

UNIVERSITE ASSANE SECK DE ZIGUINCHOR



UFR : SCIENCES ET TECHNOLOGIES

DEPARTEMENT DE GEOGRPHIE

MASTER ESPACE SOCIETE ET DEVELOPPEMENT

SPECIALITE : ENVIRONNEMENT ET DEVELOPPEMENT

MEMOIRE DE MASTER

THEME

**ETUDE GEOGRAPHIQUE DES INFECTIONS
SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES (IST) : CAS DU
VIH/SIDA A DIAOBE (KOLDA)**

Présenté par :

Ousmane BALDE

Encadreur :

Dr Ibrahima MBAYE(UASZ)

Co-encadreur :

M. Ghansou Diambang (Enda/santé)

Membre du jury

<i>Prénom et Nom</i>	<i>Grade</i>	<i>Qualité</i>	<i>Etablissement</i>
Oumar SY	Maitre de conférences	Président de jury	UASZ
Ibrahima MBAYE	Maître-Assistant	Rapporteur	UASZ
Aïdara CH. A. L. FALL	Maitre assistant	Examineur	UASZ
Ghansou DIAMBANG	Chef de service	Rapporteur	Enda/santé

Année universitaire : 2015/2016

DEDICACE

Nous dédions ce travail à :

Papa qui m'a une fois dit : « *si je dois dépenser tous mes biens pour ton éducation, je le ferai* » cet engagement je l'ai vécu tout au long de ma carrière scolaire et universitaire. Merci à toi papa Aliou et que Dieu te garde encore parmi nous.

Maman chérie, Djidéré BALDE mention spéciale à toi, pour l'amour, l'affection et la patience qui est en toi. Trouve en ces mots toute mon affection réciproque.

Grand-mère je garderai toujours la tendresse et l'attention que tu as en moi. Longue vie encore à toi ;

Mes frères et sœurs je veux dire : Iboune Oumar, boubacar, Alassane, Hawa et feu Maïmouna

Mon homonyme, parrain et idole, pour tout le soutien financier moral et affectif et pour toutes les peines et sacrifices encourues pour la cause de la famille. Par tes conseils de sage, tu mets toujours de la lumière dans mon chemin. Les mots ne suffisent pas assez alors trouves ici toute ta récompense. Merci inspecteur Ousmane BALDE, ce travail je te le devais. Nous n'oublions pas tante Kadia Mballo pour toute la tolérance aux jeunes garçons que nous étions et les efforts fournis au ménage.

Feu mère kadidiatou Sakho, ma tutrice et sa famille à Kounkané, Paix à ton âme

Hawa Mampatim chérie, tes conseils, et encouragements m'ont permis d'y arriver ;

Ma tante Haby, mon oncle Mamadou Pathé et sa famille, je vous remercie pour l'accueil et le soutien du jeune étudiant et pour toute la jovialité que vous m'avez accordée.

Mes cousins(nes) : Sékou et sa femme Oumou Diallo, Mariama, Astou Budaw, Adama, Hawa, Nafi, Boubacar etc.;

Mes promotionnaires : Saïdou Baldé, Alassane Baldé, feu Amadou Baldé, Gnamadio, Mbaké, Hady Lepeur , Anna Gomis, j. Biaye, Kader Baldé, Sonko, Sané, Barry etc ;

Mes amis : Boubacar Solly, Issa Pro, Amso, Mamasamba et Saïdou Hitler les juristes, Aliou Diallo (Diaobé), Moussa et Mme Haby Kandé à kounkané.

Toutes les personnes qui me sont proches, ce travail vous est dédié.

REMERCIEMENTS

Allah, le tout puissant, le très miséricordieux et son prophète Mohamed, (PSL)

Sans le soutien de Dr. Ibrahima Mbaye, nous ne serions pas là peut être alors c'est le moment de lui rendre cet hommage. Nous lui remercions du fond du cœur pour toutes les orientations dans cette recherche, mais aussi de la compréhension qu'il a faite.

Nos remerciements vont également à l'endroit de M.Diambang chef de bureau de Enda /santé à Kolda pour le co-encadrement. Il a bien voulu nous accueillir entant que stagiaire et nous accompagner dans la réalisation de ce document. Nous avons abusé de son temps parce que tout simplement c'est quelqu'un de très disponible. Nous ne trouvons pas les mots pour lui remercier à la juste valeur de son apport dans ce document.

Nos remerciements s'adressent aussi :

Au coordonnateur du master de géographie Dr. Sané Tidiane pour toutes les peines encourues pour la bonne marche du département ;

A l'ensemble du corps pédagogique du département : Dr. Ibrahima Mbaye, Dr. Oumar SY, Dr Oumar Sall, Dr. Ch L Fall, Dr. Alvares Benga, Dr. Tidiane Sané, Dr. Balla Dieye, Dr Alla Manga, Dr. Cheikh Faye, Dr. Abdourahmane Sène, Dr. Abdourahmane Tangara, Dr. Honoré Dacosta, Pr. Pascal Sagna, Dr. Papa Sakho. La rigueur dans le travail, la qualité des enseignements le tout dans l'humilité, voilà les qualificatifs que nous retenons et retiendrons pour toujours de nos enseignants.

Nous remercions au passage M. Mballo le laborantin du district de Vélingara, M. Mankabou, M. Gueye ICP de Diaobé, les relais Samba Diao et Sény Kébé pour le soutien des enquêtes de terrain et Bouba Baldé (Saré Maoundé) pour le logement durant cette période.

A M. Sambou mon directeur et à l'ensemble du corps pédagogique de l'école élémentaire de Mandina Mancagne : M. Mandiang, M. Diatta, M. Coly et M. Dabo et bien sûr sans oublier nos élèves.

Pour se résumer nous adressons nos sincères remerciements à tous ceux qui ont, de près ou de loin, participé, aussi peu qu'il soit, à la réalisation de ce mémoire.

RESUME

La commune de Diaobé, est située de part et d'autre de la RN6 à la limite du département de Kolda et Vélingara. Sa position géographique et son dynamisme économique confère au poste de santé le statut de pôle de recours de soins. Le rythme des échanges, des flux humains et de marchandises crée un environnement très favorable au VIH/sida. L'objectif est de faire une étude géographique du VIH/sida dans la zone de Diaobé. L'exploitation des données de registre a permis de montrer toutes les disparités en fonction du genre, de l'âge, le statut matrimonial et l'activité professionnelle. Les guides d'entretien et réponses d'enquêtes ont montré également les facteurs qui expliquent ces disparités. Ces facteurs sont essentiellement d'ordre socioculturel, socioéconomique mais aussi d'un niveau de connaissance sur les modes de contamination du sida, relativement faible. L'analyse des stratégies de lutte ont montré une réelle volonté dans la politique de santé organisée en maillons mais également le rôle des ONG et des populations locales.

Mots clés :

ABSTRACT

The commune of Diaobé, is located on both sides of the RN6 to the limit of the department of Kolda and Velingara. Its geographical position and its economic dynamism give the post the status of pole of care. The rhythm of the flow of human and goods flows creates a very favorable environment for HIV. The study objective is to do a geographic study of HIV / AIDS in the area. The use of the registry data allowed to show all the disparities according to the gender, the age, the marital status and the professional activity of its distribution. The interview guides and survey responses also showed the explanatory elements of these disparities. These factors are mainly socio-cultural, socio-economic, but also a relatively low level of knowledge about the patterns of AIDS. The analysis of the control strategies showed a real will in the health policy organized in links but also the role of the NGOs and the local populations.

SOMMAIRES

INTRODUCTION GENERALE	1
PREMIERE PARTIE: PRESENTATION GENERALE DE LA ZONE D'ETUDE	23
Chapitre I : Aperçu du cadre physique de Diaobé	25
Chapitre II : Caractéristiques du cadre humain de Diaobé.....	27
DEUXIEME PARTIE: DESCRIPTION ET ANALYSE DES DISPARITES SOCIO SPATIALES DU VIH/SIDA DANS LA COMMUNE DE DIAOBE	32
Chapitre I: Descriptions des disparités de la répartition du VIH/SIDA.....	33
Chapitre II : Analyse des disparités de la distribution du VIH/SIDA	39
TROISIEME PARTIE : LES STRATEGIES DE LUTTES CONTRE LE VIH/SIDA ..	49
Chapitre I : La politique de santé globale	50
Chapitre II : Le rôle des ONG	52
CONCLUSION GENERALE	61
BIBLIOGRAPHIE	64
TABLES DES ILLUSTRATIONS	68
ANNEXE	I

SIGLES ET ABREVIATIONS

ACT/SSR : Action communautaire et territorialisée en santé sexuelle et reproductive

ANRS : Agence nationale de recherche sur le sida

ANSD : Agence national de la statistique et de la démographie

ARD : Agence Régionale de Développement

ASC : Association Sportive et Culturelle

CC/ADOS : Centre conseil pour adolescents

CDLS : Comité Départemental de Lutte contre le Sida

CDV : Centre de Dépistage Volontaire

CNLS : Conseil National de Lutte contre le Sida

CPN : Consultation Prénatale

CRLS : Comité Régional de Lutte contre le Sida

CSW : Commercial sex workers

EDS/MICS : Enquête démographique de santé à indicateurs multiples

ENDA : Environnement et développement en Afrique

FAR : Femme en âge de reproduction

FE : Femme enceinte

FEVE : Frontière et vulnérabilité en Afrique de l'ouest

FHI : Found Health International

FNUAP : Fond des nations unis pour les activités des populations

GIEC : Groupe Intergouvernemental d'Experts sur l'Evolution du Climat

ICP : Infirmier Chef de Poste

IHDPC : Institute of hiv& aids, disease prevention and control

IST : Infection sexuellement transmissible

MGF : Mutilations Génitales Féminines

MST : Maladies sexuellement transmissibles

OCB : Organisation Communautaires de Bases

OMD6 : Objectif du millénaire pour le développement N° 6

OMS : Organisation mondiale de la santé

ONUSIDA : Organisation des nations unies pour le sida

PEC : Prise en charge

PTME : Programme de transmission de la mère à l'enfant

PVVIH : Personnes vivant avec le VIH

SA: Stratégie Avancée

SIDA : Syndrome immunodéficience acquise

SR : Santé de la reproduction

TS : Travailleuse de sexe

UNGASS : Session spéciale de l'assemblée générale des nations unies sur le VIH/sida

UNICEF : Unit nation for children fond/ Fond des nations unies pour l'enfance

VAD : Visite à Domicile

VIH : Virus immunodéficience humaine

	INTRODUCTION GENERALE
--	------------------------------

Epidémie du 20^e siècle, le sida est l'une des maladies qui, de part sa gravité, compromet le plus la promotion de la santé publique. Depuis sa découverte au début des années 1980, la maladie s'est répandue un peu partout dans le monde (Mbaye, 2009). Et cela sans distinction de race ni d'ethnies ou de niveau de vie. Ainsi elle est devenue une maladie mondiale à la fin du XX^e siècle dans le contexte d'une économie mondialisée par des flux migratoires importants considérés comme le moteur principal de sa diffusion géographique par plusieurs auteurs (Dieleman, 2008).

En raison de ses incidences socioéconomiques et démographiques partout dans le monde, le sida est considéré comme une maladie exceptionnelle (ONUSIDA, 2004). Et aujourd'hui spécialistes chercheurs, associations et cliniciens font de cette maladie un objet d'étude (Gérard, 2012). Elle est le produit de l'interaction entre l'homme et son environnement physique et socioéconomique voire culturel. Mis à part cette caractéristique, le VIH/sida, comme problème de santé publique, est le produit de facteurs structurels c'est-à-dire liés aux pratiques sociétales, et de facteurs conjoncturels qui sont favorisés par un contexte donné.

En 2012 le nombre de personnes vivant avec le VIH/sida est estimé à 35.3 millions (ONUSIDA 2012). Cependant ce chiffre est inégalement réparti dans le monde.

C'est en Afrique et plus particulièrement en Afrique subsaharienne que le phénomène sévit le plus. En effet le continent est encore caractérisé par une instabilité politique, une situation économique précaire et des réalités socioculturelles qui sont des facteurs de risque du sida. Sur les 2.1 millions d'adolescentes de 11 à 19 ans vivant avec le sida, 80% sont en Afrique subsaharienne (UNICEF, 2013).

Le Sénégal malgré les facteurs de vulnérabilité géographiques et économiques enregistre un taux de prévalence relativement faible. Il est estimé à 0.7%(UNGASS, 2005). Néanmoins il existe des disparités socio-spatiales et géographiques de ce taux de prévalence (EDS-MICS, 2010/2011).

Située en Haute Casamance, la région de Kolda est frontalière avec trois pays limitrophes à savoir la Gambie, la Guinée, et la Guinée Bissau. Cet ensemble géographique constitue une aire de recours aux soins de populations diverses polarisé par la région de Kolda (Dione, 2013). Il s'y ajoute à cette situation géographique, l'enclavement et le niveau de pauvreté par rapport aux autres régions.

Les localités de Diaobé et de Kabendou séparées par un cours d'eau temporaire forment une commune du département de Vélingara depuis 2009. Cette dernière constitue le troisième pôle démographique de la région de Kolda (ANSD, 2011). Ces deux localités sont situées sur l'axe de la route nationale N°6 (RN6) à la frontière des départements de Vélingara et de Kolda. Diaobé est une localité qui rayonne sur le plan national et international grâce à son rôle économique et le dynamisme de son marché de dimension internationale. Il relie tous les autres loulous (marché hebdomadaire) secondaires de la région (Dione, 2013) et crée une forte affluence qui se manifeste par des interactions et des comportements à risque. Ainsi le cumul de tous ces facteurs à la fois structurels et conjoncturels fait de la localité une zone fortement vulnérable face au VIH.

CADRE THEORIQUE

I. Problématique

I.1. Contexte et justification

I.1.1. Contexte

Le VIH/sida est l'une des maladies qui compromettent le plus la santé des populations. Chaque année il affecte 2.5 millions de personnes dans le monde et en tue encore 1.8 millions (Marion, 2012). Selon ONUSIDA, 2004, « *jamais aucune autre infection dans l'histoire n'a été aussi étudiée de façon intensive* ». Cette recherche s'accompagne d'une volonté politique des grands organismes internationaux. Aujourd'hui la question du VIH/sida est le sixième objectif des OMD (ONUSIDA, 2013).

Selon les estimations en 2004, 35.5 millions de personnes vivaient avec le sida dans le monde (ONUSIDA, 2004). Cependant ce chiffre global est inégalement réparti. En 2009 par exemple, 22.5 millions des personnes affectées vivaient en Afrique alors que chacun des autres continents enregistraient moins de cinq millions de personnes séropositives (ONUSIDA, 2009). Ces disparités s'expliquent par des facteurs et des comportements très variables selon les milieux et leurs sociétés. Elles se traduisent par des régions épidémiques (Piché et al, 1994). Ainsi la vulnérabilité des uns et des autres varie également en fonction des facteurs qui la sous-tendent.

En Afrique et généralement dans les pays sous-développés les Etats sont encore incapables de prendre en charge et de maîtriser les questions de santé publique. Le Sénégal à l'instar des

autres pays de la sous région ouest africaine, est soumis à certains de ces facteurs de vulnérabilité au VIH, malgré un taux de prévalence relativement faible, 0.7% (UNGASS, 2005; EDS, 2010-2011). Ces facteurs varient entre réticence, pauvreté et manque d'accès à l'information. Il s'ajoute à cela sa position géographique qui favorise l'entrée de flux migratoires provenant des pays limitrophes où l'épidémie est de type concentrée (UNGASS, 2012).

La région de Kolda avec une proportion de pauvreté de 76.6%(UNICEF, 2011) est l'une des régions les plus exposées du pays. Au plan sanitaire comme dans biens d'autres secteurs la répartition des services de soins n'est pas équitable. Avec un taux de prévalence de 2%,(CRDH ; EDS ; 2005) et une incidence de 6074 cas d'IST en 2009 dont 72.25% sont des femmes (ANSD/Kolda, 2011), cette région est partagée entre réalités socioéconomiques, pauvreté endémique et manque d'infrastructures sanitaires. En plus de ces éléments, sa situation géographique par rapport à la sous région est certes avantageuse, mais favorise les migrations de personnes d'origines diverses parfois pour des besoins de recours aux soins transfrontaliers (Dione, 2013). Tous ces facteurs conjugués exposent d'avantage la région victime de la porosité de ses frontières.

Dans la région de Kolda, les études de cartographie réalisées notamment celle de FHI 360 et d'Enda ont montré que les femmes et les enfants sont les catégories sociales les plus touchées.Ce qui explique que des ONG comme Enda santé et bien d'autres mettent le focus sur les, enfants, les femmes enceinte (FE), les travailleuses de sexe clandestines comme officielles.Pour l'organisation, ce sont les couches les plus vulnérables. Ces programmes, en phase avec les objectifs du CNLS en novembre 2011 à savoir : zéro transmission du VIH de la mère à l'enfant d'ici 2015 couvrent les zones de Kolda, Vélingara, Médina Yoro Foula et de Diaobé. Cette dernière du fait de son contexte économique se trouve fortement vulnérable.

I.1.2. Justification

L'apparition du VIH/SIDA a été un tournant dans l'histoire des politiques de santé à l'échelle mondiale obligeant les organismes internationaux à l'instar de l'ONUSIDA et de l'OMS à réorienter leurs politiques sanitaires. Désormais, l'environnement de la santé a connu une nouvelle donne avec l'irruption de maladies jusque là insoupçonnées telles que les maladies virales. Le sida est un réel problème de santé communautaire dans le monde. Il est devenu un objet d'étude de toutes les sciences sociales, chacune l'analysant dans son angle et suivant sa démarche. Et c'est là que la géographie de la santé trouve toute son importance dans la

mesure où elle décrit la traduction socio-spatiale du problème de santé et recherche les facteurs explicatifs.

Les différents travaux sont unanimes sur un certain nombre de facteurs de risques. Ces facteurs sont souvent d'ordre politique, économique, socio culturels et géographiques pris en compte d'une manière transversale par les chercheurs.

C'est à partir de ces impacts socioéconomiques et démographiques et ce, à toutes les échelles spatiales que notre sujet d'étude se justifie d'une part, et d'autre part le taux de prévalence largement supérieur à la moyenne nationale dans la région de Kolda. Entre autres raisons le sida représente l'une des maladies qui prévalent le plus dans la zone de Diaobé (ICP, 2014).

