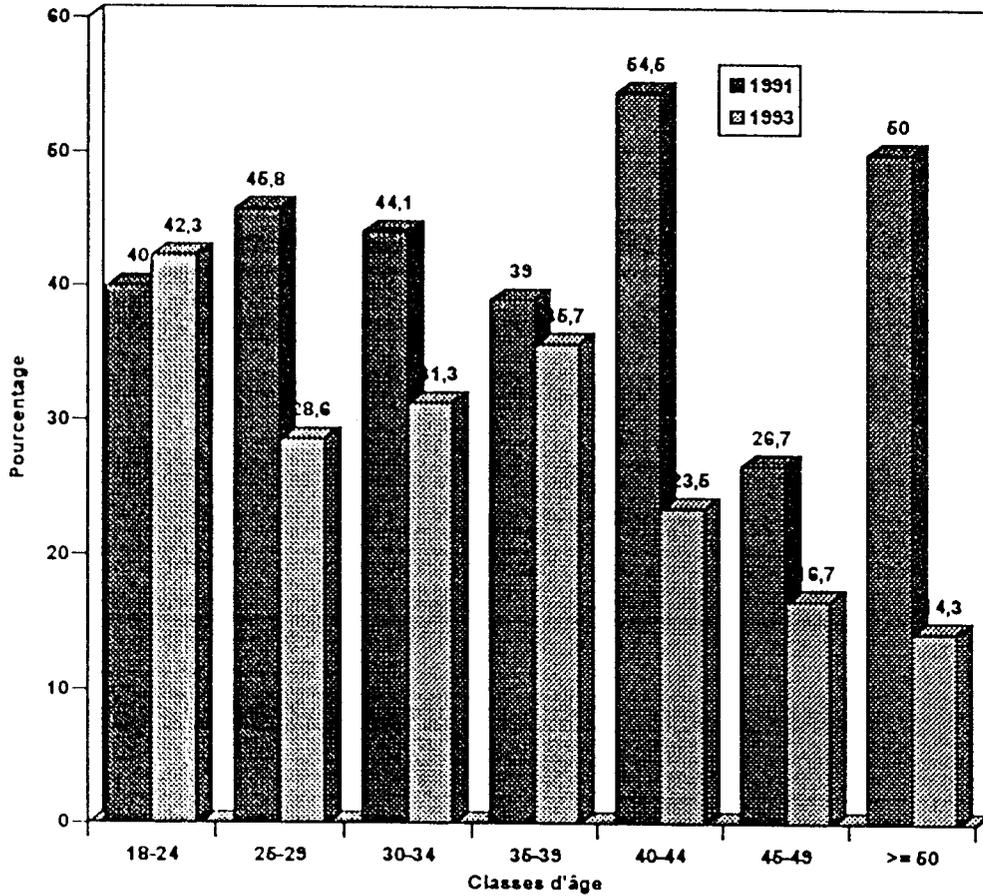


Figure n°7 : Pourcentage de MST en fonction de l'âge lors des deux enquêtes

5.1.4.2. MST et statut matrimonial

En 1991 il n'existait pas de différence statistiquement significative entre les taux de MST en fonction du statut matrimonial, en 1993 cette différence existait. Le pourcentage des célibataires ayant un antécédent de MST (37 %) et celui des monogames (32,6 %) étaient significativement supérieures à la proportion des concubins (15,4 %) ou à celle des polygames (14,3 %) ayant des antécédents de MST ($p < 0,05$).

5.1.4.3. MST et utilisation des préservatifs

La même contradiction relevée en 1991 apparaissait de nouveau en 1993 : la proportion de MST était plus importante chez les routiers déclarant utiliser toujours le préservatif que chez ceux les utilisant occasionnellement (tableau n°XII)

Tableau n°XII : Pourcentage d'antécédents de MST en fonction de l'utilisation de préservatifs lors des deux enquêtes

UTILISATION DE PRESERVATIFS	ANTECEDENTS DE MST %	
	1991	1993
Toujours	(38) 73,1 %	(16) 42,1 %
Parfois ou jamais	(13) 48,1 %	(2) 20,2 %
p	< 0,01	< 0,05

L'effectif des routiers déclarant utiliser toujours les préservatifs et ayant répondu à la question était de 52 en 1991 et de 38 en 1993.

L'effectif des routiers déclarant utilisé parfois ou jamais les préservatifs et ayant répondu à la question était de 27 en 1991 et de 10 en 1993.

5.1.5. Connaissances et attitudes sur le SIDA

En 1991, 96,6 % des camionneurs avaient déjà entendu parler du SIDA. En 1993 cette proportion était de 100 % .

La proportion des routiers déclarant connaître un sidéen avait légèrement augmenté de 24,3 % à 28,2 % en 1993 .

On notait une diminution significative de la proportion des routiers qui avaient des connaissances erronées des modes de transmission du SIDA.

($P < 10^{-5}$).

Le pourcentage des routiers qui croyaient en la guérison possible du SIDA avait baissé d'une manière significative ($p < 0,00001$) ; celui des routiers qui croyaient que l'on peut garder un Sidéen à la maison avait significativement augmenté ($p < 0,00001$).