Par ailleurs le choix de la commune de Diaobé-Kabendou, troisième pôle démographique de la région avec 11943 habitants (ANSD, 2010), trouve sa pertinence dans le contexte où les facteurs de risques identifiés s'appréhendent tous dans le milieu. Diaobé est l'un des marchés hebdomadaires (louma) les plus fréquentés en Afrique de l'ouest. Il représente l'un des pôles les plus attractifs de la région de Kolda. Chaque semaine il reçoit des flux migratoires internes (venus des différentes régions du pays) et externes (des autres pays limitrophes : Gambie, Guinée Conakry, Bissau, Mauritanie, du mali etc.). Il est un lieu de rendez-vous économique. C'est également du fait de cette dimension socioéconomique et géographique qu'il est qualifié de bassin de santé en Haute Casamancecar situé dans une position carrefour avec une certaine facilité d'accès géographique par rapport aux pays limitrophes (Dione, 2013). Ainsi ces flux migratoires d'origines diverses échangent et interagissent favorisant les facteurs et comportements à risque au VIH. Le sida, produit de ces interactions humaines, trouve un environnement propice. Face à tous ces facteurs de risque, Diaobé constitue une zone fortement vulnérable.

II. L'état de l'art

Après le choix du sujet et de la zone d'étude, l'état de l'art constitue une des étapes les plus importantes dans la recherche scientifique. Il consiste à faire un tour d'horizon des travaux englobant le champ d'étude de la question du sujet choisi.

Au-delà des organismes de santé (OMS, ONUSIDA, UNICEF, FNUAP, ENDASANTE etc.), beaucoup d'autres disciplines se sont intéressé à la problématique du sida. Ainsi le VIH/sida est devenu l'une des infections les plus étudiées dans l'histoire (ONUSIDA, 2004). Cela

montre que l'épidémie est une maladie exceptionnelle dont les impacts socioéconomiques et démographiques sont aussi exceptionnels (ONUSIDA, 2004).

Piché et al. 2002 : « Migration, comportements sexuels à risque et sida dans la vallée du fleuve du Sénégal ». Pour comprendre la relation entre les migrations et le sida dans cette partie nord du Sénégal, ces auteurs sont partis de l'hypothèse selon laquelle les comportements sexuels se modifient en fonction de la situation de sédentarité ou de mobilité mais aussi selon le type de déplacement et le projet migratoire dont le migrant est porteur. Ils ont adopté une démarche comparative. Cette méthode a permis de comparer la situation entre les deux zones choisies : Richard Toll et Matam mais également entre les migrants internationaux, ceux nationaux et les non migrants. L'étude s'est basée sur des indicateurs épidémiologiques et sociodémographiques. Les variables explicatives telles que le sexe, l'âge, le statut migratoire, le niveau d'instruction, le lieu de résidence ont été utilisées. Au terme de cette analyse, les résultats ont montré que le niveau d'infection variait en fonction des variables retenues.

Lalou R et Piché V, 1994 : «Migrations et sida en Afrique de l'ouest : un état de connaissance ». Après une large revue de la littérature et sans refuser l'hypothèse de la causalité des migrations, Ces deux auteurs ont évoqué la nécessité d'intégrer les autres formes de mobilités. Pour eux les migrations recouvrent plusieurs formes. Elles peuvent être de longue ou de courte durée, de travail ou de commerce, circulaire ou temporaire. Pour conclure ils diront qu'il existe autant de forme de diffusion de la maladie qu'il ya de type de migrations et de migrants. Et les travailleuses de sexe ou de l'expression anglaise : commercial sex workers (CSW) sont, pour eux, un groupe à risque qui participe à la propagation du sida sur trois points : d'abord par rapport à la nature de leur clientèle (voyageur, migrants, passager etc.), ensuite par rapport à leur nationalité souvent étrangères donc couvertes par l'anonymat et enfin sur leur caractère itinérante du fait qu'elles se déplacent au grés des activités économiques. Considérant toutes ces formes de migrations, ils ressortent trois pôles migratoires en Afrique à savoir la cote d'ivoire, le Sénégal et le Nigéria.

Klot J et Pam D : « Les violences sexuels et la transmission du VIH » : Dans l'objectif de distinguer les moteurs et les facteurs de risques du VIH, ils postulent que les violences sexuelles représentent un facteur de risque important dans la transmission du sida. En utilisant des marqueurs physiologiques, socioéconomiques et politiques, leur analyse a montré que le risque d'infection était fortement lié à la dynamique du conflit. Ils ont donc conclu qu'en

effet les réfugiés sont fortement exposés au VIH soit au moment de la fuite, durant leur installation dans les zones d'accueil ou pendant leur retour. Ainsi donc l'instabilité politique favorise les facteurs de risque au VIH.

Mbaye El M, 2009 : « sida et immigrations thérapeutiques en France : mythe et réalités ». Reprenant les deux approches de la relation migration/sida, c'est-à-dire celle de la vulnérabilité où les migrants seraient les populations à risque et celle diffusionnelle où ils seraient les porteurs et les diffuseurs de la maladie, cet auteur conclut que les pays d'accueil n'ont que deux réponses à adopter : soit prendre des mesures systématiques de contrôle des migrants soit mettre en place des politiques préventives.

Dieleman M, 2008 : « Migrations subsahariennes et VIH : trajectoire et vulnérabilité ». Dans cet ouvrage, l'auteur est parti d'une hypothèse qu'il existe une vulnérabilité spécifique au VIH. L'analyse de cette vulnérabilité au Belgique s'est basée sur des données, démographiques et institutionnelles obtenus grâce aux enquêtes et entretiens. Le traitement de l'échantillon d'étude a révélé que les 74% des PVVIH sont originaires d'Afrique subsaharienne. L'analyse et la recherche des facteurs explicatifs a montré que les facteurs de vulnérabilité étaient principalement d'ordre socioculturels (précocité des rapports sexuels, faible recours au préservatifs). Pour expliquer cette situation, l'auteur a mis en contexte la mondialisation des échanges qui accentue la circulation des biens et des personnes d'une part et d'autres l'irrégularité des migrants qui les expose d'avantage à des pratiques et comportements à risque.

Augustin G dans son ouvrage, il attribue l'origine des migrants à trois adjectifs : l'« *origine nationale* », l'« *origine épidémique* » et l'« *origine ethnique* ». Ces expressions ont été utilisées pour des variables explicatives d'exposition au virus. Pour cet auteur la dimension géographique de l'épidémie demeure déterminante d'autant plus que l'hypothèse de son « *origine africaine* » fut avancée par beaucoup de chercheurs et que la recherche du foyer épidémique est un objectif des virologues. Pour cela « *les pistes africaine comme caribéenne ont été privilégiées* ». Dès lors l'acceptation de la causalité des migrations est nuancée par l'auteur. Pour lui, l'origine a des « *fondements empiriques* » de la prévalence dans les pays les plus touchés et « *non sur des caractéristiques démographiques* » d'autant plus que la variable origine dépend de celle de l'« *orientation sexuelle* ». Il conclut ainsi que la première variable ne peut y avoir qu'une « *justification ethnologique* » et qu'elle devrait être indépendante pour servir de trouver le lien ou la corrélation.

Une enquête menée en Afrique du sud ciblant les migrants a également mis en évidence cette nuance. D'après leur résultats les niveaux de prévalence étaient relativement faible pour l'essentiel des origines à l'exception du Malawi. La conclusion est dès lors faite sous forme d'hypothèse selon laquelle les Malawites seraient probablement infectés chez eux (**Brink et al, 1987**).

Cependant même si l'évidence de la migration comme facteur est démontrée par des auteurs, la nuance devrait être admise quelque part. Et cela le paradoxe de cette relation migration/sida au Sénégal le justifie. Le Sénégal comme deuxième pôle de migrations de l'Afrique de l'ouest a une prévalence nationale relativement faible de 0.7% (EDS 2011).

Bulletins épidémiologique N° 9, 2002: « surveillance sentinelle du VIH/sida ». Dans ce rapport, les objectifs étaient de mesurer la prévalence annuelle du VIH et de la syphilis parmi les groupes sentinelles, d'estimer la tendance évolutive et de dessiner les informations régionales afin de renforcer les mesures de contrôle et de prévention. Ainsi après des enquêtes épidémiologiques sur ces groupes et dans les sites retenus, des niveaux de prévalence différents sont notés. Les femmes enceintes présentaient un taux relativement plus élevé que les autres groupes tels que les prostituées et les tuberculeux.

Diop Nd, 2003/2004 : « Sida en zone minière : le cas des ICS de Mboro (région de Thiès) » : L'objectif de cet étude sociologique du sida était de comprendre d'abord la manière dont les populations se représentent le sida, ensuite d'identifier les impacts de la maladie sur la productivité de l'entreprise et enfin d'analyser les répercussions sur le corps social. Le postulat était donc que la présence des ICS favorise les facteurs de vulnérabilité. Les entretiens libres auprès des TS et la consultation des bases de données de structures sanitaires a permis d'obtenir des données qualitatives et quantitatives. Leurs analyses s'est faites grâce au logiciel Epi-Info. L'utilisation de variables explicatives comme la présence de la famille du travailleur, sa situation sociale et économique indique des degrés de vulnérabilité différents. Le traitement salarial en défaveur des femmes pousse certaines parmi elles à la prostitution clandestine. Loin de leurs familles, les travailleurs profitent des rencontres occasionnelles et adoptent des comportements à risque d'autant plus la majorité d'entre eux sont d'un niveau d'instruction primaire ou secondaire.

Sylvie D et Agnès G, 1997 : « Le devenir des familles affectées par le sida ». Pour ces deux co-auteurs, étudier les impacts socio économiques et démographiques de cette maladie est une autre dimension importante. Dans leur article, ils établissent une relation entre la maladie, la

démographie et l'économie : le sida affecte la jeunesse qui est démographiquement active à la reproduction et économiquement productive. A l'échelle de famille la maladie réduit le revenu des ménages affectés et parallèlement augmente la prise en charge (PEC) des malades.

Christelle H, 2002 : « La masculinité dans le contexte de la « galère » : le cas des garçons français maghrébins face aux risque d'infection par le VIH ». Cette étude portant sur le genre montre les différents degrés d'exposition entre jeunes filles et jeunes garçons d'origine maghrébine. De l'avis de l'auteur, les différences de comportements des uns et des autres est inextricablement liée aux normes qui selon lui doivent non seulement permettre de différencier les identités de genre mais également de hiérarchiser les sexes.

Konteye I. A. M, 2005 : « Etude de comportements sexuels des adolescents de 15 à 19ans dans un contexte marqué par le sida et les IST : le cas du quartier de Pikine de la ville Saint-Louis ». Dans ce mémoire de maitrise, l'étude porte sur une tranche d'âge bien précise. Il s'agit des adolescents de 15 à 19 ans. Cette étude dont l'objectif était de tester les niveaux de connaissance et la perception que les jeunes ont de la sexualité face à leur vulnérabilité et aux risques dont ils sont exposés par rapport à ces maladies, a établi le rapport entre l'éducation sexuelle dans les cellules de base qu'est la famille, religieuse et le comportement sexuel de ce groupe. La corrélation entre les différents variables explicatives choisies (niveau d'éducation, degré de communication etc.) et celle à expliquer a montré que le niveau de connaissance relativement faible des jeunes est fortement lié au niveau d'éducation ou au degré de communication. Et souvent, la conséquence logique de cette ignorance est l'adoption de comportements sexuels à risque.

La lecture de ce mémoire qui n'est pas du même angle d'analyse que le notre, nous servira de retenir les variables socioculturelles utilisées. En effet nous pourrions utiliser les mêmes variables pour trouver les facteurs explicatifs de la description socio spatiale de notre problème de santé. Cependant la tranche d'âge choisie nous semble trop réductrice sur une population de jeunes qui dépasse largement cet intervalle d'années.

Jembia Dr et al, « Prévalence du VIH et facteurs associés ». Cette étude basée sur l'épidémiologie a procédé à un système de surveillance sentinelle et de suivi au Cameroun. Pour l'auteur cette méthode permet de contrôler l'épidémie, d'apprécier les tendances et d'évaluer les méthodes d'intervention. Les sites sentinelle, les enquêtes démographiques et les dépistages ont permis d'obtenir une large gamme de données qui sont essentiellement traitées à l'aide d'Excel. Ainsi plusieurs variables ont été utilisées dans l'analyse notamment l'âge, le

sexe, le niveau d'instruction, l'appartenance religieuse et ethnique, l'origine (urbain ou rural), le statut matrimonial etc. Leur corrélation avec les données épidémiologiques ont montré une très grande variation des taux d'infections suivant les variables choisies.

La surveillance sentinelle est certes une méthode de lutte adoptée par plusieurs pays aujourd'hui parce qu'elle permet de recueillir des données fiables sur des couches bien ciblées. Mais elle n'est pas exhaustive puisque les zones de surveillances sont choisies et donc ne couvrent pas souvent tout le territoire. Probablement la situation n'est pas pareille dans les milieux non considérées par l'étude.

Babacar Sow, 2008/2009 : « Les déterminants socioculturels et économiques de la féminisation du VIH/sida dans la région de Tambacounda et de Kolda ». Cette étude porte sur un objectif général qui est de contribuer à une meilleure connaissance des déterminants socioculturels et économique de la féminisation du VIH dans la région. Ainsi elle part du postulat selon lequel le VIH serait dû à un ensemble de déterminants socioculturels et économiques qui expliquent l'aspect genre de la maladie dans la région. En guise de justification du choix, l'auteur rappelle quelques éléments de contexte qui directement ou indirectement permettent d'expliquer le phénomène. Il a ainsi décelé trois éléments.

Le premier est lié à la situation géographique des deux régions. En effet Tambacounda et Kolda constituent respectivement des régions frontalières du Sénégal oriental (avec le Mali) et du sud en Casamance (avec les deux Guinées). Et de ce fait elles sont prises en étau entre des espaces frontaliers et des routes commerciales.

Ensuite le deuxième élément est lié aux réalités socioculturelles. Ces deux régions sont majoritairement constituées d'ethnies encore enracinées aux valeurs traditionnelles dont la pratique du lévirat et du sororat représentent les faits les plus parlants dans le cadre du VIH et même d'ailleurs pour les autres maladies héréditaires. Entre autres pratiques on note la polygamie également citée parmi les facteurs de risque du VIH par l'auteur.

Enfin le contexte a été revu par l'auteur. Pour l'auteur la situation institutionnelle et structurelle le tout favorisée par une situation géographique fait que ces régions sont des zones fortement vulnérables. Le tissu économique est essentiellement basé sur l'agriculture et le commerce. Le marché de Diaobé, principale destination des produits représente un point d'obédience internationale. Il est relié aux autres marchés secondaires. Finalement c'est un

ensemble de flux formant un réseau bien structuré dans lequel les populations internes et externes échangent interagissent et créent une ambiance favorable au VIH.

L'étude cible particulièrement les travailleurs de sexe (TS) et des PVVIH et procède à une analyse allant de l'échelle communautaire à celle individuelle. Les données recueillies sont de nature qualitative et quantitative. Les premières sont obtenues à l'aide des entretiens directs et semi-directs parfois individuelle ou en focus groupe qui ont permis de déterminer la nature, la cause et les conséquences du phénomène dans le milieu. Les entretiens directs avec les TS ont permis également de connaître le profil de ces dernières, leurs motivations, le risque dans le métier et leur implication dans la prévention du VIH.

Après analyse et interprétation des données, le croisement des deux variables, explicatives et à expliquer, a montré une corrélation. Les déterminants pris en compte tels que le niveau d'instruction, le niveau de pauvreté, certaines pratiques sociétales ou encore une certaine situation sociale expliquent donc en grande partie le problème. L'auteur dira à ce propos: « si nous sommes pauvre, non instruit, sous employé, de certaine situation matrimoniale (polygamie, lévirat, sororat) le sida n'est pas loin » car il s'agit de facteur d'exposition.

Souleymane Diop : « les facteurs socioéconomiques de la vulnérabilité féminine vis-à-vis des IST et du VIH/sida : Cas des vendeuses de la gare routière de Petersen Dakar (Sénégal) ». L'objectif de ce mémoire est de contribuer à une meilleure connaissance de la vulnérabilité des femmes vendeuses au niveau de la gare routière de Dakar face au risque de propagation du VIH. Au début de travail l'auteur justifie son choix par trois facteurs principaux. D'abord c'est parce que la zone choisie est de forte mobilité et de mélange, caractérisée par une pauvreté et un manque d'emploi des femmes et enfin par la cohabitation entre des femmes démunies et de hommes ayant des moyens financiers. A travers deux hypothèses spécifiques : c'est-à-dire mesurer le niveau de connaissance des IST chez les femmes et celui de leur vulnérabilité, il utilise un échantillonnage par stratification. Les travaux de terrains sont réalisés à l'aide d'enquêtes et d'entretiens. Cette méthode a permis de recueillir des données qualitatives et quantitatives de nature socioéconomique, démographique et épidémiologique. Après analyse, les résultats ont montré un niveau de connaissance relativement faible sur les IST et leur mode de transmission. Parallèlement cette cible est mal informée car le moyen de communication le plus utilisé reste la télévision. Cette situation de faible connaissance et de sous information a conduit à une certaine vulnérabilité de ces acteurs. Enfin de compte la corrélation entre ces comportements à risque du VIH

indique la vulnérabilité de ces femmes. Pour expliquer cette situation, l'auteur suppose que le niveau d'éducation, la pauvreté, le déficit de structures sanitaires, l'origine et l'éloignement du foyer conjugal sont les principaux facteurs. Il dira que « *dans ces espaces, le sexe est banal, pourvu que chacun trouve son compte* »

Papa Boubacar Cissé Fall, 1996 : « Essai d'analyse de l'impact des relais communautaires formés par Enda quant à leur capacités de mobilisation sociale des populations dans le cadre de la prévention de l'expansion du sida : l'exemple de l'ANBEP » : Dans ce mémoire, l'auteur est parti d'un constat que le sida est devenu un drame dans nos pays. Cependant il a la conviction qu'il est évitable. Ainsi il se fixe comme objectif principal d'évaluer l'impact des relais communautaires formés par Enda quant à leur capacités de mobilisation sociale des populations dans le cadre de la prévention. L'analyse des données recueillies lors des enquêtes a montré un paradoxe : un niveau de connaissance jugé satisfaisant sur le sida alors que le changement des comportements restait encore faible. En guise de suggestion, il estime que la sensibilisation est un processus devant partir de « *la conviction quant à la nécessité de changer à l'adoption et à la fixation du nouveau comportement* ». Pour lui le travail devrait se faire de manière interdisciplinaire et transdisciplinaire.

Le domaine de ce travail, qui se contente à une simple évaluation, est différent du notre qui cherche à faire une cartographie socio spatiale et de trouver les facteurs explicatifs du problème. Cependant ses suggestions apparaissent intéressantes par rapport à notre domaine qu'est la géographie de la santé qui prône une démarche éco systémique dans la recherche des problèmes de santé.

Enda : rapport annuel, 2012 : « United nations conférence for sustainable development: Développement durable où en sommes nous ? ». Dans ce rapport il est question d'une évaluation du bilan de la lutte contre le sida dans une perspective de renforcer l'action en faveur de la prévention et de l'accompagnement des personnes infectées et des groupes à risque tels que les TS, les MSM etc. Lors de ce bilan, un certain nombre d'acquis a été révélé. Il s'agit du renforcement des capacités, de la prévention et de la prise en charge médicale et psychosociale des malades, l'amélioration du cadre juridique etc. Dans un contexte de porosité des frontières et de mouvements migratoires dans la sous région, l'ONG a mis en place un programme FEVE (frontière et vulnérabilité) et un programme éco-santé qui veille qu'on institutionnalise l'approche éco systémique de la santé humaine.

Cependant même si ces acquis semblent être de taille, on peut formuler une critique à l'encontre de l'organisation de n'avoir ciblé qu'un petit groupe restreint sur une population générale qui est aussi en contact permanent avec les populations dites à risque.

Journées parlementaire d'information sur le sida, Assemblée nationale Dakar, Sénégal, 1-2 juillet 1996 : Ce document est le produit de la réflexion des parlementaires dans l'objectif de trouver des solutions plus adéquates à la lutte contre sida. Après une mise en situation générale, il a été question de mettre en relation la maladie et les couches considérées comme les plus vulnérables à savoir les jeunes et les femmes. A propos des ces dernières, leur vulnérabilité est plus accentuée car pouvant être transmises sous diverses voies : sexuelle, sanguine et par la relation mère-enfant. Pour améliorer les résultats de la lutte, ces parlementaires ont proposé des initiatives telles que la formation de relais communautaires. Pour l'organisation Sida/service le retour à l'enseignement religieux est fondamental. C'est de l'avis également de l'ONG JAMRA qui considère la religion comme une voie par laquelle on peut arriver à réduire les populations plutôt que facteur culturel bloquant la sensibilisation et la lutte contre cette pandémie sida.

Joseph COREA, El hadj SY, 1995 : « Environnement et développement dans le tiers monde : action santé Dakar (Sénégal), "niveau de connaissance sur le sida en milieu rural", exemple de 18 villages de la communauté rurale de Ndiagianio, dans la région de Thiès ». L'objectif de cette étude est de mesurer le niveau de connaissance des populations rurales sur le sida. Réparti sur 18 villages de la communauté rurale, l'échantillon d'étude a été obtenu à partir d'un sondage de premier degré ensuite de deuxième de degré. Sur la base de ces sondages, les populations enquêtées ont été tirées au sort. Les données ainsi obtenues sont saisies et analysées à l'aide du logiciel Epi-info.5. Les variables explicatives considérées sont le sexe pour l'aspect genre, l'âge et le niveau d'étude. Leur classification montre un ratio féminin de 0.7%, une moyenne d'âge de 33.7ans et une population non scolarisée à 94.6% sur les 370 enquêtées. Le premier aspect de ces résultats c'est que comparativement aux autres maladies, le sida n'est pas cité comme la maladie la plus grave dans la localité malgré un niveau d'information satisfaisant (68.4%) sur les causes et les modes de préventions de la maladie. La corrélation avec les variables montre un niveau de connaissance en fonction du niveau d'instruction des populations. Sur l'aspect genre la connaissance du mode transmission est en faveur des hommes.

Nous retiendront de cette étude une première critique positive. Dans la méthodologie l'utilisation de l'échelle la plus fine paraît pertinente pour ces genres d'études. Cependant l'analyse des données est beaucoup plus descriptive qu'explicative.

Alassane Bineta Diop, (2004/2005) : « Genre et VIH en Afrique subsaharienne : les déterminants de l'infection à VIH chez la femme africaine ». Dans un contexte de féminisation du VIH et d'augmentation du taux de contamination, l'auteur se fixe comme objectifs d'identifier les déterminants inhérents au genre quant à l'infection à VIH. Pour y arriver, trois objectifs spécifiques sont formulés. Il s'agit de montrer l'impact dévastateur du VIH sur les femmes, ensuite de mettre en évidence le rôle de l'inégalité des sexes et enfin identifier les normes et les croyances qui empêchent de se protéger. Ainsi l'axe principal de réflexion dans ce travail porte sur le genre. Il est ainsi pris en compte dans une large analyse de la dimension socioéconomique, culturelle et politique dans nos sociétés africaines. Il 'avère donc que le genre intervient partout dans l'organisation sociale, qu'il soit dans la division du travail, de l'accès aux facteurs de production et même l'accès à l'éducation. Les femmes, au lieu d'être des actrices de développement, sont victimes de la suprématie des hommes d'où la récurrence de la violence faite aux femmes. Le croisement entre les différentes variables a montré que *« la corrélation entre le VIH/sida et la violence exercée sur les femmes se justifie par des facteurs tant autant biologiques, économiques que socioculturels »*

Du point de vue économique, la pauvreté de ces dernières devant les besoins du quotidien les pousse à des activités parfois illicites telles que le commerce du sexe, un phénomène aujourd'hui universel *« mais difficile à saisir la véritable ampleur »*.

L'analyse des pratiques sociétales a montré certaines pratiques qui accentuent la vulnérabilité des femmes. Il s'agit de la mutilation génitale féminine (MGF), du mariage précoce ou encore du lévirat (héritage de la femme du défunt frère) et du sororat (remariage du veuf avec la sœur de son épouse).

En guise de conclusion et au vue de tous ces paramètres analysés, l'auteur dira que *« les femmes doivent lutter non seulement contre un virus mais également contre la discrimination généralisée dont elles sont victimes »*. De son point de vue il est aujourd'hui nécessaire de revoir l'éducation sexuelle, de mener des séances d'information et de sensibilisation pour un changement de comportements. Des efforts doivent être fournis dans le dépistage, le traitement anti rétroviraux (ARV) et la prévention dans la transmission mère-enfant (PTME). Enfin il faut lutter contre la discrimination et les rejets avec le soutien de la justice.

Fidèle Tonalto Ngaryo, (2003/2004) : « connaissances, attitudes et pratiques des jeunes de banlieues de Dakar face aux IST sida : Cas des jeunes de du centre conseil pour adolescents de Pikine et de Guédiawaye ». Après la rencontre de Caire 1994, le Sénégal dans la lutte contre le sida, a mis en place des centres de conseil pour adolescents. Dix huit ans après, cet auteur se fixe pour objectifs de mesurer le niveau de connaissance sur la maladie des jeunes qui fréquentent ces centres, d'apprécier l'efficacité des stratégies utilisées par le CCA et de mesurer la qualité de son personnel.

Il s'agit d'une étude à orientation qualitative. Le questionnaire a permis de recueillir des données sur les caractéristiques sociodémographiques et épidémiologiques. L'auteur a utilisé deux types de variables pour leur analyse. D'une part des variables dépendantes telles que l'attitude et le comportement et d'autre part des variables indépendantes telles que le niveau de connaissance des jeunes. Le traitement est effectué à l'aide du logiciel SPSS (statistical package for the social sciences) sur la base de tableaux croisés entre les classes d'âge et les autres variables : sexe, niveau d'instruction, sources d'information, causes, dépistage et moyens de prévention.

La corrélation avec les variables explicatives a montré plusieurs disparités suivant les sources d'information, le niveau de connaissances. Pour l'auteur, le faible taux d'information provenant des parents témoignent du manque de communication. A propos des moyens de prévention, le préservatif, le partenariat unique et l'abstinence sont les plus cités.

Hormis la pertinence de l'étude, on se demande si la population cible, c'est-à-dire les jeunes, est bien maîtrisée par l'auteur, car souvent leur mobilité ne facilite pas l'établissement d'un répertoire de suivi de ces derniers.

Ahmad Tidiane Kane, (2012) : « Infection à VIH et autres IST chez les orpailleurs dans la région de Kédougou au Sénégal ». Dans cette thèse de doctorat, l'objectif est de caractériser le profil sociodémographique des orpailleurs et de déterminer la prévalence des IST et leur lien avec le VIH. A l'entame du travail, l'auteur a fait un rappel de l'évolution de la maladie. Pour lui l'épicentre est donc l'Amérique latine, ensuite suivi par l'Afrique centrale et orientale. Au début des années du 20^{ème} siècle, l'Europe orientale et l'Asie sont contaminées. Enfin à la fin du siècle l'épidémie est devenue globale.

Après le choix des sites de collectes des données, l'auteur a fait recours à une fiche de consentement des populations étudiées dans le souci de recueillir des données biomédicales.

Certaines données ont été analysées sur place grâce au déplacement d'une équipe de spécialistes et du matériel biologique nécessaire. Il s'agit d'une étude à la fois descriptive et analytique. Vu l'hétérogénéité de la population, une répartition a été faite en fonction de certaines variables telles que le sexe, l'âge, la situation matrimoniale et le niveau d'instruction. Sur la base de cette répartition, une classification par groupe est établie.

Les données recueillies sont de nature sociodémographique, biologique et épidémiologique. Ces dernières sont obtenues à l'aide des indicateurs de morbidité diagnostiquée.

Après dépouillement des analyses, il se trouve que sur les 1792 enquêtés, seul 0.7% présentait des cas de VIH. Le reste du pourcentage est répartie entre les autres formes d'IST. Les résultats ont également montré la présence de plusieurs IST à savoir : la syphilis, l'herpès simples virus², la Neisseria Gonorrhoeae et le Clamidia Trachomatis et que la prévalence du VIH variait en fonction des différentes variables retenues. Quant à la relation entre le VIH et les autres formes d'IST, le lien statistique est plus significatif avec l'herpès. L'auteur a donc tiré une conclusion que la présence d'IST chez un individu est un bon indicateur permettant de mesurer le risque de contracter le virus du VIH/sida car *« en effet la présence indique la personne a été exposée à un ou plusieurs facteurs de la maladie »*.

Par rapport à toutes ces disparités, les facteurs explicatifs tournent autour de la migration, de l'afflux de prostituées clandestines attirées par les activités économiques, le multi partenariat, le non utilisation du préservatif et le mariage circonstanciel. D'ailleurs selon l'auteur *« ces couples provisoires présentent une probabilité élevée de contaminer d'autres personnes se déplaçant en permanence »*.

Nous retiendront deux intérêts particuliers à la lecture de ce document. D'abord c'est qu'il traite le problème sous l'angle de l'épidémiologie, une discipline longtemps considérée comme ancêtre à la géographie de la santé. Ensuite l'auteur a tenté de trouver les facteurs de disparité de la maladie, ce qui est une des vocations principales du géographe de la santé.

Sur la base de cette littérature loin d'être exhaustive, on comprend donc qu'étudier le sida n'est pas seulement l'entreprise des sciences biomédicales. Il intéresse également les sciences sociales qui ne l'étudient pas sous l'angle biologique mais entant que problème de santé communautaire. Il faut donc rechercher ses véritables causes dans la société. La géographie de la santé dans son apport à cette entreprise se contentera de cartographier le phénomène d'en ressortir la transcription spatiale afin de chercher les explications.

III. Analyse conceptuelle

Etude géographique: L'étude géographique d'un problème de santé renvoie au respect d'une certaine démarche. « *La recherche en géographie de la santé est tiraillée entre les méthodes quantitatives et qualitatives : les méthodes quantitatives sont liées à l'épidémiologie de la maladie et les méthodes qualitatives sont liées aux sciences sociales* » (Trevor J. B. Dummer Ph D 2008). Il s'agit alors d'une part de recueillir des données quantitatives pour caractériser l'épidémiologie de la maladie et d'autre part des données qualitatives qui permettront d'expliquer cette épidémiologie. Ainsi les premières données citées serviront pour une description socio spatiale de la répartition de la maladie et les dernières nous aiderons à analyser les facteurs explicatifs de cette répartition. Ramené à notre étude, nous restons bien dans cette logique descriptive et explicative, c'est-à-dire que nous étudierons d'abord la répartition et analyserons les facteurs endogènes et exogènes qui contribuent à l'explication des disparités socio spatiales.

IST : Infection sexuellement transmissible. Elle se transmet au cours des différentes formes de rapports sexuels. Toutes les pratiques sexuelles qui comportent un contact génital mutuel avec une autre personne, ou ses fluides génitaux, sont considérées comme comportant un risque de transmission d'une IST. Chaque IST présente un risque et un degré de gravité différent. Autrefois on l'appelait maladie Vénérienne inspirée de Vénus la déesse de l'amour. Jusque dans les années 1990 l'appellation MST était d'usage courant. Depuis 1999 le terme est remplacé par celui d'IST car le terme d'infection prend mieux en compte certaines infections asymptomatiques. (**passportsanté.net**).

VIH/SIDA : Le VIH, ou virus de l'immunodéficience humaine, est un type de virus qui peut causer une maladie mortelle appelée **sida** (syndrome d'immunodéficience acquise). L'infection au VIH affaiblit progressivement le système immunitaire, c'est-à-dire les défenses naturelles du corps contre toute maladie. Ce qui distingue le VIH des autres virus, c'est qu'il s'attaque au système immunitaire en prenant le contrôle des cellules T CD4. Ces dernières ont pour rôle de coordonner la réponse immunitaire lorsqu'un virus se présente. Lorsque le VIH utilise les cellules CD4 pour se propager, il les endommage et les détruit. Ce faisant, le VIH diminue le système immunitaire qui a pour rôle de le combattre.

Le VIH se transmet par les liquides corporels : principalement par le **sang**, mais aussi par le **sperme**, les **sécrétions vaginales** et le **lait maternel**. Le plus souvent, le virus est contracté

au moment d'**activités sexuelles non protégées** ou par l'échange de **seringues** chez les utilisateurs de drogues injectables.

1^{re} phase - primo-infection. Dans les semaines qui suivent l'infection, environ le tiers des personnes touchées présentent des symptômes semblables à ceux de la grippe ou de la mononucléose : fièvre, maux de tête, maux de gorge, rougeurs sur la peau, fatigue, douleurs musculaires, etc. Ces malaises se résorbent sans traitement (passeportsanté.com).

2^e phase – infection asymptomatique. Le virus peut vivre dans l'organisme pendant de nombreuses années sans provoquer de symptômes. La personne peut donc avoir l'impression de ne pas être malade, mais elle demeure contagieuse. La **séroconversion** - le moment où une personne séronégative (pas d'anticorps dans le sang) devient **séropositive** (présence d'anticorps dans le sang) - se produit durant cette phase, 1 à 3 mois après l'infection (passeportsanté.com).

3^e phase – infection symptomatique. La personne ressent à l'occasion un ou des symptômes liés à l'infection au VIH (fatigue, diarrhée, gonflement des ganglions, perte de poids, sueurs nocturnes, fièvre, etc.).

4^e phase – sida (syndrome d'immunodéficience acquise). Si le nombre de cellules immunitaires (lymphocytes T CD4) est très bas et que le corps n'arrive plus à lutter contre d'autres infections ou maladies, le diagnostic de sida est posé. Les symptômes de l'infection deviennent plus apparents et constants. De plus, des **infections opportunistes** peuvent causer d'importants problèmes de santé. Les infections opportunistes sont des infections qui normalement ne sont pas graves, mais qui le deviennent chez les personnes qui ont de très faibles défenses immunitaires. Parmi les maladies opportunistes, on retrouve la candidose, la pneumonie, la tuberculose, les infections à l'herpès, et aussi des cancers (passeportsanté.com).

IV. Objectifs

4.1. Objectif Général

Comme tout travail scientifique se fondant sur une démarche méthodologique, le notre portera sur un objectif général qui constituera la toile de fond de l'étude. Il sera sectionné en objectifs spécifiques qui nous permettront d'étudier le problème par séquences.

Ainsi l'objectif général de cette étude est de comprendre la géographie du VIH/sida dans la commune de Diaobé

4.2.1. Objectifs spécifiques

Objectif spécifique1 : Identifier les disparités socio spatiales de la répartition du VIH/sida dans la commune de Diaobé

Objectif spécifique 2 : Analyser les disparités socio spatiales de la répartition du VIH/sida dans la commune de Diaobé.

Objectif spécifique 3 : Evaluer les stratégies de lutte contre le VIH/sida dans la commune de Diaobé

V. Hypothèses

Ainsi partant de nos objectifs établis ci-dessus, nous aurons une hypothèse générale qui sera étudiée en trois séquences formant les trois hypothèses spécifiques.

5.1.Hypothèse générale

La compréhension de la géographie du VIH/sida dans la commune de Diaobé passe par une cartographie socio spatiale de sa distribution et l'analyse des facteurs explicatifs.

5.1.Hypothèses spécifiques

Hypothèse spécifique1 : L'identification des disparités socio spatiales permet de voir la distribution du VIH/sida dans la commune de Diaobé.

Hypothèse spécifique2 : L'analyse des disparités permet de comprendre les facteurs explicatifs.

Hypothèse spécifique3 : Les stratégies de lutte contre le VIH/sida dans la commune de Diaobé sont diverses et variées.

VI. Méthodologie de travail

Cette étape de notre travail concerne principalement quatre phases : Il s'agit de la recherche documentaire, de l'échantillonnage, de la collecte et enfin du traitement et l'analyse des données recueillies après enquêtes.

6.1.Recherche documentaire

Cette première étape après le choix du sujet et la zone d'étude a permis d'avoir un aperçu général sur la thématique de recherche à travers des sujets ayant traité la question. Elle nous a conduits d'abord à la bibliothèque universitaire de Ziguinchor (BUZ), où nous avons obtenu quelques documents ensuite un voyage à Dakar où nous avons été à la bibliothèque universitaire de Cheikh Anta Diop, au centre de documentation de l'institut de la population de la démographie et de la santé de la reproduction (IPDSR), et au centre de documentation de Enda 1/3monde. Durant le stage subit à Enda (bureau de Kolda) nous avons également pu accéder à quelques documents traitant la question. La recherche dans le net nous a conduits vers quelques sites de publications notamment dans l'institut de recherche pour le développement (IRD), Horizon et Cairn.info, nous avons aussi écouté des émissions de santé a travers les média tels que radio France internationale (RFI) dans priorité santé et radio futur média du Sénégal lors de la journée internationale du sida célébrée tous les 01 décembre.