La presque totalité des routiers connaissait la possibilité de la transmission sexuelle du SIDA. (tableau n°XIII)

Tableau n°XIII : Evolution des croyances et des connaissances des camionneurs sur le SIDA

CONNAISSANCES ET CROYANCES	1991	1993	P
- Transmission :			
* par rapports sexuels	94,3 %	97,5 %	NS
* connaissances erronées	38,7 %	15,8 %	<10 ⁻⁵
* connaissances exactes	22,6 %	31,7 %	NS
* par un sidéen	91,5 %	95,5 %	NS
* par un sujet apparemment sain	42 %	60,9 %	<10 ⁻⁵
- guérison possible du SIDA	17,6 %	3 %	<10 ⁻⁵
- maladie grave	95,3 %	98,5 %	NS
- maladie naturelle	92,7 %	80,7 %	NS
- 2 groupes à risque cités	75,7 %	77,8 %	NS
- un moyen de prévention cité	85 %	97 %	NS
- garder un Sidéen à la maison	21,2 %	67,8 %	<10 ⁻⁵

NB : Les connaissances sont considérées correctes lorsque les trois modes de transmission du SIDA sont cités ; elles sont erronées lorsqu'au moins un mode de transmission inexact est cité.

5.1.6. Changement de comportement

La proportion des routiers déclarant avoir changé de comportement depuis qu'ils ont entendu parlé du SIDA n'avait pas varié (84,4 % en 1991 et 85,6 % en 1993), mais dans les types de changement de comportement on notait une augmentation significative de la fidélité ($p < 0,01$)

Tableau n°XIV : Proportion des différents types de changement de comportements de chauffeurs routiers depuis la connaissance de l'existence du SIDA .

TYPE CHANGEMENT COMPORTEMENT	1991	1993	P
- utilisation de préservatifs	39 %	36,6 %	NS
- diminution du nombre de partenaires	48 %	39 %	NS
- fidélité	27,4 %	43 %	<0,01

5.2. RESULTATS DE L'ETUDE SEROLOGIQUE

Sur les 202 personnes incluses à l'étude, 186 avaient pu faire l'objet d'un prélèvement sanguin en vue de cette étude sérologique. Nous avons connu des refus au prélèvement sanguin 10 au total, et 6 prélèvements ont été insuffisants, non exploitables. C'est ce qui explique les variations dans le nombre de sérums testés. Aucune tentative n'avait été faite pour reconvaincre ceux qui ont refusé d'accepter le prélèvement, ceci pour ne pas installer le doute chez ces routiers.

5.2.1. Résultats globaux

Le taux de prévalence du VIH1 était de 8,6 % (16 cas). Celui des doubles profils VIH1 + VIH2 de 4,8 % (9 cas).

La proportion de sérums indéterminés 2,2 % (4 cas). Ces sérums n'avaient pas bénéficié d'un second prélèvement.

Nous avons eu un seul faux positif. Nous n'avons pas eu d'infection à VIH2 seule isolé.

Au total, le taux de prévalence global de séropositivité VIH chez les chauffeurs routiers de Ouagadougou avait été estimé au minimum à 13,4 % [séropositivité VIH1 (8,6 %) + séropositivité du double profil VIH1 + VIH2 (4,8 %)] et en incluant les indéterminés à 15,6%. Le taux de prévalence estimé au maximum était de 21% (refus et indéterminés pris en compte). Nous allons utiliser le taux de prévalence de séropositivité VIH1 estimé au minimum pour toute l'étude.

Tableau n°XV: Résultat global

RESULTATS	POURCENTAGE
VIH1	(16) 8,6 %
VIH1 + VIH2	(9) 4,8 %
Indéterminé	(4) 2,2 %
Négatif	(157) 84,4 %
Nombre de sérums testés	186

5.2.2. Séropositivité VIH et âge

Dans notre échantillon aucun des routiers âgés de 18 à 24 n'était séropositif. 18,5 % de ceux âgés de 30 à 35 ans étaient séropositifs. Ce taux était également le même pour ceux âgés de 35 à 39 ans. 20,0 % des personnes âgées de plus de 50 ans étaient séropositives. Ces différences constatées n'étaient pas significatives ($p = 0,33$).

5.2.3 Séropositivité VIH et ethnie

Le taux de prévalence du VIH chez les mossis (16,3 %) n' était pas statistiquement différent de celui des autres ethnies (6,8 %) ($p = 0,22$).

5.2.4 Séropositivité VIH et religion

La différence entre la proportion des musulmans qui étaient séropositifs (15 %) et celle des chrétiens (11,23 %) n'était pas significative ($p = 0,52$).

5.2.5 Séropositivité VIH et statut matrimonial

La proportion des monogames, des polygames et des célibataires séropositifs était sensiblement la même : elle était respectivement de 14,5 %, 15,2 % et 14,00 %. Cette proportion est de 8,7 % chez les concubins. Cette différence n'était pas significative ($p = 0,89$).

5.2.6 séropositivité VIH et niveau de scolarisation

17,2 % des routiers n'ayant reçu aucune instruction sont séropositifs. Ce taux était le même que pour ceux qui avaient reçu une instruction coranique (17 %). Ces chiffres étaient faibles pour ceux qui ont reçu une instruction primaire (6,8 %) et ceux qui avaient reçu une instruction secondaire (9,5 %). La différence entre les taux observés n'était pas significative.

5.2.7 Séropositivité VIII et voyages à l'étranger

15,7 % des camionneurs effectuant des voyages à l'étranger étaient séropositifs contre 10,8 % de ceux qui n'effectuaient pas de voyages à l'étranger. Cette différence n'était pas significative. ($p = 0,37$).