6.2.Echantillonnage

Echantillonner c'est déterminer une fraction de population représentative c'est-à-dire ayant les mêmes caractéristiques que le groupe général appelé population mère. Vue l'importance de la population de la commune de Diaobé (26165, PIC 2012) et la diversité ethnique, nous avons fait recours à un échantillonnage. La technique utilisée est celle aléatoire simple. Ainsi donc nous avons choisi 150 ménages à enquêter sur les 7316 que compte la commune, soit un taux de sondage de 2% de la population générale. Certes l'échantillon est numériquement faible, mais ici, par rapport à nos deuxième et troisième objectifs spécifiques, nous recherchons plus des aspects qualitatifs. C'est-à-dire- les facteurs explicatifs d'ordre socioéconomiques et culturels. Cet échantillon est fait par quotas en fonction du poids démographique des quartiers. Ainsi on a obtenu les effectifs suivant :

Diaobé1= 50 ménages ;

Diaobé2 = 20 ménages ;

Diaobé3= 50 ménages ;

Diaobé4= 30 ménages.

6.3.Travail de terrain

Cette étape, l'une des plus importantes a été faite en trois temps. D'abord une phase exploratoire juste après la validation de notre sujet, ensuite une phase de prés-enquête et enfin la dernière qui concerne l'enquête proprement- dite.

6.3.1 Visite exploratoire

Après le choix du sujet et sa validation par l'encadreur, nous avons effectué une visite exploratoire. L'objectif était de nous permettre de mieux imprégner de la réalité par rapport au problème à étudier. Durant ce séjour de trois(3) jours, nous avons eu à rencontrer quelques personnes ressources telles que l'infirmier chef de poste (ICP), M. Gueye et quelques uns des relais communautaires.

6.3.2 L'enquête test

La pré-enquête est une étape qui nous a permis de tester notre questionnaire. Nous l'avons réalisé les 6 et 7 avril 2016 avec l'appui d'un des relais de santé communautaire, M. DIAO. Elle a eu lieu à Saré maoundé ; un des quartiers périphériques de la commune de Diaobé. Les 20 exemplaires sont adressés d'abord aux membres d'OCB puis aux populations locales. Ils nous ont permis d'ajuster le questionnaire. Après analyse des informations obtenues, nous avons tenu compte des recommandations du relais.

6.3.3 L'enquête proprement-dite

Cette phase d'enquête proprement dite est composée de deux parties. D'une part l'administration du questionnaire ménage aux populations de l'échantillon et d'autre part la réalisation des guides d'entretien adressés aux personnes ressources.

6.3.3.1 Questionnaire ménages

L'échelle spatiale occupe une place incontournable dans la démarche du géographe. Ainsi notre enquête n'a concerné que les quatre quartiers qui ceinturent directement le marché (Diaobé1, 2,3et 4). Il s'avère dans beaucoup d'écrits que les marchés et autres rencontres du genre sont des facteurs de risques du VIH. Alors nous trouvons là toutes les raisons du choix de ces quartiers car ils subissent l'influence du marché. L'administration du questionnaire aux ménages est faite avec l'appui des relais de santé communautaire formés pour des interventions de terrain. Elle a démarré le 25 Août et a fini le 16 septembre 2016. Les chefs de

ménages étaient les cibles principales des questions. Cependant pour des raisons d'occupation, il arrivait qu'ils nous orientent vers d'autres répondants du ménage.

6.3.3.2 Les guides d'entretien

Pour les différentes personnes ressources recensées lors de la visite exploratoire, chacun a fait l'objet d'un guide d'entretien. L'élaboration de chaque guide dépend du domaine de compétence de la personne interviewée. Ainsi nous avons quatre guides adressés respectivement à l'ICP, au responsable d'Enda santé, au secrétaire municipale et enfin au président du réseau des relais communautaires. Nous avons aussi profité des entretiens libres et non formels avec d'autres personnes du système susceptibles de nous livrer des informations importantes et fiables tels que les membres d'associations, des restauratrices etc.

6.4 Traitement et analyse des données

6.4.1. Le traitement

Cette étape a été réalisée grâce à un certain nombre de logiciels tels que Microsoft office Word, Excel, sphinx et Arc Gis. Les logiciels Microsoft (Word et Excel) ont permis la saisie et l'élaboration des tableaux, diagrammes et autres calculs statistiques. L'élaboration, le traitement sont faits grâce à sphinx. Les cartes de présentation et autres cartes thématiques sont réalisées avec Arc Gis.

6.4.2. L'analyse des données

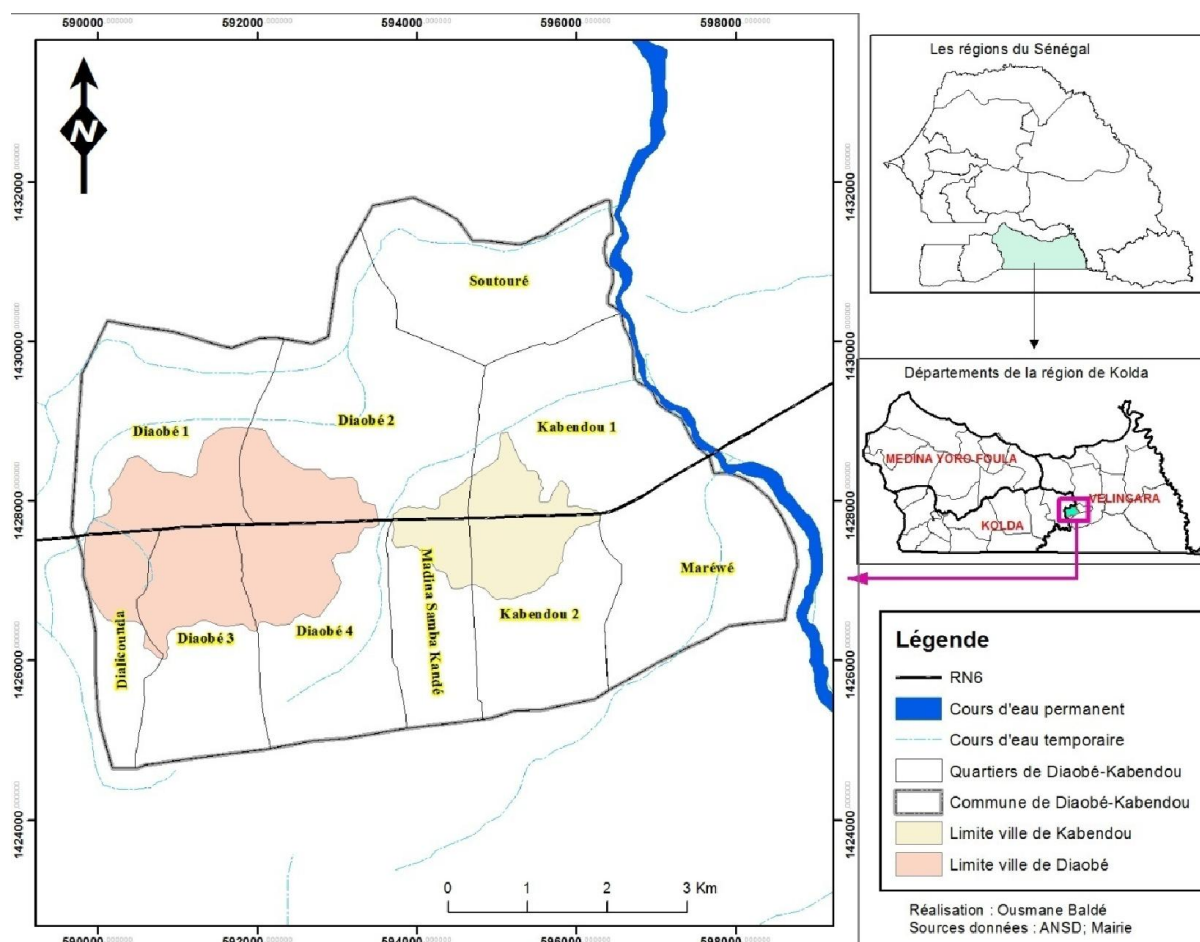
Notre étude porte principalement sur la compréhension de la géographie du VIH dans la zone de Diaobé. Une telle analyse doit d'abord porter sur la description spatiale du problème de santé étudié. A partir des données officielles obtenues des services compétentes (postes de santé, district, centre, ONG et autres), nous ferons une cartographie socio spatiale des cas diagnostiqués. Cette analyse utilisera un certain nombre de variables telles l'âge, le sexe, le niveau d'étude, le statut matrimonial et l'activité professionnelle. Ensuite la deuxième analyse recherchera les éléments (socio économiques et culturels) explicatifs de cette disparité. Et enfin voir les stratégies de lutte adoptées par les différentes parties (communauté, municipalité et autres partenaires). Cette analyse portera sur les différentes méthodes préventives contre le VIH et en cas de diagnostiqués positif il sera questions pour nous de voir quelles sont les différents moyens de recours aux soins.

	PREMIERE PARTIE: PRESENTATION GENERALE DE LA ZONE D'ETUDE

INTRODUCTION

Diaobé est un ancien village qui a connu une très forte croissance. Il serait fondé par un vieux peulh nomade venu de la guinée Bissau du nom de Coliyel Diao d'où le nom de Diaobé. Il doit sa croissance à son marché hebdomadaire créé en 1974 et inauguré la même année par Ousmane SEYDI, ancien député de Vélingara, accompagné d'une délégation d'autorités étatiques (Gassama. F (2014/2015)).

Ancien village de la commune de Kounkané, il est érigé en commune en 2009, avec le village de Kabendou, d'où l'appellation de la commune Diaobé-Kabendou. Elle polarise 13 villages dans sa circonscription administrative. La commune se situe de part et d'autres de l'axe de la route nationale n°6 (RN6). Elle est limitée à l'Est et au sud par la commune de Kandiaye, à l'Ouest par la commune de Médina Chérif et au nord par la commune de Saré coly Salé.



Carte 1 : Localisation de la commune de Diaobé

CHAPITRE 1 : APERÇU DU CADRE PHYSIQUE DE DIAOBE

La commune de Diaobé-Kabendou se situe en Haute Casamance. Elle présente des caractéristiques physiques propres à la haute Casamance.

-Le climat : La division du pays en domaines climatiques sur la base des éléments d'apport (le vent) et de réponse (les précipitations et la température) la place dans le domaine sud soudanien continental (**cours de climatologie master1 2014**). L'interaction entre ces éléments donne un climat variant suivant les périodes de l'année. Ainsi nous avons une période de froid allant d'octobre à février et une période de chaleur pour le reste de l'année.

-La pluviométrie : Le département de Vélingara est une des portes d'entrée, après le Sud Est, de la mousson, principal porteur de pluviométrie. Il enregistre ses premières pluies d'hivernage dès le mois de juin. Le retrait de la mousson, au nord, est amorcé à partir du mois d'octobre et se poursuit jusqu'en novembre, soit une période de 6 mois. Ainsi la région enregistre les premières et les dernières précipitations de la saison (**cours de climatologies 2014**). Notons que ces quantités de pluies ont des variations mensuelles. Les plus importantes quantités sont notées aux mois de juillet, août et septembre.

- Les sols : La formation géologique et pédologique des sols au Sénégal a connu une certaine évolution comme l'ont dit les co-auteurs: « *Bien que les conditions climatiques et géologiques soient relativement homogènes, de nombreuses classes sont représentées au Sénégal* » Charreaud Fauck (1965). En Casamance le relief dessine une pente douce d'Est en Ouest. A partir de profil topographique la région est divisée en trois parties. Ainsi nous avons la haute, la moyenne et la basse Casamance. La Haute Casamance incluant notre zone d'étude est caractérisée par des plateaux et de plaines. Les sols sont de nature ferrugineuse lessivée. Le phénomène de ruissellement des eaux de pluies évacue la matière minérale vers les zones de dépôt. Entre ces deux reliefs se trouvent des versants de pente relativement faibles. Les sols sont de nature ferrugineuse plus ou moins lessivée (**Charreau et Fauck1965**). Diaobé appartenant à cette unité géographique a des sols de mêmes caractéristiques, à l'exception de la plaine de Soutouré, un des villages de la commune, où se pratique la riziculture de contre saison.

- La végétation : A l'image de la région ou du moindre du département abritant la commune, cette dernière a une végétation dégradée et clairsemée (Baldé O, 2012). Le professeur Seck A.

a déjà fait cette caractérisation. Il dira que : « *La Haute Casamance est un pays sec avec une forêt claire trouée par-ci par-là par des étendues herbeuses.* ». Plusieurs facteurs peuvent expliquer ce caractère dégradé de la végétation : naturellement il souffle des vents arides qui assèchent très tôt les sols, ainsi la matière minérale devient de plus en plus profonde. C'est dire que *l'érosion éolienne participe à la dégradation des sols, donc à l'appauvrissement de la biomasse* (Baldé O, 2012). Il s'y ajoute l'action humaine. La haute Casamance est une zone fortement agricole. En plus de l'utilisation des techniques traditionnelles comme l'agriculture sur brûlis qui ravage des hectares de terre chaque année, la pression démographique accentue l'exploitation des terres arables, donc la destruction de réserves forestières. Entre autres facteurs l'exploitation du bois pour des fins diverses (bois d'œuvre, de chauffe, cuisson etc.)

CHAPITRE 2 : CARACTERISTIQUES DU CADRE HUMAIN DE DIAOBE

1.1. Aspects démographique

D'après le dernier recensement réalisé, la commune compte 26165 habitants. Cet effectif est réparti sur 12km² soit une densité de 2180 habitant/km² (secrétariat municipal). La répartition sur le genre donne une légère supériorité numérique aux hommes qui comptent 13432 alors que les femmes sont 12733, soit un ratio masculin de 1.05.

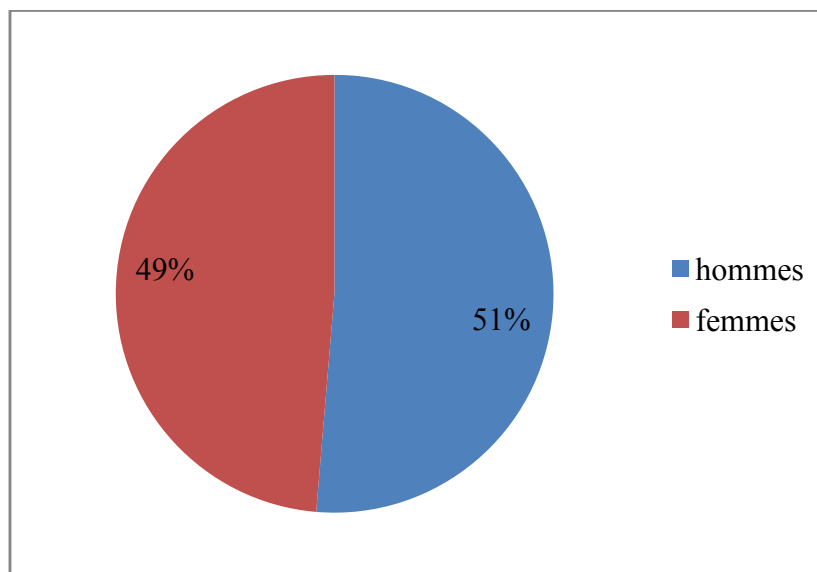


Figure1 : Répartition de la population en fonction du genreSource : PIC Diaobé 2012

Du point de vue de sa composition ethnique, les peuhls sont majoritaires. Cela s'explique par le fait que ce groupe est, selon les récits, le fondateur de l'ancien village du même nom par le vieux Berger Coliyel Diao, d'où le nom Diaobé.

Le flux migratoire est très important dans la zone. Sous l'influence du marché, la commune accueille chaque semaine des flux de migrants venant d'origines diverses : Guinée Conakry, Bissau, Gambie, Mali, Mauritanie et bien d'autres pays d'Afrique de l'ouest. Ces flux sont plus concentrés la Veille, le jour et le lendemain du marché. Certaines populations finissent par résider définitivement. Cela explique le rythme de la croissance démographique, mais également le « melting pot » qui y est. Cette donnée démographique est importante dans notre étude. La migration comme facteur du VIH/sida traverse quasiment toute notre documentation sur le sujet. D'après notre directeur de stage, ce sont ceux là qui compliquent davantage la surveillance. En effet lorsqu'ils sont diagnostiqués positif, le plus souvent ils disparaissent vers d'autres horizons. Et ils sont classés parmi les perdu-de-vues (PV).

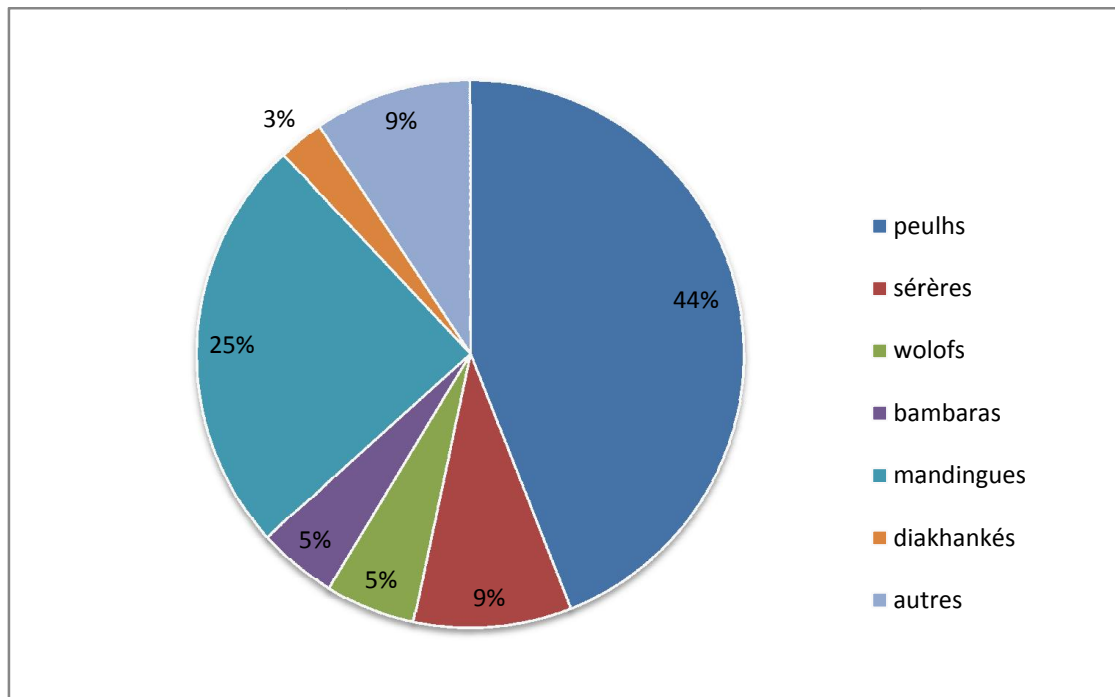


Figure2 : Composition ethnique de l'échantillon d'étude : source : Enquêtes de terrain 2016

1.2. Aspects socioéconomiques

La ville de Diaobé-Kabendou représente l'un des plus grands pôles d'échanges de biens et personnes de la région de Kolda voire même de la sous région. Elle doit cette situation à son marché hebdomadaire qui est d'obédience internationale. C'est un carrefour commercial sous régional où on trouve toutes les nationalités des pays voisins. *« Malgré cette fonction si importante sur le plan économique, la nouvelle commune garde toujours une ruralité très marquée, avec un type d'habitat hybride composé de bâtiments modernes en dur et de concessions ou carrés composés en majorité de cases et de huttes »* (PIC 2012). Faute de lotissement, l'occupation spatiale est anarchique. Parmi les secteurs d'activités, le primaire est celui qui emploie le plus. En effet l'essentiel des acteurs du marché sont parallèlement des agriculteurs. Il est suivi par celui du commerce où se mêlent plusieurs acteurs. Le secteur quaternaire est caractérisé par l'éducation, la formation et la santé. La situation socio professionnelle est dominée par l'informelle. Par conséquent il est très difficile de quantifier, avec exactitude, les revenus des populations. D'abord parce qu'elle-même n'évaluent pas souvent leurs revenus mais également beaucoup parmi elles ne sont pas dans des structures financière pour épargner. Ensuite les réponses à cette question ne sont très satisfaisantes. Certaines préfèrent s'abstenir et d'autres avancent des valeurs parfois incohérentes entre le revenu quotidien, hebdomadaire et mensuel. Mais ces réponses ne sont pas négatives à notre

niveau car elles montrent tout le caractère variable des revenus dans l'informelle. Cette variation est fonction du cours des produits dans le marché ou la période de l'année.

Diaobé, bien n'étant qu'un simple village de la commune de Kounkané avait un certain nombre de services disponibles. On trouvait déjà plusieurs écoles primaires, un collège, un réseau hydraulique public, un poste de gendarmerie, un service d'hygiène etc. Le poste de santé jouait un rôle de relais entre le district de Vélingara et la région médicale de Kolda. C'était et c'est toujours une occasion pour ceux qui fréquentent le marché de se soigner lors des trois jours du louma. Le village devait donc à ce privilège à son rôle économique. Même pendant les jours ordinaires la capacité d'accueil dépasse largement les normes, pire encore quand il s'agit des jours de louma.

1.3. L'éducation

L'éducation accueille la frange d'âge la plus sensible. Victime de son stade de développement mental, elle se lance souvent dans des comportements à haut risque de contraction du virus (sexualité précoce, multi partenariat et non protection). L'environnement socio économique de Diaobé n'est très favorable à l'école. Le dynamisme économique du marché du marché situé au centre ville n'occupe pas seulement que le jour du louma. En effet de la veille au lendemain du mercredi, les activités économiques dominent la ville. Un enseignant nous disait lors d'une discussion qu'il notait trop d'absences sur cet intervalle de la semaine. Ce diagramme ci-dessous confirme bien cette réalité. Après un nombre important d'analphabètes et de ceux qui ont fréquenté l'école coranique, dans l'échantillon d'étude, nous constatons une baisse continue du nombre d'élèves de l'élémentaire au supérieur en passant par le moyen et le secondaire.

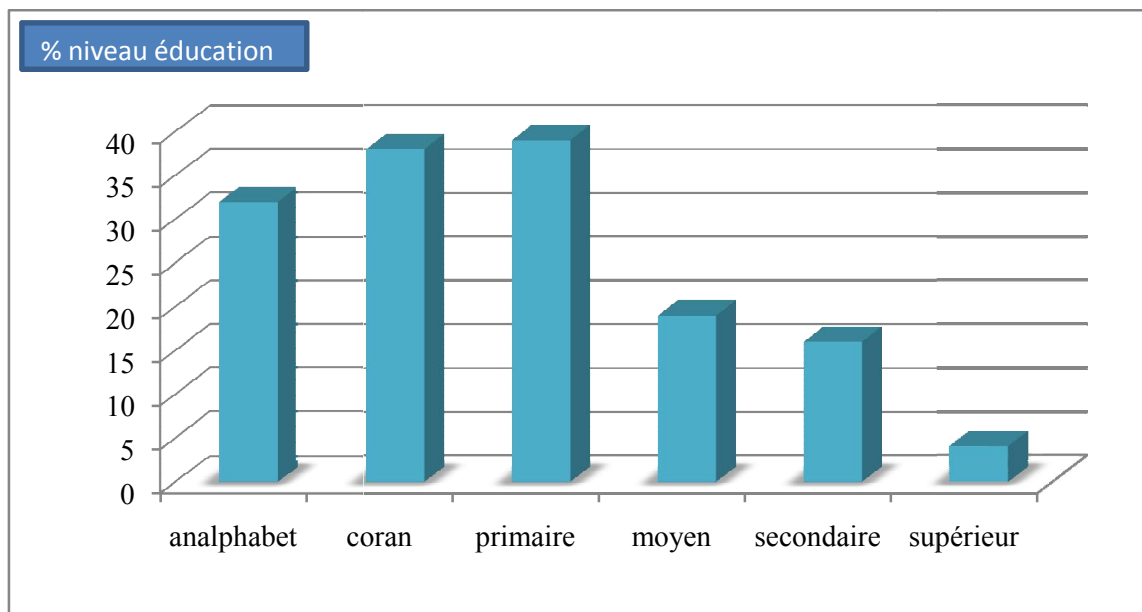


Figure 3: Diagramme en barre de l'échantillon en fonction du niveau d'étude (source : enquête de terrain 2016)

1.4. Aspects sanitaires

La couverture entre le personnel et la demande de soins est encore déficitaire. En effet, du point de vue infrastructure, le plateau sanitaire ne compte qu'un poste de santé, deux cases et un cabinet médical privé. Le personnel du poste est composé d'un infirmier chef de poste (ICP) et ses quatre (04) adjoints et d'une sage femme (tableau1)

Tableau1: inventaire de l'équipement du poste de santé de Diaobé

Infrastructures et Personnels	Nombre
Poste de santé	1
Cases de santé	2
Cabinet médical privé	2
Pharmacies	2
Lits hospitalisation	15
Lits maternité	7
Ambulance	0
Infirmier chef de poste	1
Aide- infirmier	4
Sage femmes et matrones	10
Relais de santé communautaire	53

Source : plan d'investissement communal (PIC 2012)

La croissance démographique, la qualité des soins et la position géographique font que le poste de santé polarise la commune et bien d'autres villages satellites. La demande en soins est importante. Par conséquent il est confronté à certaines difficultés liées à la capacité

d'accueil, à l'équipement matériel et au déficit de personnel de service. Dans le cadre de la lutte contre le sida, cette situation rend difficile la tâche. En effet la prise en charge des personnes vivantes avec le VIH demande des moyens considérables et un suivi régulier de la part du personnel.

Conclusion partielle

La Casamance est divisée en trois grandes parties liées aux éléments physiques. Il s'agit de la Haute, la moyenne et la basse Casamance. La commune de Diaobé, une entité de la Haute Casamance garde cette monographie physique. Autrement dit, sa pédologie, sa végétation, son climat, sa pluviométrie renvoient tous à ceux de la haute Casamance. Les caractéristiques humaines de Diaobé sont diverses et variées. Le rythme démographique et sa composition ethniques lui confère une particularité dans la région. Il doit sa réputation à son dynamisme économique. Diaobé a une bonne carte scolaire, allant du préscolaire avec une CTP au secondaire. Sur le plan sanitaire, deux cabinets médicaux et deux pharmacies s'ajoutent au poste de santé.

	DEUXIEME PARTIE : DESCRIPTION ET ANALYSE DES DISPARITES SOCIOPROFESSIONNELLES DU VIH A DIAOBE

Introduction

La géographie de la santé est une discipline descriptive d'abord puis analytique. Dans cette partie, il s'agira de faire la description de la répartition de la maladie en fonction des différents de plusieurs critères tels que l'âge, le sexe, le statut matrimonial et socio professionnel et puis chercher les facteurs des disparités.

CHAPITRE I: DESCRIPTION DES DISPARITES DE LA REPARTITION DU VIH/SIDA A DIAOBE

La description sociale d'une maladie peut envisager plusieurs critères. Elle peut être totale lorsqu'elle cherche à faire une description en tenant compte de tous les paramètres socioéconomiques ou partielle quand il s'agit de choisir quelques uns. Autrement dit il revient au chercheur de faire le tri des ses indicateurs et de délimiter son sujet. Pour cette étude nous nous focaliserons sur les aspects genre, âges, de la situation matrimoniale et la situation socio professionnelle des personnes séropositives pour faire la description de la maladie.

1. L'évolution temporelle du phénomène sida

Les hommes bougent, les comportements et attitudes changent en fonction du milieu d'accueil. Diaobé garde cette dynamique d'échange et d'interrelation de flux humains. Etant donné que les mêmes flux ne se répètent pas les mêmes années, il est évident que les comportements varient aussi. En variant, ils influencent alors les résultats. Le tableau2 représente la variabilité annuelle des cas séropositifs entre 2015et2016 à Diaobé.

Tableau2 : Evolution du taux de prévalence séropositifs de 2015 à2016

Année	2015	2016	TOTAL
Nombres de personnes dépistées	57	168	225
Nombre de cas séropositifs	17	69	86
Taux de prévalence annuelle	0.06	0.26	0.32

Source : district de Vélingara

En 2015, sur 57 personnes dépistées lors des stratégies avancées, 17 cas de morbidité étaient diagnostiqués soit un taux de 0.06%. Pour l'année 2016 où il y a eu plus d'activités selon le laborantin du district, 168 personnes ont été dépistées au VIH et 69 cas morbide. Soit un taux

de 0.26%. Lorsque nous avons interrogé le laborantin sur les chiffres qui nous paraissaient faibles pour une zone comme Diaobé et sur une période de 2ans, il dira que la zone a été trop ciblée ces dernières années. Il fallait donc s'orienter vers d'autres localités telles que Linkéring, Califour et Dialadiang. L'autre aspect évoqué également est la question du financement des partenaires. L'irruption d'EBOLA en Guinée a beaucoup réorienté les politiques durant cette période. Le personnel médical était très mobilisé pour des activités de prévention car, géographiquement le département était sous une menace sérieuse de cette épidémie.

2. Répartition en fonction du genre

Le VIH/sida est une maladie qui regroupe un ensemble de variables dans le circuit de sa contamination. Il n'épargne aucune couche sociale car ses modes de transmissions sont variés et multiples. Cependant toutes les couches ne sont pas au même niveau de vulnérabilité.

Le graphique suivant montre les tendances de manière plus claire. On remarque une nette supériorité du taux de prévalence féminin sur celui des hommes. Les 22 cas de morbidité masculine représentent 0,08% de la population générale et 25,58% de la population dépistée positive. De la même manière les 64 cas morbidité féminine donne en valeur relative 0,24% sur la population générale et 74,41% du total des séropositifs. (figure4)



Figure4 : Histogramme de la répartition des cas séropositifs selon le sexe à Diaobé de 2015 à 2016 sources :District de Vélingara

3. Répartition des cas positifs selon le sexe et les tranches d'âges

Comme nous l'avons dit précédemment, nous avons choisi un certains nombre de critère sur lesquels notre description du phénomène se fera. Dans le tableau suivant nous avons essentiellement deux variables à savoir les différentes tranches d'âges et le sexe (tableau3).

Tableau3 : Répartition des cas positifs selon le sexe et les différentes tranches d'âges

Genre	Garçons	Filles	Hommes			Femmes			Totaux
Tranches	-15ans		15-24	25-49	<49	15-24	25-49	<49	
Nombres de cas positifs	1	09	02	10	09	11	37	07	86
Totaux cas positifs	1	9	21			55			86
Taux de séropositifs par rapport aux tranches d'âges	1.16	10.46	2.32	11.62	10.46	12.79	43.02	8.13	100
Totaux cas positifs selon le genre	-		22			64			
Taux de prévalence du genre/pop dépistée	9.77					28,44			

Source : district sanitaire de Vélingara

Le graphique5 montre les disparités de la répartition du VIH entre deux variables qui sont les tranches d'âges et le sexe. On remarque le taux de prévalence des femmes est largement au dessus de celui des hommes pour les trois premières classes, c'est-à-dire la classe des moins de 15 ans, celui de 15 à 24 ans et de 25 à 49 ans. Un renversement de la tendance intervient avec la tranched'âgés de plus de 49 ans. A ce niveau, le taux de prévalence des hommes arrive légèrement au dessus de celui des femmes soit 10.46% contre 8.13%. Cette évolution n'est pas seulement que temporelle. Elle est spécifique aussi à chacun des deux sexes. Autrement dit, la prévalence évolue chez les hommes comme chez les femmes durant ces trois premières phases. Cependant cette baisse est plus remarquable chez le genre féminin. Elle passe de 43.02% à 8.13%.

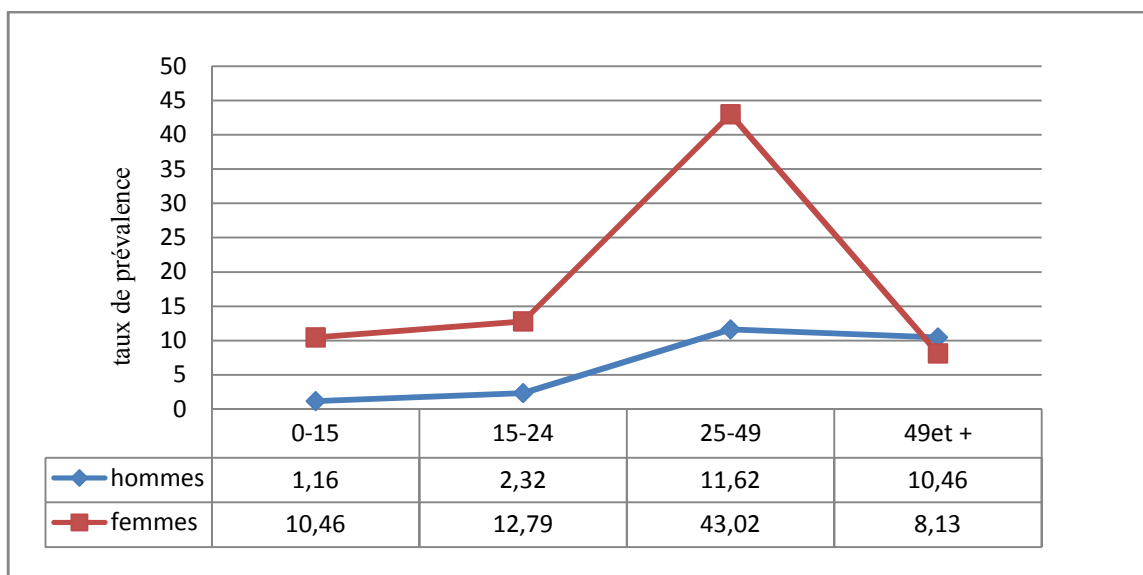


Figure5 : Courbe de corrélation entre le genre et les tranches d'âges des cas de morbidité à Diaobé de 2015 à 2016

4. Répartition en fonction de la situation matrimoniale

Le statut matrimonial représente une variable très importante dans la répartition du sida. Le comportement sexuel des individus varie selon qu'on est célibataire, marié ou veuf/ve. L'exploitation des données des registres de dépistage nous a permis de répartir les cas de VIH en fonction de leur statut matrimoniale.

La figure6 montre la répartition des cas de morbidité durant cette période en fonction de leur situation matrimoniale. Ainsi nous avons des tendances très inégalement réparties des 86 cas de morbidité sur 225 personnes dépistées. La conversion de ces données en valeurs relatives donne des taux de prévalences différentes. Les mariés monogames et polygames dominent sur les deux autres à savoir les célibataires et les veufs/Ve. Les mariés monogames occupent plus de la moitié du total des personnes séropositives (60%). Les mariés polygames représentent les 21% des cas soit un peu presque le tiers du premier statut. Les célibataires viennent en troisième position avec 15% et enfin arrivent les personnes veuves qui ne représentent que 4% du total.

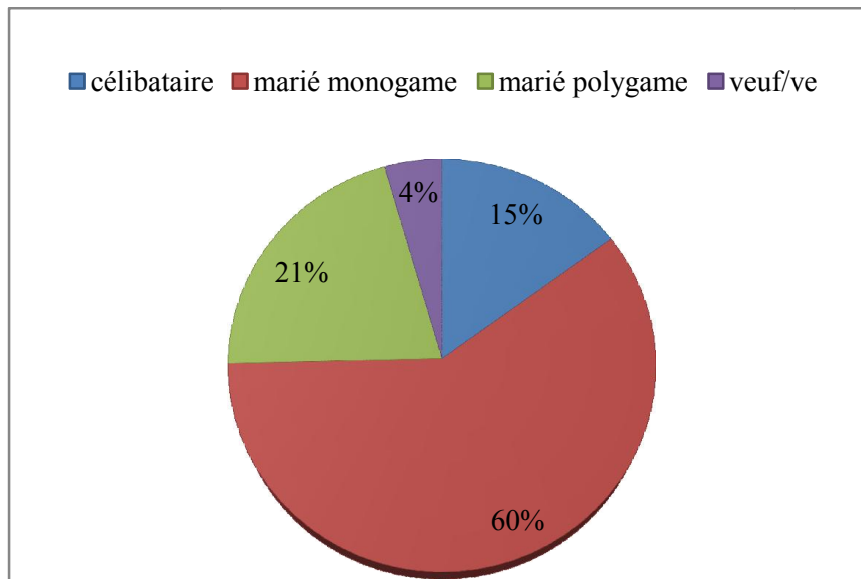


Figure6 : Diagramme circulaire de la répartition des cas de VIH selon le statut matrimonial à Diaobé de 2015 à 2016sources : district de Vélingara

5. Répartition des cas de morbidité en fonction de leur situation professionnelle

Diaobé est un milieu urbain dans le cadre du travail puisqu'on retrouve pratiquement toutes les activités propres à la ville. Il a la particularité d'être très fréquenté par des populations rurales grâce à son marché qui offre beaucoup d'opportunités économiques. Dans la composition de notre base de données, nous avons retrouvé plusieurs catégories socioprofessionnelles. Par rapport aux degrés de vulnérabilité des uns et des autres, ces groupes sont différemment infectés au VIH.

La représentation graphique(figure7) montre l'inégale répartition des cas de VIH entre ces groupes professionnels. Le taux de prévalence est beaucoup plus élevé chez les ménagères. Ce groupe représente 0.17% des cas de morbidité. Après ce groupe, il vient ensuite les cultivateurs avec 0.09%. Le troisième groupe dans cette distribution est celui des élèves. Ils enregistrent les 12 cas, soit un taux de prévalence de 0.045%. Ces trois composantes regroupent l'essentiel de l'échantillon de séropositifs. Les autres groupes tels que les restaurateurs et les mécaniciens ont des valeurs quantitativement très faibles.