5.2.8. séropositivité VIII et les pays de destinations

Il n'avait pas été mis en évidence une liaison entre les pays de destination et la séropositivité VIII (figure n° 8)

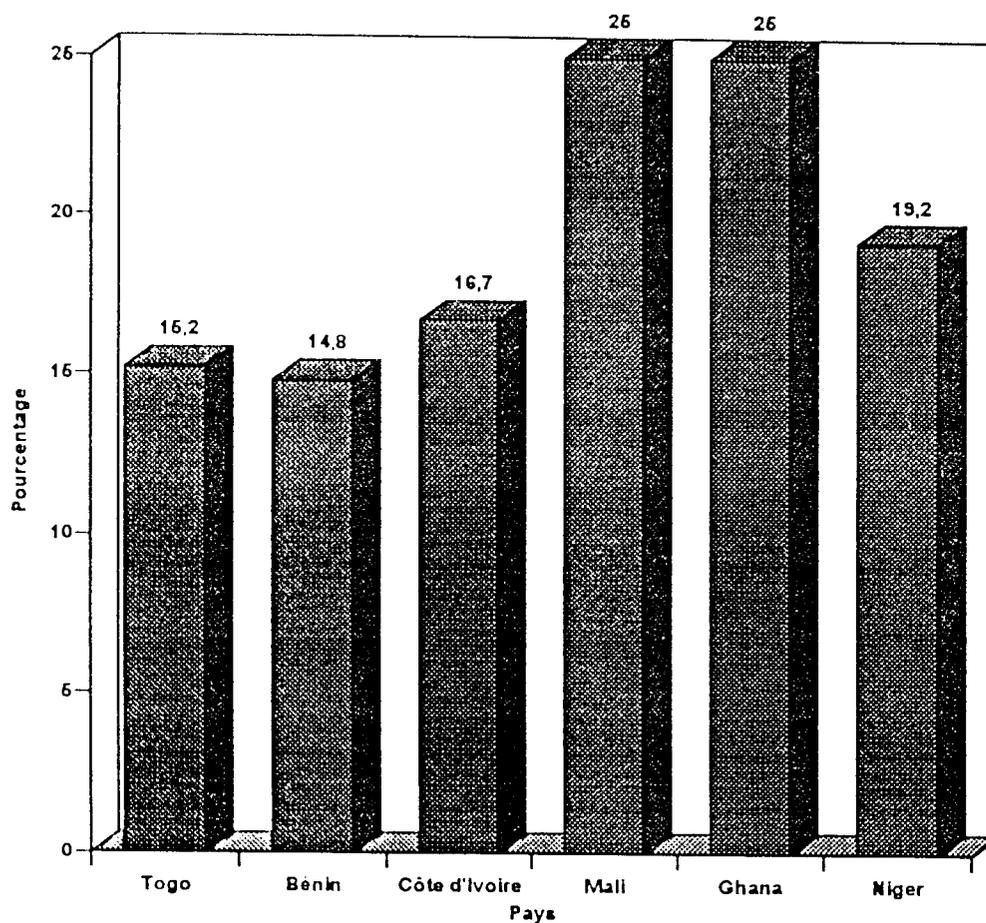


Figure n°8 : Répartition des séropositifs en fonction des pays de destination

5.2.9. séropositivité VIII et durée d'escale

60% des camionneurs qui avaient des durées d'escale de plus d'une journée étaient séropositifs. Ce taux était statistiquement supérieur à celui des routiers qui faisaient une journée d'escale (17,4 %) ou à celui de ceux qui faisaient une demi-journée (12,9 %), ($p < 0,014$).

5.2.10. séropositivité VIH et durée de séjour à destination

19,5 % des routiers ayant des durées de séjour à destination comprises entre 4 et 7 jours sont séropositifs. 15,8 % de ceux qui avaient des durées de séjour dépassant 2 semaines l'étaient et 13,3 % des routiers ayant des durées de séjours comprises entre 1 et 3 jours étaient séropositifs. Les différences constatées dans ces taux n'étaient pas significatives

5.2.11. Séropositivité VIH et utilisation des préservatifs

Il n'avait pas été mis en évidence une liaison entre la séropositivité VIH et l'utilisation du préservatif.

Le taux de séropositivité des camionneurs qui déclaraient ne pas utiliser systématiquement de préservatif n'était pas statistiquement différent de celui des routiers déclarant l'utiliser systématiquement ($p = 0,21$).

Tableau XVI : Distribution des séropositifs en fonction de l'utilisation de préservatifs.

UTILISATION DU PRESERVATIF	POURCENTAGE DE SEROPOSITIVITE VIH
Toujours	(12) 11,1 %
Parfois et/ou jamais	(13) 17,6 %
p	NS

L'effectif des routiers déclarant utilisé toujours les préservatifs et ayant accepté le prélèvement sanguin était de 108. Celui des routiers déclarant utilisé parfois ou jamais les préservatifs et ayant accepté le prélèvement était de 74.

5.2.12. Séropositivité VIH et utilisation de préservatifs lors des rapports sexuels extra conjugaux

La proportion des routiers qui utilisaient parfois le préservatif au cours de ces rapports et qui étaient séropositifs n'était pas significativement différente de celle des routiers qui ne l'utilisaient pas ou de celle des camionneurs qui l'utilisaient toujours au cours de leurs rapports sexuels extra conjugaux ($p = 0,9$).