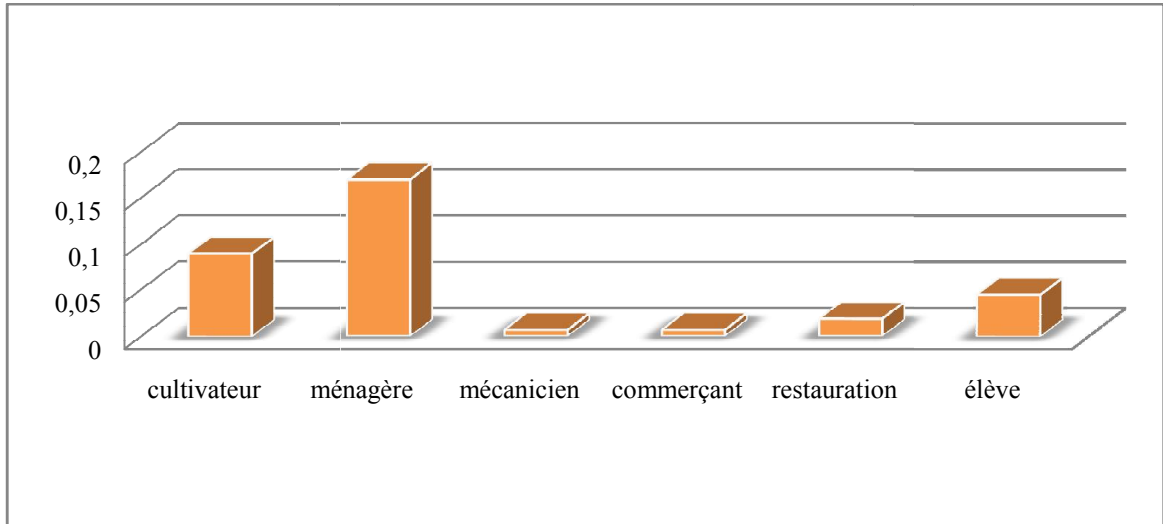


Figure7 : Histogramme de la répartition des cas séropositifs en fonction de l'activité professionnelle à Diaobé d 2015 à 2016 sources : Enquêtes de terrain 2016

CHAPITRE II : ANALYSE DES DISPARITES DE LA DISTRIBUTION DU VIH/SIDA

Dans une communauté composée de plusieurs ethnies ayant des origines diverses, on peut bien y retrouver un ensemble de pratiques culturelles et coutumières donnant naissance à des variables du système d'infection défini par Rose J M A. Diaobé, de part son dynamisme économique regroupe toutes ces variables allant des variables d'exposition à celles de la transmission en passant par celles de la contamination. Ces variables peuvent être d'ordre structurel quand elles sont conçues par le système social lui-même. Elles peuvent également être conjoncturelles lorsqu'elles sont survenues à cause d'une situation politique ou économique temporelle.

Après avoir fait la description du phénomène, le géographe de la santé doit s'adonner à trouver les causes ou facteurs qui de près ou de loin, de manière structurelle ou conjoncturelle expliquent ces disparités. Ces facteurs sont souvent liés à des comportements, attitudes et pratiques socioculturelles mais également liés à l'environnement socioéconomique où beigne l'individu.

L'analyse de ces facteurs nous permettra de répondre en partie à un de nos objectifs spécifiques, c'est-à-dire l'analyse des facteurs explicatifs des disparités.

1. Le niveau de connaissance autour du VIH :

Malgré toutes les interventions et activités menées dans la zone, il semblerait que le niveau de connaissance des populations sur le VIH demeure relativement faible. Cette insuffisance est parfois liée à l'inaccessibilité de certaines zones lors des campagnes de sensibilisation. Il s'agit d'abord d'accepter le VIH comme une donnée réelle, ensuite connaître ses modes de contamination et puis savoir leur statut sérologique pour éviter le risque.

1.1. De la perception des populations sur l'existence même de la maladie

La perception est une manière de voir ou de comprendre les choses avant de faire une lecture profonde. Ici elle est liée à un ensemble d'informations que les populations ont du VIH/sida. Ces informations relèvent souvent de la rumeur. Dans une causerie communautaire que nous avons effectué durant notre stage à Enda sur les causes du sida, une des intervenantes répond « *on peut contracter le sida par morsure de serpent ou par la piqure de moustique* ». Une autre femme déclare avoir vu une voisine atteinte du sida à cause d'une morsure de chien. Toutes ces réponses témoignent que malgré les efforts de sensibilisation des acteurs, il

reste encore des groupes complètement en déphasage avec la bonne information d'une part et d'autre part soulèvent le problème de l'inadaptation du système de communication mis en place. Lors de la réhabilitation de la RN6, nous avons mené une activité de sensibilisation sur le VIH/sida dans le cadre du partenariat entre USOLUX/corsan et Enda/santé. Nous avons découvert que beaucoup de personnes ignoraient encore le sida. Un des notables rencontré tente de justifier cette attitude des populations. Pour lui « *le concept sida n'est pas de nous et pour que le message soit perçu il faut trouver le concept local adapté et correspondant au sida* ».

Après des années de combat, il existe toujours des milieux où cette épidémie est considérée comme une histoire inventée. Le diagramme ci-dessous montre la répartition des réponses sur l'existence même de la maladie. Du point de vue quantitatif ce pourcentage peut paraître négligeable. Cependant il traduit une information qualitative très importante.

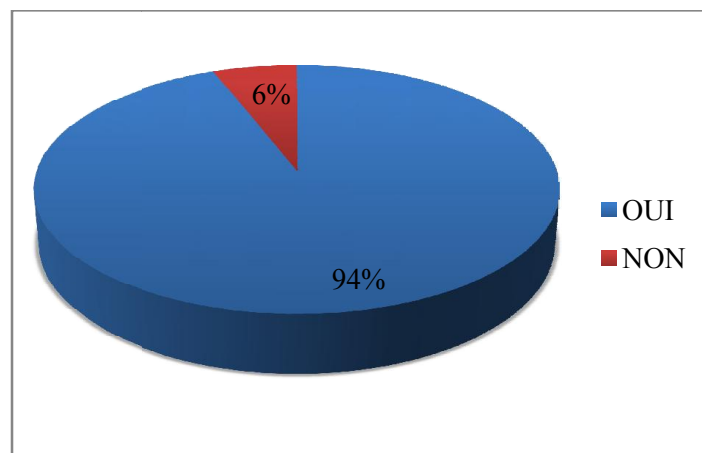


Figure8 : Diagramme circulaire de la répartition des réponses sur l'existence du sida
source : enquêtes 2016

6% des populations qui ne croient pas à l'existence du sida. C'est une valeur relative faible mais qui cache une information qualitative très importante. Il représente un pourcentage de la population sexuellement active qui n'utilise aucun moyen de protection. Ils sont donc vulnérables et exposent leur partenaires sexuels car ayant souvent des conduites à risque qu'ils ignorent.

1.2. De la faiblesse d'accès à l'information de qualité à la "séro-¹ignorance"

Le VIH/sida n'est pas une pathologie dont les symptômes sont observables dès les premiers jours. Le passage du stade de VIH au stade sida peut durer plusieurs années. On peut donc avoir des porteurs sains du virus. C'est-à-dire qui ont une apparence physique saine. Une maladie est, soit ressentie, observée et déclarée ou bien diagnostiquée. La particularité du VIH dans cette démarche est que c'est seul le dépistage peut nous permettre de le prouver. La question de la séro-ignorance est liée à un déficit d'accès à l'information et à la bonne information surtout. Dans l'exploitation de nos données sanitaires, nous avons ressorti deux cas de séro-ignorance. D'une part ceux qui acceptent de se faire dépister mais par la suite ne retirent pas leurs résultats et d'autres parts ceux qui n'éprouvent même pas le besoin de se faire dépister. Pour une période de plus de deux ans, seuls 225 personnes sur 26165 se sont fait dépister soit un taux de dépistage de 0.85%. Comme les séances de dépistage sont souvent faites lors des stratégies avancées (SA), ce faible taux peut s'expliquer par une discrimination de certaines zones difficiles d'accès à cause de la réticence des populations à répondre aux séances de dépistage. Après avoir interrogé sur la question, un des agents communautaires nous explique. Selon ce dernier, il y avait moins d'activités durant cette période car certains acteurs privés très impliqués auparavant s'étaient retirés par conséquent il y a eu une raréfaction des financements.

Les séro-ignorants, courent un risque double de contaminer s'ils étaient porteurs sans se rendre compte ensuite d'être contaminés par leurs partenaires sexuels car ne prennent souvent pas des mesures de prévention. D'un côté ou de l'autre ce groupe assure la contraction et la propagation du virus inconsciemment. Il rend ainsi de plus en plus difficile le combat de lutte contre le sida. A propos de la lutte, un responsable du bureau des ressources humaines du ministère de la santé en France disait : « *la volonté politique y est, les ressources sont disponibles mais le combat est très difficile* » (Rfi santé journée mondiale de la lutte contre le sida). La difficulté du combat est due au fait que le sida est une pandémie de comportements. « *C'est une épidémie de l'ombre* » disait notre directeur de stage. Le combat est encore plus difficile dans nos pays où, même si la volonté politique y est, les ressources font parfois défaut.

¹ Séro-ignorance : qui ignore leur statut sérologique parce que ne se font pas dépister ou ne récupèrent pas leurs résultats

2. Le faible niveau de connaissance des modes de transmission

Tout le processus évolutif du VIH au sida débute à la contamination. Dans le cadre de la communication et de la sensibilisation, l'appellation de maladie sexuellement transmissible détourne les opinions. Le sens commun a tendance à comprendre par là que le sida n'est transmis que par voie sexuelle. Ce qui n'est pas le cas. Même si celle-ci est la plus connue, les modes de transmission sont principalement trois à savoir la voie sexuelle (toutes les formes de sexualité : homosexualité, hétérosexualité etc.), la voie sanguine qui est celle du contact avec le sang d'une personne déjà infectée par le biais des objets tranchants que nous utilisons ou par blessure et enfin la voie verticale. C'est la dernière découverte dans ce sens. Il s'est avéré que pour les femmes enceintes, il est possible de transmettre le virus à son enfant si la mère en question est porteuse. Le programme de la transmission mère-enfant appelé (PTME) est né de là. Il consiste dorénavant de tester toutes les femmes enceintes durant les consultations prénatales (CPN).

Le diagramme9 montre la variation des réponses à la question de leur connaissance des différentes modes de transmission

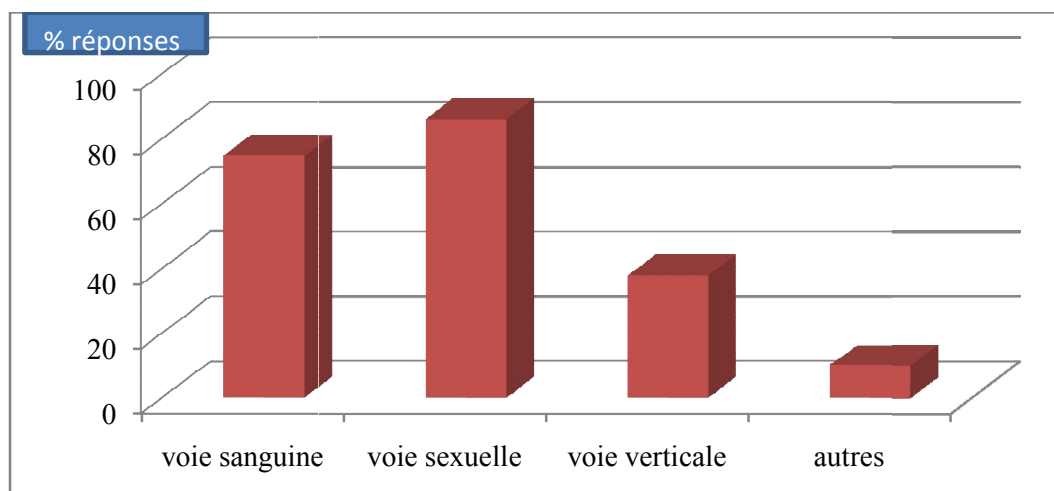


Figure9 :Répartition des réponses des populations sur les modes de transmission

source : enquêtes de terrain 2016

Le diagramme traduit une réalité dans la lutte contre le sida. En matière de communication et de prévention la voie sexuelle et la voie sanguine sont plus exposées. La majorité ignore le troisième mode de transmission. Pourtant un des relais avec lesquels nous nous sommes entretenus a évoqué la question du programme de transmission mère-enfant (PTME). C'est un

programme qui consiste à faire un dépistage systématique lors des consultations prénatales. Les autorités sanitaires profitent de cette occasion pour sensibiliser cette couche sociale.

II. Les facteurs socioculturels

Les facteurs socioculturels constituent un élément important dans l'explication des disparités de la répartition du VIH dans la zone de Diaobé. Ces facteurs tournent autour d'un ensemble de comportements, attitudes et pratiques qui exposent les sujets au risque de contraction du virus. Les principaux éléments que nous avons décelés sont la polygamie, le sororat² et l'évirat³ et enfin les pratiques anciennes telles que l'excision.

2.1 . Polygamie et féminisation du VIH :

2.1.1. La polygamie

Dans notre questionnaire, nous avons tenu compte de certains nombres de pratiques et habitudes culturelles qui sont des facteurs d'exposition au VIH. Il s'agit de l'excision, de la polygamie et du l'évirat ou sororat. La répartition de ces trois facteurs montre une inégalité parfaite. Selon les perceptions des populations, la polygamie est le premier facteur de causes de transmission du VIH avec 60% des réponses. L'explication d'un tel comportement peut paraître justifier en première vue. La répartition des cas positifs au VIH donnent plus de 80% du total des couples monogames et polygames dont les 60% reviennent aux couples monogames. Plusieurs raisons peuvent expliquer cette situation. Dans le foyer conjugal polygame, la maîtrise des comportements sexuels des partenaires pose problème et par conséquent peut influencer sur le risque de contamination au VIH. Dès qu'un des conjoints ou conjointes est infectée, ses partenaires sont dans le risque d'exposition. En plus dans le cadre de la vie conjugal la sexualité n'est pas que plaisir. L'intérêt de faire des enfants y est. Ainsi le recours à des moyens de protection n'est pas souvent le cas. Enfin au delà du cercle familial, la fidélité et la bonne communication entre conjoints détermine beaucoup leur protection au virus. Dans notre questionnaire, plus de 80% des réponses obtenues indexent l'infidélité et le multi partenariat comme étant des facteurs de contamination au VIH. Lors d'un entretien semi-direct, une des personnes interrogées nous dira que : *« malheureusement le phénomène de l'adultère est une réalité dans le milieu, certaines personnes prétendent fréquenter le marché alors qu'elles viennent faire des rencontres sexuelles avec d'autres*

²Sororat : le fait d'hériter le mari de la sœur défunte ;

³ Lévirat : le fait d'hériter la femme du frère défunt

*hommes géographiquement célibataires*⁴ ». Cependant la polygamie à elle seule n'explique pas de manière objective ce comportement. Certes elle est un élément des variables mais doit être abordée avec nuance. Elle a besoin de la conjugaison d'autres facteurs intervenant dans le système de contamination tels que l'infidélité, le manque de protection lors des rapports sexuels etc.

2.1.2. De la question genre à la féminisation du VIH/sida

Le graphique de la répartition a montré une forte disparité entre le taux des femmes et celui des hommes. Les relevés des registres de données montrent que les femmes se sont fait plus dépister durant cette période. Certains éléments entre dans l'explication d'une telle situation. Dans toutes les activités de mobilisation sociale et causeries que nous avons assisté, elles répondaient plus présent. Cela traduit un certain privilège accordé aux femmes dans l'approche même de sensibilisation et de communication. Par conséquent elles sont plus outillées en informations que les hommes par rapport à la question du sida. La féminisation du VIH ne relève pas donc d'un manque d'informations chez les femmes mais plutôt une domination des hommes en matière de sexualité.

Pour un taux de prévalence de 0.34, les femmes occupent les 0.25 contre 0.09 pour les hommes. Soit un peu moins le triple. Plusieurs raisons peuvent expliquer une telle tendance. Du point de vue économique, les femmes sont rendues vulnérables par les activités commerciales informelles (étalage clandestins, marchandes ambulantes gargote de restauration). Certaines parmi elles passent trois jours sur sept au louma le temps d'écouler leurs produits. C'est également une période pour vivre des aventures amoureuses avec d'autres hommes généralement peu connus

2.2. Les mutilations génitales féminines ou excision

Après la polygamie vient l'excision qui occupe 25% des réponses à la question des comportements à risque du VIH. Cette vieille pratique est une réalité dans le fouladou. 25% des ménages enquêtés sont favorables à cette pratique. Il faut rappeler que c'est une pratique qui a une connotation d'abord religieuse mais également culturelles et coutumière. Malgré l'effort des services de santé publique et des partenaires dans le cadre de la sensibilisation, les populations la pratiquent toujours sous d'autres formes : migration⁵ et clandestinité⁶ ou à la

⁴Personne qui vit en dehors du foyer conjugal ou en concubinage ailleurs

⁵ Amener l'enfant chez d'autres parents pour l'exciser

⁶ Faire exciser l'enfant discrètement

source⁷. L'excision en question n'est pas forcément une cause mais la manière et les objets tranchants utilisés peuvent constituer des facteurs de risque à la contamination et à la propagation. En effet, généralement on utilise un seul couteau ou lame pour toute une promotion à exciser. Ce couteau une fois utilisé est rincé d'une manière peu hygiénique et gardé pour les prochaines promotions. C'est-à-dire qu'il a une valeur culturelle très forte car il doit être transmis suivant les descendance de la famille. « Il n'est pas à la portée de n'importe qui » nous dit un vieille interrogée sur la question. Le danger d'une telle pratique est toutefois qu'il arrive qu'un des candidats à l'excision soit infecté, le risque de contamination devient plus probable. C'était le combat du projet VIMOS piloté par Enda santé en 2015. L'objectif était de sensibiliser les populations (surtout les parents) sur le danger d'une telle pratique. Le responsable d'Enda santé dira lors d'une causerie communautaire dans un quartier : « *C'est nullement pas pour remettre en cause notre coutume, mais il s'agit d'une réalité scientifique* »



Photo1 : Causerie communautaire sur les mutilations génitales féminines (MGF) à Vélingara du projet VIMOS source : cliché Ousmane baldé 2014

2.3. Le sororat et le lévirat

En effet le lévirat/sororat est une vieille pratique largement encrée dans la tradition au fouladou. Diaobé ne fait pas exception à cette règle. Ce que révèle l'enquête avec 13% des ménages qui pensent que cette pratique est un facteur au VIH/sida. Même s'il semble très difficile d'en rompre avec aujourd'hui, un des responsable d'Enda montrait qu'elle affecte beaucoup de famille victime du VIH dans la clandestinité. Souvent les conjoints ne prennent pas la précaution de faire le dépistage avant d'hériter. En cas de sérologie positive, le conjoint

⁷ Exciser la fille dès sa naissance

ou la conjointe éprouve des difficultés de communiquer le résultat. Ainsi l'héritière ou l'héritier est exposé au risque. Le pire arrive dans les ménages polygames ou chez les couples infidèles.

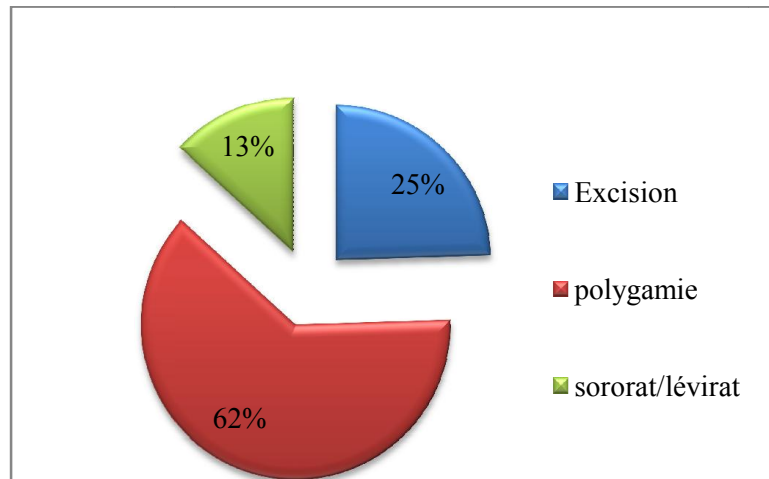


Figure10 : Répartition des réponses sur les pratiques facteurs de contamination du virus
source : enquêtes de terrain 2016

III. Les facteurs socioéconomiques

Les facteurs socioéconomiques sont des variables qui se mesurent sur un certains nombre d'indices tels que le niveau de scolarité, le revenu journalier ou mensuel etc. Chercher donc les facteurs socioéconomiques revient donc à faire une analyse sur ces variables.

3.1. De la pauvreté des ménages au libertinage des enfants

Le niveau de pauvreté est une question transversale. Elle intervient sur toutes les autres variables. Il faut dire que même si Diaobé est réputé pour son dynamisme économique. Le diagramme ci-après (figure11) nous montre ici que sur 150 ménages enquêtés, plus de 50% gagnent moins de 80000^f. Un peu plus de 35% des ménages gagnent mensuellement une somme comprise entre 80000 et 160000^f. Seuls quelques ménages environ 15% seulement ont un revenu supérieur à 160000^f. Alors que la moyenne de la taille des ménages est environ 11 individus. Cet indicateur montre que le niveau de pauvreté y est encore.

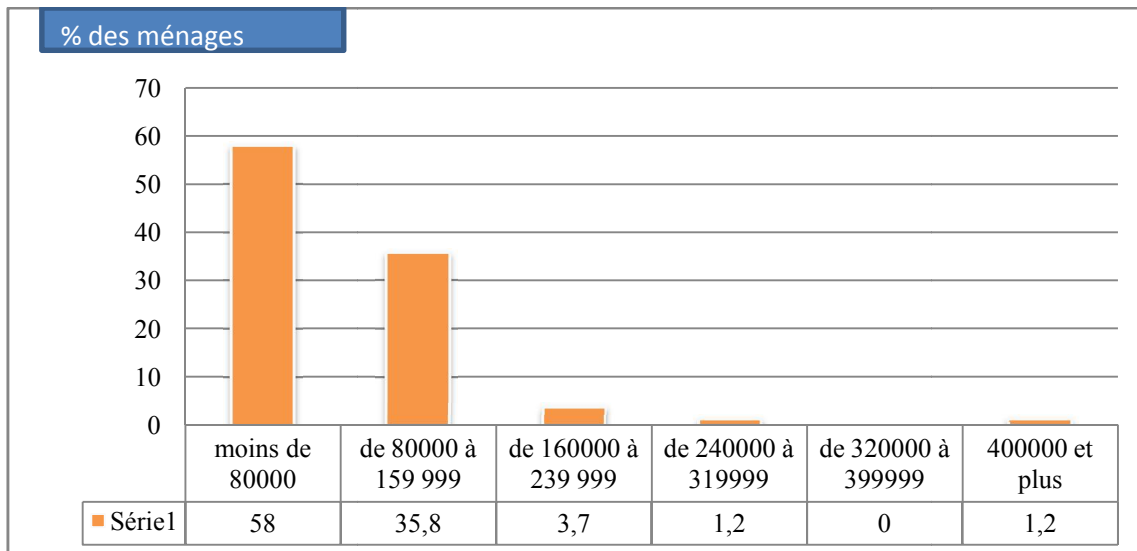


Figure11 : Diagramme des revenus mensuels des ménages enquêtés source : enquêtes de terrain 2016

Dans la figure5, 10 cas de morbidité sont des jeunes de moins de quinze ans (-15ans) dont 9 sont des filles. Dans le marché de Diaobé, on rencontre plein de filles de la veille au lendemain du louma. Ces filles s'adonnent à des activités commerciales peu rentables et fastidieuses (vente de jus de bissap, nanas, et autres produits maraîchers). C'est des filles, à cause de leur jeune âge cèdent facilement à la tentation des garçons pour des raisons financières. Elles sont donc économiquement vulnérables à cause d'une obligation de satisfaire leurs besoins.

3.2. Le niveau d'instruction

Après la variable revenue, celle de l'éducation est aussi une donnée socioéconomique explicative. Le niveau d'instruction des populations influe sur leur capacité à accéder et comprendre l'information. La figure12 traduit la répartition des réponses sur le niveau d'instruction des enquêtées. Après une forte représentation des analphabètes (plus de 30%) et de ceux qui ont fréquenté l'école coranique (plus de 35%), on remarque une baisse du taux d'instruction allant de l'élémentaire au supérieur.

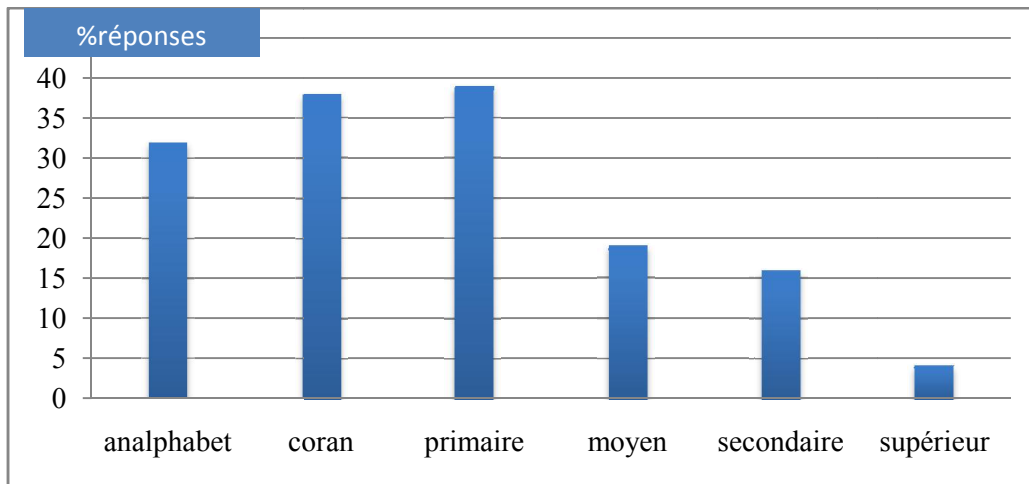


Figure 12: diagramme en barres des réponses obtenues sur le niveau d'instruction source :
enquêtes de terrain 2016

Les résultats d'enquêtes ont montré que généralement les personnes enquêtées n'ayant fréquenté que l'école coranique ou n'ont pas dépassé le stade primaire ignorent le troisième mode de transmission alors que ceux qui ont atteint le supérieur maîtrisent parfaitement tous les modes de transmission.

Conclusion partielle

L'exploitation des données des registres sanitaires sur la période de 2015 à 2016 a montré un faible taux de dépistage justifié par la réduction des séances de stratégies avancées. L'utilisation d'un certain nombre de variables telles que le sexe, l'âge, le statut matrimonial et la situation professionnelle dans l'exploitation ont permis de trouver plusieurs formes de disparités dans la distribution du VIH. Le constat ressorti est la forte féminisation du VIH à Diaobé avec 0,24% sur les 0,32% au total. La variable matrimoniale a également montré un taux d'infection plus accentué dans les couples stables avant les autres statuts.

L'analyse des données officielles et les résultats de notre enquête ont montré plusieurs éléments explicatifs. Dans le traitement nous avons principalement trois rubriques. Il ya eu d'abord les facteurs d'ordre cognitifs c'est-à-dire relevant du niveau d'information et de connaissance sur le VIH/sida. Ensuite nous avons obtenu les facteurs socioculturels. Ce sont tous les éléments explicatifs liés aux attitudes, comportements et pratiques sociétales comprises dans le cercle des variables du VIH/sida. Enfin nous avons cherché les aspects d'ordre économique qui de manière directe ou indirecte déterminent les conduites des populations face au sida.

	TROISIEME PARTIE : LES STRATEGIES DE LUTTE CONTRE LE VIH

Introduction

« Aider les populations à combattre une maladie comme le sida suppose que celle-ci soit acceptée par les populations d'abord » (Diambang Enda).

Face à la problématique du sida, l'Etat du Sénégal a élaboré des politiques d'intervention pour combattre la maladie. Ces politiques vont de l'élaboration de plan d'action à la concrétisation des actions de terrain. Ainsi il existe une politique sectorielle de santé pour le VIH qui est pilotée par des acteurs publics comme privés. Ces actions sont de nature préventive mais aussi curative.

CHAPITRE I : LA POLITIQUE DE SANTE GLOBALE

Comme tous les autres secteurs, la politique de santé est définie par le gouvernement sous le contrôle de son chef c'est-à-dire le premier ministre. La lutte contre le sida s'inscrit également dans cette logique. Elle est organisée en différents maillons décentralisés suivant les échelles hiérarchiques. Ces pouvoirs décentralisés suivent le canevas de la politique de santé définie au niveau global. A chaque niveau il existe un organe chargé de veiller et de faire appliquer cette politique.

I. Le niveau national

Après la politique gouvernementale qui est le sommet de la pyramide, le niveau national a un organe chargé de l'orientation et du contrôle des activités de santé publique. Il s'agit du conseil national de lutte contre le sida (CNLS). Il est dirigé par un chargé de programme qui est en quelque sorte le bras droit du premier ministre. Le CNLS supervise toutes les autres activités qui se font au niveau national par la collaboration des instances hiérarchiques décentralisées (entretien avec M. Diambang Enda).

II. Le niveau régional

Le niveau régional est les deuxièmes étapes partant du sommet de la pyramide sanitaire. Toutes ses initiatives en matière de santé publique sont inspirées de la politique de santé globale. Elle est sous la responsabilité du gouverneur. Celui-ci est la personne morale représentant l'Etat dans la région. Et c'est à lui qu'on rend comptes les bilans lors des rencontres trimestrielle, semestrielles ou bien annuelles. Son organe exécutif est le conseil régional de lutte contre le sida (CRLS). Il est dirigé par un chargé de programme qui joue le rôle de coordination pour la mise en œuvre des politiques de santé. C'est à ce niveau que

commencent les activités opérationnelles. Le médecin chef de région (MCR) en collaboration avec son chargé de programme veille à l'application de cette politique. Nous trouvons à ce stade un autre groupe composé uniquement de techniciens de santé. Ensemble ils forment le comité technique restreint (CTR). La coordination régionale est aussi à son tour soutenu par un organe départemental dont il est le supérieur hiérarchique (entretien avec M. Diambang Enda).

III. Le niveau départemental

Au niveau du département l'autorité administrative représentant l'Etat est le préfet. Même s'il n'est pas un agent de santé, il joue le rôle de personne moral de l'Etat. Son agent technique est le médecin chef de district (MCD). C'est à lui de coordonner toutes les activités préventives et curatives qui se déroulent dans sa circonscription administrative. Dans cette échelle nous trouvons des pools sida qui s'occupent de la question du VIH/sida sous la supervision de leur supérieur administratif à savoir le MCD.

IV. Le niveau poste et case de santé

Les postes et cases de santé se trouvent souvent au niveau communal ou villageois. En effet c'est la base de la pyramide en matière de santé publique mais nullement pas la moindre car elle constitue le premier recours de soins des populations locales. C'est lorsqu'elle atteint sa limite d'action que les patients sont orientés vers des structures supérieurs. L'infirmier chef de poste est celui qui est chargé de faire appliquer les mesures prises depuis le sommet même s'il est en contact régulier avec son supérieur direct c'est-à-dire le MCD. La particularité du poste de santé de Diaobé est qu'il polarise un espace géographique assez important. En dehors des nombreux villages satellites, le poste est fréquenté par des étrangers venus des pays limitrophes du Sénégal ou même de la sous région. C'est ce qui lui confère l'appellation de pole de recours de soins frontalier par DIONEI. (2013). Le poste de santé en partenariat avec les acteurs privés joue un rôle incontournable. Dans la lutte contre le VIH/sida (entretien avec M. Diambang Enda).

CHAPITRE II : LE ROLE DES ONG ET DE LA SOCIETE CIVILE

Dans le cadre du partenariat public-privé, les organisations non gouvernementales jouent un rôle incontournable dans le développement des nations. Elles interviennent dans tous les secteurs socio économiques. La commune de Diaobé est présentée souvent comme une zone à risque parce que regroupant toutes les variables de risque de contraction du VIH. Elle bénéficie de l'intervention de plusieurs ONG. A travers un paquet de service offert, elles viennent en aide les populations par le biais de la prévention et du traitement des personnes séropositives. Tout cela se fait en parfaite collaboration avec les organisations communautaires de base.

I. Les stratégies préventives

Dans ce paquet de service, une des composants phares est la prévention. Les ONG mènent un ensemble d'activités préventives telles que le dépistage volontaire, les causeries communautaires, les stratégies avancées (SA) et la distribution des préservatifs. Retenons que toutes ces activités se font en collaborations avec les populations locales et le poste de santé.

1.1. Les centres de dépistage volontaire et conseil adolescents

Les centres de dépistage volontaires sont des locaux aménagés par les acteurs pour recevoir les populations désirant se faire dépister. En effet les agents de santé ont fait la remarque certaines personnes pour des raisons de discrétion ne veulent pas faire le dépistage lors des stratégies avancées (SA). Ainsi ces endroits leurs permettent de faire le dépistage et retirer leurs résultats discrètement. Leur avantage est d'encourager les populations et hausser le taux de dépistage(Diambang Enda).

Les centres de conseil adolescents (centre ADO) jouent également un grand rôle dans la prévention. Leur cible est la jeunesse. Un des pairs éducateurs que nous avons rencontrés dans une causerie communautaire à médina chérif disait : *« la jeunesse est la cible à protéger. C'est la tranche d'âge la plus exposée du fait de leur mentalitésurtout chez les filles qui cèdent trop souvent à la tentation des garçons »*.

1.2. Causeries communautaires et campagne de masse

Les causeries communautaires sont une initiative locale. Elles sont animées par les relais de santé. Il s'agit de mobiliser des populations de différents âges, de sexes, d'activités socioprofessionnelles et d'appartenance ethnique à discuter sur un sujet par rapport à un

problème de santé quelconque. Pour le cas spécifique du VIH/sida, les cibles de ces causeries sont recherchées parmi les couches les plus vulnérables à savoir les jeunes filles adolescentes et les femmes en âge de reproduction (FAR), les travailleuses de sexe (TS). A ce sujet, les responsables des ONG ont réussi le pari de la mobilisation. En effet ils décaissent pour chaque activité une somme pour le bénévole (ou paire) qui est chargé de la mobilisation. C'est à ce dernier de trouver une petite goutée pour motiver la présence des cibles. Lors de la séance, le paire éducateur souhaite la bienvenue aux responsables et introduit le thème. Un temps maximum est laissé à la prise de parole par les populations. A la fin le responsable fait la synthèse, apporte des informations supplémentaires. C'est une technique très pertinente parce que le paire éducateur est du milieu et c'est quelqu'un de très écouté. En plus le temps nécessaire est laissé à l'assemblée pour que chacun donnent ses opinions.

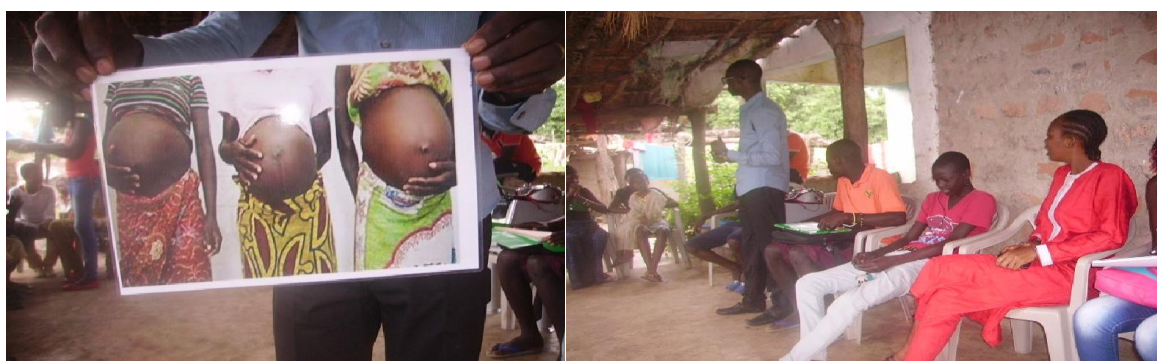


Photo2 :Séances de causerie animée par un relais communautaire à Diaobél Source :cliché Baldé,2014



Photo3 : Installation de distributeurs de préservatifs lors de la réhabilitation de la RN6
Source : cliché Baldé, 2016

II. Les stratégies curatives

Les stratégies curatives sont précédées par celles préventives. C'est en quelque l'échec de la prévention qui conduit traitement. Elles consistent à un ensemble d'actions pour lutter contre la maladie. Il s'agit pour les acteurs d'offrir aux personnes diagnostiquées positives un paquet de service de traitement. Dans le cadre de la lutte contre le sida à Diaobé les interventions se rangent en deux étapes : d'abord il y a la prise en charge psychosociale et ensuite la prise en charge médicale.