Tableau XVII: Distribution des séropositifs en fonction de l'utilisation du préservatif ou des rapports sexuels extra conjugaux

UTILISATION DU PRESERVATIF AU COURS DES RAPPORTS EXTRA CONJUGAUX	POURCENTAGE DES SEROPOSITIFS
Parfois	(1) 14,6 %
Toujours	(11) 11,7 %
Jamais	(3) 12 %
p	NS

L'effectif des routiers ayant accepté le prélèvement en fonction de l'utilisation du préservatif au cours des rapports sexuels extraconjugaux est le suivant parfois : 7, jamais 25, toujours 94.

5.2.13. séropositivité VIH et antécédent de MST

17,6 % des routiers ayant des antécédents d'ulcération génitale étaient séropositifs contre 12,8 % de ceux qui étaient sans antécédent d'ulcération. Cette différence n'était pas significative.

Il existait une liaison entre la séropositivité VIH et les antécédents d'urétrite. Le taux de séropositivité VIH chez ceux qui avaient des antécédents d'urétrites était supérieur à celui des routiers qui étaient sans antécédent ($p = 0,01$).

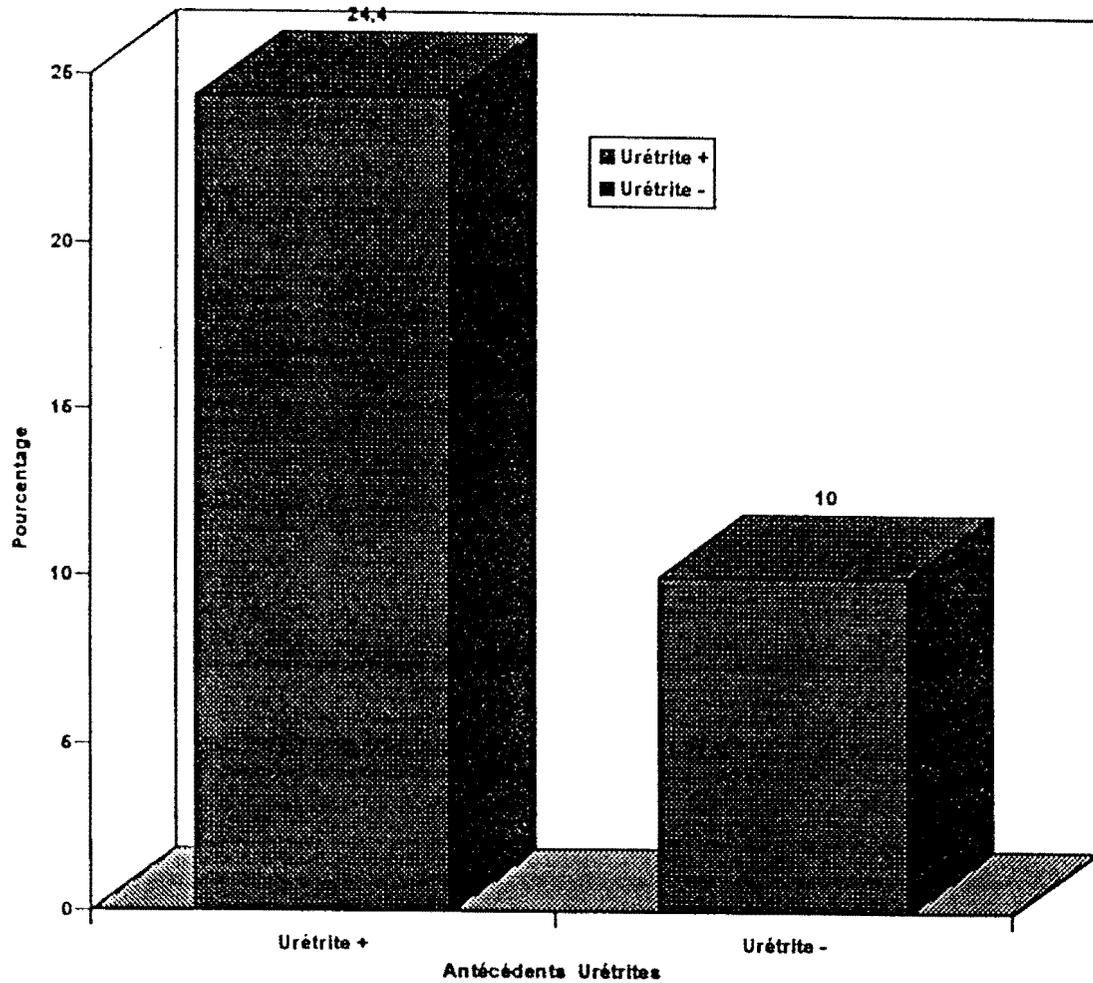


Figure N°9 : Pourcentage de séropositivité VIH en fonction de antécédents d'urétrite

Il avait été mis en évidence une liaison entre le taux de séropositivité VIH et les antécédents de MST (antécédent d'ulcération et ou d'urétrite). Le taux de séropositivité des routiers ayant un antécédent de MST (21,6 %) était statistiquement supérieur à celui des routiers qui étaient sans antécédent (10 %),

($p = 0,03$)

6/ DISCUSSIONS ET COMMENTAIRES

6.1. Etude comparative des enquêtes CAPC

Ces deux enquêtes de nature socio comportementale réalisent les premiers sondages d'opinion sur le problème du SIDA au sein de la population des chauffeurs routiers considérée comme une population à risque et à qui on attribue souvent une activité sexuelle intense. La comparaison des deux enquêtes a permis d'évaluer l'impact de la formation des routiers sur le SIDA. Certains indicateurs indirects ont permis de valider cette comparaison.

6.1.1. Caractéristiques des échantillons données démographiques

Les deux populations étudiées sont comparables aussi bien par l'âge que par la profession et le statut matrimonial.

La proportion des musulmans et la fréquence de voyages à l'étranger sont significativement moins importantes en 1993 qu'en 1991. Aucune des enquêtes n'a mis en évidence une relation entre la religion d'une part et entre la fréquence de voyages à l'étranger d'autre part avec le comportement sexuel, ce qui valide la comparaison des deux enquêtes.

6.1.2. Comportement sexuel

Au cours des enquêtes de nature socio comportementale, il apparaît toujours un décalage entre la déclaration des individus sur leur comportement et la réalité, une discordance entre leurs connaissances et leur comportement réel. Ce décalage et cette discordance rendent souvent difficile la comparaison ou des modifications de comportement sexuel.

Mais ces quelques imperfections sont souvent corrigées par la répétition des enquêtes comme c'est le cas dans notre étude.

Cette répétition des enquêtes CAPC permet de mettre en évidence des évolutions dans les comportements et les connaissances.

C'est ainsi que l'on note un net changement de comportement.

En effet nous avons constaté une diminution significative de la proportion des chauffeurs routiers ayant des rapports sexuels lors des voyages (de 53,7 % à 26,4 % en 1993). la liaison qui existait en 1991 entre la durée de séjour à destination et le comportement sexuel a disparu en 1993.

Donc non seulement les routiers ont diminué leurs rapports sexuels et même lorsque

la durée de séjour est plus longue ils n'ont pas plus de rapports sexuels.

Par contre, nous avons mis en évidence aussi bien en 1991 qu'en 1993 une liaison entre le comportement sexuel et le passage de nuit à l'hôtel durant les escales et à destination. Les routiers qui passent les nuits à l'hôtel ont plus de rapports sexuels de manière significative.

Le passage à l'hôtel a probablement des éléments favorisant des rapports sexuels si l'on sait que les prostituées gravitent souvent autour de ces hôtels. Il est donc souhaitable d'associer une action ciblée sur les hôtels à de telles actions éducatives.

6.1.3. Utilisation des préservatifs et antécédent de MST

La diminution des rapports sexuels semble être étayée par la baisse des antécédents de MST. En effet, il a été mis en évidence une diminution significative des antécédents de MST (43,4 % à 28 %).

Nous constatons que, en dépit de l'accent mis sur la nécessité d'utiliser le préservatif au cours des rapports sexuels, son taux d'utilisation n'a cependant pas augmenté. Le taux d'utilisation du préservatif n'a non seulement pas varié mais la même contradiction relevée en 1991 existe toujours : la proportion de MST est plus importante chez les routiers disant utiliser toujours le préservatif (73,1 % en 1991 et 42,1 % en 1993) que chez ceux les utilisant occasionnellement (34,1 % en 1991 et 19,2 % en 1993).

Plusieurs hypothèses peuvent expliquer ce fait :

- * une mauvaise utilisation du préservatif ou son utilisation non systématique,
- * les routiers utilisant systématiquement les préservatifs font plus de rapports sexuels et se trouvent plus exposés au MST,
- * le taux d'utilisation du préservatif est probablement surestimé.

Il existe donc une résistance à son utilisation. Nous pouvons même supposer que cette résistance repose sur un large éventail de valeurs et de croyances diverses ne pouvant être facilement surmontée.

Une évaluation d'une formation menée chez des prostituées Espagnoles avait par contre montré une augmentation importante du taux d'utilisation du préservatif (de 68 à 74 %) après l'intervention. Mais ces résultats reposent sur les réponses à un questionnaire d'une seule enquête CAPC et étant donné les contradictions entre réponse et comportement réel on peut se poser des questions sur le réel pourcentage

d'utilisation du préservatif.

Mais d'une manière générale nos données sont nettement supérieures à celles se rapportant aux camionneurs du Tchad (3) (où 88 % des camionneurs déclarent ne jamais utiliser de préservatif).

Cette différence peut s'expliquer par le fait que notre enquête a été réalisée à une période où la sensibilisation menée par le Comité de Lutte contre le SIDA battait son plein et à une période de post formation. Ce qui n'est pas le cas de l'étude du Tchad.

6.1.4 Connaissances et croyances sur le SIDA

La totalité des routiers ont entendu parler du SIDA. Nos données sont comparables à celles se rapprochant aux femmes à multiple partenaires sexuels de EDEA, Cameroun (1) (98,2 % d'entre elles ont entendu parler du SIDA .

En 1991, 95,3 % des routiers percevaient la gravité du SIDA. En 1993, 98,5 % des routiers perçoivent cette menace du SIDA. Cette différence n'est pas significative. Au regard de ces résultats on peut dire que les routiers avaient déjà un bon niveau de connaissance sur le Sida préexistant.cela traduit l'existence d'une meilleure information du SIDA dans notre pays.

Il a été mis en évidence une diminution significative du pourcentage des routiers qui avaient des connaissances erronées sur les modes de transmission du SIDA. Ceci démontre le fait d'une acquisition et d'une connaissance plus exacte de ces modes de transmission.

Seulement 3 % des routiers continuent de croire en 1993 en la guérison possible du SIDA. La publicité de certains tradipraticiens ou de certains marabouts est pour quelque chose dans cette croyance .

Les sidéens font moins peur aux routiers maintenant, puisque la proportion des routiers qui croient que l'on peut garder un sidéen à la maison a augmenté de manière significative (de 21,2% à 67,8% en 1993) ($p < 0,00001$).

6.1.5. Changement de comportement

Si la proportion des routiers ayant changé de comportement depuis qu'on parle du SIDA n'a pas varié (84,4 % e, 1991 et 85,6 % en 1993), on remarque cependant parmi les types de changement opérés une augmentation significative de la fidélité par contre ni la diminution de partenaires sexuels ni l'usage du préservatif n'ont significativement varié. L'évolution de la fidélité explique la diminution des rapports sexuels.

Nos données sont nettement supérieures à celles se rapportant aux étudiants de Dakar (2)

(74 % de ces étudiants déclarent avoir changé de comportement).

Parmi les routiers qui ont opéré ce changement de comportement, 39 % auraient diminué le nombre de leur partenaire sexuelle. Ces chiffres sont supérieurs à ceux rapportés par SANOU Tarcisus (14) (27,7 % des élèves de Ouahigouya, de Ziniaré, de Bobo-Dioulasso auraient diminué leur nombre de partenaire) par contre cet auteur rapporte un chiffre de 53,5 % pour ceux qui utiliseraient le préservatif, chiffre qui est supérieur au 36,6 % que nous trouvons dans notre étude.

6.2. **L'étude sérologique**

L'action éducative s'est menée sans étude préalable de la sérologie de l'infection à VIH ; Pour combler ce vide, il était nécessaire de réaliser cette étude afin de cerner les réalités et de mesurer l'ampleur du SIDA chez ces routiers.

En effet, cette étude a mis en évidence une prévalence minimale relativement forte du VIH chez les chauffeurs routiers (13,4%). Elle confirme nos doutes et maintient le fait qu'il s'agit d'une population à risque. Une étude sur la prévalence du VIH et de la syphilis chez les routiers de Niamey, Niger (8,10) met en évidence des résultats inférieurs aux nôtres : (3 % des routiers de Niamey sont séropositifs).

Nos données sont cependant inférieures à celles se rapportant d'une part aux conducteurs de Kampala (4) (40 % de séropositivité parmi ces conducteurs).

Il a été démontré tout au long de notre étude que le taux de séropositivité VIH est lié d'une part aux antécédents de MST et d'autre part aux antécédents d'urétrite. Le taux de séropositivité VIH chez les routiers ayant des antécédents d'urétrite et ou de MST est significativement supérieur à celui des routiers qui n'ont pas ces antécédents. Ceci est en accord avec le fait qu'une infection sexuellement transmissible agit comme

cofacteur de l'infection à VIH en créant des lésions muqueuses (6 ,7 ,15).

Il n'a cependant pas été mis en évidence une liaison entre la séropositivité VIH et les antécédents d'ulcération générale. Les ulcérations génitales constituent des portes d'entrée du VIH et habituellement le pourcentage de séropositivité VIH augmente avec les antécédents d'ulcération . De même il n'a pas été mis en évidence une liaison entre la séropositivité VIH et l'utilisation du préservatif. Le taux de séropositivité VIH des routiers qui déclarent utiliser systématiquement des préservatifs n'est pas significativement différent de celui des routiers qui ne les utilisent pas systématiquement. Ceci constitue un argument de plus en faveur de la non ou mal utilisation des préservatifs.

7/CONCLUSION ET SUGGESTIONS

7. 1. Conclusion

Au terme de notre étude, nous retenons que l'action éducative a été dans l'ensemble positive.

En témoignent :

- la diminution significative des rapports sexuels au cours des voyages,
- la baisse des antécédents des MST,
- la diminution de la proportion des routiers qui avait des connaissances erronées sur les modes de transmission du SIDA,
- la perception de la menace du SIDA par la presque totalité des routiers,
- la connaissance d'une part d'au moins un moyen de prévention et d'autre part de la transmission possible du SIDA par voie sexuelle par la totalité des routiers,
- l'augmentation significative de la fidélité.

Néanmoins en dépit de la forte campagne de promotion du préservatif son taux d'utilisation est faible et le taux de prévalence du VIH est relativement élevé.

La persistance des connaissances erronées du faible taux d'utilisation du préservatif et la prévalence du VIH nous incitent à renforcer la politique de prévention et à redoubler d'effort dans les campagnes de sensibilisation du SIDA chez tous les groupes à risque en général et chez les routiers en particulier et il est également nécessaire de développer des stratégies nouvelles pour lever les réticences à l'utilisation du préservatif.

7.2.: Suggestions

7. 2. 1. Au niveau national

-Mener une étude multidisciplinaire pour déterminer les causes de la non ou mal utilisation des préservatifs afin de mieux centrer les actions.

-Persévérer dans les efforts entrepris par le Comité National de Lutte Contre le Sida (CNLS) pour la sensibilisation et l'information sur le SIDA.

-Prolonger la durée du projet prévention du Sida chez les routiers et l'étendre à toutes les provinces du BURKINA.

-Soutenir financièrement et matériellement l'association des routiers pour la lutte contre le Sida.

7.2.2. Aux Chauffeurs routiers

Continuer à développer davantage leur politique de lutte contre le Sida.

7.2.3. Au Patronat

Participer davantage non seulement aux campagnes de sensibilisation mais également à la prise en charge des routiers qui tomberont malades.

BIBLIOGRAPHIE

1. BARTH P. et al. Knowledge about AIDS, related attitudes and practices, and SID seroprevalence among women with multiple sexual partners in two secondary Towns in Cameroun. VII Conf Int sur le SIDA /MST en Afrique, 1992 abstract MA 149 Cameroun.
2. BERCY G. , Student's Knowledge and attitudes toward AIDS in Dakar Sénégal. VII Int Conf sur le SIDA et les MST en Afrique, 1992, abstract M.O. 123. Cameroun.
3. BURIOT D., DANYOD M., FOUMANE V., GUELINA N., HENGY C., LOUIS J.P., TREBUCQ A., YANKALBE D. Etude des maladies sexuellement transmissibles chez des chauffeurs routiers du Tchad. Bull Liais doc OCEAC, 1989, 89 - 90, 33 - 35.
4. CARSWELL J. et al. Prevalence of HIV -1 in East African Lorry drivers. AIDS, 1989, 3, 759 - 761.
5. CROCHET M , EUSTACHE L , OUBDA D , OUEDRAOGO C ,TESTA J . Enquête sur les connaissances, attitudes, pratiques et croyances sur le SIDA chez des chauffeurs routiers du BURKINA FASO .Cahiers santé 1992, 2: 330-4.
6. CURRAN J. W., PETERMAN T. A., Transmission sexuelle du VIH. Jama vol. 12, N°140, 30 Mars, 1987, 353 - 359.
7. DEAN E. Une nouvelle stratégie pour prévenir l'extension du SIDA parmi les hétérosexuels. Jama vol. 11, N°118, 28 Fev. 1986, 208 - 209.
8. DOWNES F. et al. Estimation rapide de la prévalence des MST / VIH à Niamey Niger. VIII Conf Int sur le SIDA et les MST en Afrique, 12 - 16 Dec 1993, abstract TH.P.C 087 Marrakech, Maroc.

- 9 GUIDELINE on qualitative approaches to study KABP and partner relations in the context of HIV/AIDS. GPA/WHO, 1989, Geneva.
- 10 HABI G., HASSANE A., OUSSENI R., MOUNKAILA A, MOUNKAILA N, PARADIS R. Etude de la prévalence du VIH et de la syphilis chez les routiers à Niamey, Niger. VIII Conf Int sur le SIDA et les MST en Afrique, 12-16 Déc 1993, abstract W.O P38. Marrakech, Maroc.
- 11 Ligue des sociétés de la croix rouge et de croissant rouge ; Organisation Mondiale du Mouvement Scout. Agir avec les jeunes, manuel de formation sur le SIDA.
- 12 Comité National de Lutte Contre le SIDA.
Lutte contre le SIDA au Burkina Faso : agissons maintenant.
Ministère de la Santé Burkina Faso , Ouagadougou, Nov. 1993
- 13 Comité National de Lutte Contre le SIDA. Plan à moyen terme de lutte contre le SIDA
Ministère de la Santé Burkina Faso, Ouagadougou, Nov. 1992
- 14 SANOU T. Comportements sexuels, MST/SIDA en milieu scolaire du Burkina Faso. Etude des connaissances, attitudes, pratiques et croyances dans trois provinces.
Thèse doctorat en médecine, N°17, Ouagadougou 1993.
- 15 WINKELSTEIN W. et al. Les pratiques sexuelles et le risque d'infections par le VIH. L'étude de santé sur la population masculine de San Francisco. Jama vol. 12, N°140, 30 Mars 1987, 331 - 342.

ANNEXE

14/ Durant vos voyages quels sont les endroits où vous avez l'habitude de vous arrêter ?

-
-
-

5/ Quelle est en général la durée de ces arrêts:

1. < 1/2 Journée I__I 2. 1 Journée I__I 3. > Journée I__I

16/ Quand vous vous arrêtez la nuit où vous avez l'habitude de dormir:

1. Près ou dans le camion I__I 2. A l'hôtel I__I 3. Famille amis I__I

17/ Quelle est habituellement la durée moyenne de vos voyages:

1. < 1 semaine I__I 2. 1 à 2 semaine I__I 3. > 2 semaine I__I

18/ Quelle est en moyenne la durée de séjour à destination:

1. 1 à 3 jours I__I 2. 4 à 7 jours I__I
3. 1 à 2 semaines I__I 4. > 2 semaines I__I

19/ Quand vous êtes arrivés à destination où dormez-vous habituellement;

1. Près camion I__I 2. Bars I__I 3. Autres I__I

Préciser _____

Au cours de vos déplacements quels sont les lieux de rencontre avec les autres chauffeurs.

1. Gare routière I__I 2. Bars I__I 3. Autres I__I

Préciser: _____

21/ Quelles sont les maladies les plus graves au Burkina :

1. Ne sait pas I__I 2. SIDA mentionné I__I 3. SIDA non mentionné I__I

22/ Avez-vous déjà entendu parler du SIDA Oui I__I Non I__I

23/ Avez-vous connu quelqu'un ayant le SIDA Oui I__I Non I__I

24/ Vous arrive-t-il de parler du SIDA avec vos collègues de travail :

1. Souvent I__I 2. Rarement I__I 3. Jamais I__I

25/ A votre avis comment attrape-t-on le SIDA:

Piqûre de moustique : I__I Rapport sexuel : I__I

Transfusion sanguine : I__I Caresses : I__I

Bises : I__I Injections : I__I

En buvant dans le même verre qu'un sidéen : I__I

En utilisant les mêmes to I__I

En serrant la main d'un sidéen : I__I

De la mère à l'enfant : I__I Autres : _____

26/ Pensez-vous qu'une personne qui a le SIDA peut le transmettre à une autre personne :

Oui I__I Non I__I Ne sait pas I__I

27/ Pensez-vous qu'une personne en bonne santé peut transmettre le SIDA :

Oui I__I Non I__I Ne sait pas I__I

28/ Peut-on guérir du SIDA : Oui I__I Non I__I

Si Oui comment : _____

29/ Le SIDA est une maladie :

Peu grave I__I Grave I__I Mortelle I__I

30/ Le SIDA est une maladie :

Naturelle I__I Surnaturelle I__I

31/ Qui risque d'attraper le SIDA :

1. Les prostituées : I__I

2. Les vagabonds sexuels : I__I

3. Ceux qui n'utilisent pas de capote I__I

4. Ceux qui ont beaucoup de partenaire : I__I

5. Je ne sais pas : I__I

6. Autres : _____

32/ Que peut-on faire pour éviter le SIDA :

1. Limiter le nombre de partenaires sexuels I__I
2. Etre fidèle I__I
3. Utiliser un préservatif I__I
4. Abstinence I__I
5. Autres _____

33/ Pouvez-vous citer quelques signes que présente un malade atteint de SIDA :

Diarrhée I__I Amaigrissement I__I Fièvre I__I Toux I__I

Autres _____

34/ Selon vous peut-on garder un malade atteint du SIDA à la maison :

Oui I__I Non I__I Si non pourquoi _____

35/ Avez-vous entendu parler des capotes Oui I__I Non I__I

36/ Quelles difficultés un homme peut-il rencontrer en utilisant une capote:

1. Se déchire I__I
2. Trop petite I__I
3. Difficile à mettre I__I
4. Autre I__I Préciser _____

37/ Combien de fois peut-on utiliser une capote

1. Une fois I__I
2. Plusieurs fois I__I
- Ne sait pas I__I

38/ Pouvez-vous citer des endroits où vous pouvez facilement acheter des capotes :

Hôtel I__I Bar I__I Kiosque I__I Pharmacie I__I

Station service I__I Autres _____

39/ Si vous avez des rapports sexuels avec une personne autre que votre femme ou votre concubine , utilisez vous une capote:

Jamais I__I Parfois I__I Toujours I__I

40/ Si vous n'utilisez pas le préservatif ou si vous l'utilisez rarement pourquoi :

1. Cela coûte trop cher I__I
2. Je ne sais pas où le trouver I__I
3. Je n'ose pas aller en acheter I__I
4. Il diminue le plaisir sexuel I__I
5. Mon partenaire ne veut pas l'utiliser I__I
6. Il ne sert à rien : I__I
7. Je n'ai pas de rapport en dehors de ma femme I__I
8. Autre : _____

41/ Quel est le prix d'une capote :

42/ Pouvez-vous citer 3 maladies sexuellement transmissibles :

1. _____ 2. _____ 3. _____

43/ Avez-vous déjà eu des écoulements du pénis dans l'année :

1. Plusieurs fois I__I 2. Une fois I__I 3. Jamais I__I

44/ Avez-vous déjà eu des plaies sur la verge :

1. Plusieurs fois I__I 2. Une fois I__I 3. Jamais I__I

45/ Quels types de soins avez-vous utilisés :

1. Rien I__I 2. Automédication 3. Service de santé I__I
4. Autres I__I

46/ Que peut-on faire pour éviter ces maladies

1. Limiter le nombre de partenaires sexuels I__I
2. Être fidèle I__I
3. Utiliser un préservatif I__I
4. Autre : _____

47/ Aimeriez-vous avoir plus d'information sur les moyens de se protéger contre ces maladies

- Oui I__I Non I__I

48/ Combien de voyages (d'une durée supérieure à 2 jours) avez - vous effectué ces 6 derniers mois : I__I

49/ Au cours de ces voyages vous arrive-t-il d'avoir des relations sexuelles :
Jamais I__I Parfois I__I Souvent I__I

50/ Lors de votre dernier voyage, combien de partenaires sexuelles avez-vous eu : I__I

51/ Lors de votre dernier voyage combien de rapports sexuels avez-vous eu :
1. Aucun I__I 2. 1 à 5 I__I 3. De 6 à 10 I__I 4. > à 10

52/ Au cours de ces rapports avez-vous utilisé une capote:
Jamais I__I Parfois I__I Toujours I__I

53/ Au cours de ces rapports qui a décidé d'utiliser une capote :
1. Vous même I__I 2. Votre partenaire I__I 3. Tous les deux I__I

54/ Est-ce que votre comportement sexuel a changé depuis que vous avez entendu parler du SIDA: Non I__I Oui I__I

55/ Si oui de quelle façon :
1. J'utilise toujours un préservatif I__I
2. J'ai diminué le nombre de mes partenaires sexuels I__I
3. Je n'ai plus de rapport sexuel en dehors de ma femme I__I
4. Autre I__I Préciser _____

56/ Souhaiteriez-vous recevoir plus d'informations au sujet du SIDA :
Oui I__I Non I__I

57/ Si oui par quel moyen : _____

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Ecole et de mes Chers condisciples, 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 je n'exigerai jamais de salaire au dessus de mon travail.

Admis à l'intérieur des maisons mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser les crimes. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leur part.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis resté fidèle à mes promesses, que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.