2.1.La prise en charge psychosociale ou suivi

Le traitement du VIH n'est pas seulement que biologique. Pour une pathologie comme le sida, les personnes affectées se voient dans la fatalité pensant que la guérison est quasiment impossible, quelque soit la durée du traitement. Ce sentiment de désespoir affecte l'individu et le met dans une situation d'isolement et de rejet aussi bien dans son environnement proche que celui de l'extérieur. C'est à ce niveau que la surveillance est très compliquée car après avoir su leur sérologie certaines personnes choisissent de changer de milieu pour éviter la stigmatisation. Ces perdues de vue, (PV) comme on les appelle, constituent un risque de contamination et de diffusion de la maladie. Leur prise en charge consiste à les fréquenter régulièrement et les sensibiliser d'avantage. C'est à ce stade que le rôle des relais communautaires est loué. En les garantissant la discrétion et le secret absolu, les relais les assistent socialement et psychologiquement. Il faut noter que c'est un travail difficile pour les relais et de manière générale pour tout le personnel soignant. En réalité, toutes les personnes séropositives identifiées ne sont pas forcément de la localité. Certaines sont des étrangères évoluant dans des activités commerciales. Il est donc très facile pour ces individus de changer d'environnement. D'autres sont des professionnelles de sexe clandestines. Celles-ci sont très mobiles. Leur mobilité dépend des activités politiques et économiques créant une affluence de personnes et favorisant des comportements sexuels du genre.

2.2.La prise en charge médicale

Après les méthodes préventives telles que les sensibilisations par causeries et campagne de masse, les émissions dans les organes de presse etc., la prise en charge médicale est la deuxième phase. En effet lorsqu'un individu est diagnostiqué positif, elle devient une personne sous surveillance. La surveillance se fait par un suivi régulier du malade. Le centre de santé en collaboration avec les partenaires met à la disposition des chargés du suivi des

comprimés antirétroviraux (ARV). Ces médicaments ne guérissent pas le VIH/ sida mais peuvent inhiber l'action du virus. Ainsi tant que le malade est sous traitement ARV il peut être porteur sans tomber malade. Cependant il faut noter que c'est un exercice très difficile. En effet le poste de Diaobé est un pôle de recours de soins de santé frontalier (Dione 2013). Il arrive que des personnes étrangères se fassent dépister. Et lorsque leur résultat est séropositif, elles disparaissent le plus souvent ou abandonnent le traitement. Comme le personnel n'a pas souvent d'eux une identité fixe, a du mal à les suivre comme il se doit. Pour le cas des populations locales, c'est le souci de la stigmatisation qui fait qu'une fois diagnostiquées positives, elles disparaissent et classées parmi les perdus de vue (PV).



Photo4 : réception de matériel médical dans les locaux d'Enda/santé source : cliché Baldé, 2016

2.3. De la reconversion socio professionnelle à l'autonomisation

Après entretien avec les personnes diagnostiquées positives, les ONG découvrent que ce sont des personnes qui ont vécu des situations de vulnérabilité qui les conduisent à s'aventurer vers des comportements et attitudes à risque. Et le plus souvent cette vulnérabilité est d'ordre financière. Pour leur apporter soutien, les ONG cherchent à les insérer dans d'autres activités socio professionnelles ou les assister par un appui ponctuel leur permettant de financer ou de mener des activités génératrices de revenu (AGR) telles que le commerce, le maraichage etc. pour gagner leur vie. Cette reconversion a permis beaucoup de PVVIH à améliorer leurs revenus et par conséquent être autonomes. Selon M. Diallo, une des personnes ressources : *« quelques temps après leur avoir offert une activité de revenu, certaines parmi les professionnelles ou travailleuses de sexes (TS) clandestines reviennent pour des remerciements mais également des aveux de regrets d'avoir intégré ce métier ».*

2.4. La lutte contre la stigmatisation et la protection juridique

Quand on sait dans nos sociétés qu'une personne malade du sida est perçue comme une personne maléfique, on comprendra pourquoi le plus souvent après avoir découvert leur sérologie positive certaines personnes fuient leur environnement proche de peur d'être stigmatisées. Les OGN apportent un soutien en faisant des plaidoyers au près des instances juridiques pour leur protection et leur sécurité. Pour ne pas être marginalisées socialement et juridiquement, ces OGN représentent leurs avocats en plaidant pour la création de textes allant dans le sens de les protéger. Une des TS que nous avons rencontrées nous a dit que *« certains clients passagers ont tendance à abuser de notre statut pour faire tout ce qu'ils veulent de nous et ensuite ils ne veulent même pas payer régulièrement la somme due »*. Vers la fin de notre entretien très discret, elle dira *« c'est parce que beaucoup parmi eux pensent que nous sommes toutes des clandestines alors certaines parmi nous ont des papiers légaux donc c'est possible de poursuivre nos clients en justice en cas de différend financier »*. Ce témoignage nous a été confirmé lorsqu'un guide nous a conduit discrètement dans une des maisons close, lieu de rencontre clandestine. Arrivé sur les lieux on tombe sur une dispute houleuse. Comme des espions nous avons tenu à rencontrer la fille après la sortie du client. Interrogée la fille nous dit que le monsieur refusait de payer l'entièreté de la somme. Tout cela montre que ces groupes sont vulnérables. L'idée de les défendre juridiquement relève d'une certaine nécessité. La question de la protection juridique a déjà animé les réflexions à l'assemblée. Des réflexions qui ont conduit à la création du comité interne sida. Même si selon **Jérôme Bougazelli** (2005), il existe des ambiguïtés dans les textes régissant la prostitution au Sénégal. Pour lui ces textes sont anciens et ne sont plus en phase avec nos sociétés. Il évoque la nécessité d'analyser leur pertinence pour une meilleure réponse au VIH

Conclusion partielle

La pyramide sanitaire est l'organisation territoriale des différentes structures de santé. Chaque échelle administrative correspond à une instance chargée de veiller et d'appliquer les politiques de santé définies par l'Etat. La lutte contre le sida est aussi dans cette logique de décentralisation. A l'échelle nationale nous avons le conseil national de lutte contre le sida (CNLS) qui est chargé d'élaborer et de superviser la mise en œuvre des politiques de santé. Au niveau régional, c'est le comité de lutte contre le sida (CRLS) qui assure le relais sous le contrôle du médecin chef de région (MCR). Le comité départemental de lutte contre le sida

(CDLS) coordonne les activités dans les départements en collaboration avec les différentes postes de santé.

Le stage à Enda/santé, les guides d'entretien et les rencontres et discussions avec des personnes ressources nous ont montré que malgré les obstacles qui existent dans la lutte contre le sida, il ya plusieurs stratégies adaptées pour vaincre la pandémie. Ces stratégies sont d'ordre préventif et curatif. La prévention regroupe toutes les activités liées à la sensibilisation et à la communication. Les stratégies curatives regroupent elles, tout un paquet de service commençant par l'orientation et le suivi des cas séropositifs, La prise en charge psychosociale et médicale avec les ARV mais leur protection juridique contre toute intension de stigmatisation.

Limites de la recherche

Comme tout travail de recherche, les difficultés ne manquent pas. Cependant les objectifs aux quels nous nous sommes fixés et l'intérêt de l'étude nous encouragent de venir à bout des obstacles. Dans notre étude de manière particulière, nous avons rencontré principalement deux obstacles majeurs. Le premier fut l'administration du questionnaire aux ménages. En effet certaines questions n'étaient pas un sujet de débat facile avec les populations souvent réticentes et ce, malgré tout l'anonymat et la discrétion des réponses que nous leur avons garanti. Toutes les questions qui tournent autour de leur sensibilité nous ont été difficiles. C'est grâce à l'aide des relais communautaires que nous sommes parvenus à l'information recherchée. Le deuxième et certainement le plus important fut l'accès aux données. Une des personnes ressources que nous avons rencontrées nous disait : « *le code déontologique de la santé interdit de livrer les données à n'importe qui* ». Pour le cas spécifique de notre étude sur le VIH/sida, c'était encore plus difficile. Selon une autre personne ressources rencontrée, « *certaines informations sur le VIH ne doivent pas être connues du grand public* ». Ces informations tournent autour de l'appartenance ethnique et géographique (quartier) des personnes séropositives. Ce sont des critères bien disponibles mais jugées trop stigmatisant et par contre ne doivent pas être publiées. A un certain moment nous avons interrompu la rédaction faute de données. C'est une des étapes qui nous a pris le plus de temps. Par la suite de fortes négociations, nous avons obtenu que les critères genre, sexe, statut matrimonial et professionnel. L'absence des critères ethniques et appartenance quartier surtout a conduit au manque de spatialisation du phénomène qui est une dimension fondamentale du géographe.

	CONCLUSION GENERALE

Notre étude n'est pas la première et certainement pas la dernière sur le VIH. Mais dans la recherche scientifique, chaque chercheur se fixe des objectifs sur un espace géographique délimité ayant des éléments de contexte qui motivent son choix. Ces objectifs sont ainsi étudiés de manière séquentielle à travers des vérités intuitives appelées hypothèses. Cette vérification se fait dans un cadre méthodologique bien déterminé. Pour notre étude, l'objectif était de faire une étude géographique du VIH/sida à Diaobé. Par étude géographique, nous entendons là une analyse des disparités de la distribution de la maladie, puis chercher les éléments explicatifs de cette distribution et éventuellement les différentes stratégies mise en place par les acteurs pour lutter contre le phénomène. Ainsi l'hypothèse principale qui a conduit cette étude est qu'il existe des disparités de la distribution du VIH/sida à Diaobé. Comme l'objectif principal, cette hypothèse a été vérifiée par séquences logiquement par rapport aux objectifs spécifiques. Il fallait donc vérifier la distribution du VIH, ensuite chercher les facteurs explicatifs avant de terminer par les différentes stratégies de lutte.

La vérification de toutes ces hypothèses s'est faite par un travail de terrain à différentes phases. D'abord nous avons tenu à faire une visite exploratoire qui nous a permis de valider le choix du sujet. Ensuite il s'est suivi de la prés-enquête d'une vingtaine d'exemplaires. Cette phase test a permis de réadapter le questionnaire. L'enquête proprement dite est composée des guides d'entretiens au près de quelques personnes ressources et du questionnaire ménages.

L'exploitation des données de registre sanitaire et l'analyse des résultats d'enquêtes nous ont conduits aux résultats confirmant nos hypothèses. Du point de vue descriptif, une grande disparité est sortie entre les variables ou critères retenus. Sur le plan genre, on remarque une forte féminisation du VIH avec plus des deux tiers des cas séropositifs sur la période 2015-2016. La tenu en compte du critère âge a montré que la tranche d'âge 25-49 ans est la plus touchée. Pour le cas du statut matrimonial les personnes en couple ont enregistré plus de 80% des séropositifs. Notons que dans ce groupe, les 60% concernent le régime monogamique. En ce qui concerne le statut socioprofessionnel, les résultats ont montré que les cultivateurs et les ménagères étaient les plus affectés par cette pandémie sida à Diaobé.

Pour expliquer toutes ces disparités, nous avons fait recours aux résultats d'enquêtes mais également aux guides d'entretien et autres discussions avec des personnes ressources du milieu. Nous avons classé ces éléments explicatifs en trois rubriques. D'abord nous avons les facteurs relevant du niveau de connaissance des populations sur le VIH/sida, ensuite les facteurs socioculturels et enfin les facteurs d'ordre socioéconomiques. Ainsi la perception et

les fausses croyances, le faible niveau de connaissance sur certains modes de transmission de contamination (surtout la voie verticale), les pratiques sociétales, telles que la polygamie, l'excision, le lévirat/sororat, la pauvreté, le niveau d'éducation assez faibles, sont les principaux facteurs de vulnérabilité et d'exposition au VIH.

Cependant nous ne nions pas le fait que Diaobé de par sa position géographique et de son rythme économique a un contexte très favorable au VIH. Mais l'expérience du stage et les discussions avec des personnes ressources autour de la question ont permis de faire la différence entre les perceptions communes et la réalité sur le terrain. Le médecin chef de région (MCR) disait à ces propos : *« il faut prendre beaucoup de recul en parlant de la question de VIH sida dans la région. Il est important de faire la distinction entre le taux de prévalence dans la région et celui de la région car, beaucoup de personnes, sous couvert d'une activité commerciale, se font dépistés en cachant leur origine. Une fois diagnostiquées positives, elles disparaissent vers d'autres horizons »*. Cette intervention du MCR montre toute la difficulté qui existe dans la lutte contre le VIH/sida. Le sida est une maladie comportementale. Comme les comportements changent dans le temps et dans l'espace, le contexte du sida change aussi. La question qui interpelle les différents acteurs aujourd'hui c'est quelles stratégies faut-il pour guérir le mal à la source ?

RECOMMANDATIONS

Après avoir fait une analyse des différentes stratégies municipales comme locales, collectives comme individuelles, nous jugeons nécessaire de faire des propositions de lutte allant dans le sens d'améliorer les interventions des acteurs. Nous rangeons ces recommandations en trois parties suivant les acteurs. En premier la municipalité ensuite les acteurs publics et privés chargés de la mise en œuvre des politiques et enfin les populations locales qui ont également des initiatives de lutte.

➤ Les recommandations pour la municipalité

La municipalité à travers sa commission de santé apporte un soutien financier ou matériel au poste de santé. Tout dépend de la nature du besoin exprimé par l'ICP et son équipe. Etant donné que les moyens de mobilisation sociale pour les campagnes de masse sont parfois coûteux, il serait important de mettre à la disposition du poste son propre matériel tel que le matériel sonore. Ensuite la prise en charge des PVVIH n'est pas chose facile. Elle demande

beaucoup de moyens financiers. En effet les médicaments anti rétroviraux ne sont pas souvent financièrement accessibles aux malades. Il est donc urgent pour la municipalité de mobiliser plus de moyens financiers malgré l'appui des partenaires. Enfin le personnel chargé de la surveillance et du suivi devrait être équipé en moyen de déplacement. En réalité dès qu'une personne est diagnostiquée positive, elle a tendance à vouloir changer d'environnement. C'est à ce niveau qu'elle a besoin d'une assistance et d'un accompagnement psychosocial régulier. C'est un travail qui nécessite des moyens de déplacement (moto par exemple) et de communication (téléphone) efficaces.

➤ Les recommandations pour les agents de santé

Les agents de santé jouent un rôle double dans la lutte contre le sida. Certains parmi eux sont dans le préventif tandis que d'autres sont dans le curatif même si ces derniers peuvent également intervenir dans le préventif. Dans cette multiplicité d'acteurs, il arrive malheureusement que les uns et les autres soient divisés pour des intérêts personnels alors que la cause est commune. Il est donc important pour tous d'agir en synergie pour réussir le combat. Pour certaines maladies comme le sida le recours au curatif est une conséquence de l'échec du préventif. Alors pour plus d'efficience, il serait plus urgent de renforcer les moyens matériels et humains pour la sensibilisation. Pour un milieu comme Diaobé où toutes les variables du risque de contamination sont présentes, il serait intéressant de mener des études pour détecter les couches les plus vulnérables du moment afin de les prendre comme cibles à sensibiliser. C'est à ce niveau qu'il faut coopérer avec les chercheurs en mettant à leur disposition les données et la bonne information dont ils ont besoins. Diaobé a la particularité de vivre au rythme de son louma qui dépend des activités socioéconomiques. A ce niveau le poste de santé en collaboration avec les partenaires doit donc cibler les périodes d'intenses activités pour mener des séances de sensibilisation et de dépistage.

Les autorités doivent aussi multiplier les centres de surveillance sentinelle Car, jusque là le taux de dépistage reste faible. Cela veut dire que la grande majorité de la population générale ignore son statut sérologique.

➤ Les recommandations pour les populations locales

Les populations locales sont au centre de cette étude car elles assurent à la fois la contamination et la dissémination du VIH dans leur environnement proche mais également ailleurs par le biais de leur mobilité et de leurs pratiques à risque. Comme tel, elles doivent

aussi être au centre du dispositif de lutte. Même s'il s'avère difficile de rompre avec des attitudes et comportements ancrés dans leur mode de vie et leurs cultures, la communication doit être renforcée aussi bien au sein des familles qu'au niveau des couples. En effet la communication tant important dans la lutte contre le VIH/sida doit commencer à partir de la cellule de base c'est-à-dire individuellement puis la famille. Malgré tous les efforts de sensibilisation, il existe encore des personnes qui ne croient pas à l'existence même de cette maladie. C'est dans les causeries communautaires qu'il faut les inciter à participer et tenter de les convaincre. C'est un groupe restreint qui vit et partage avec la communauté. Il peut donc être une menace sérieuse car pouvant contacter et contaminer le grand groupe.

BIBLIOGRAPHIE

- ANSD 2011. Service régionale de la statistique et de la démographie de Kolda, 130p ;
- Assemblée nationale Dakar, 1996 : Journées parlementaire d'information sur le sida ;
- Bohle H et al. 1994 : Climat change and social vulnerability, toward a sociology and geography of food insecurity. *Global Environmental Change* pp 37-48 ;
- Bougazelli J, 2005 : L'ambiguïté des textes sur la prostitution au Sénégal, Agence universitaire de la francophonie, 12p ;
- Bulletin épidémiologique n°9 de la surveillance du VIH/sida, laboratoire de bactériologie et de virologie CHU. Le Dantec, Dakar-Sénégal, mars 2002, 42p ;
- Charreau CI et Fauck R, 1965 : Les sols du Sénégal ; Etude sénégalaise ; ORSTOM, 45p ;
- Christelle H., 2002 : La masculinité dans le contexte de la « galère » : le cas de garçons français maghrébins face aux risque d'infection par le VIH, pp 95-108, collection sciences sociales et sida, ANRS, Paris 2002, 142p ;
- CNLS : Rapport 2011, 36p ;
- COREAJ, SYEI, 1995 : Environnement et développement dans le tiers monde : action santé Dakar (Sénégal), "niveau de connaissance sur le sida en milieu rural", exemple de 18 villages de la communauté rurale de Ndiagianiao, dans la région de Thiès, Dakar mai 1995 ;
- Delcroix S. et Guillaume A., 1997 : Le devenir des familles affectées par le sida : une étude de cas en Cote d'ivoire: in *Les études du CEPED, Ménage et famille en Afrique*, chapitre 17, pp358-382 ;
- Desgrées du lù A., 2005 : le couple face au vih/sida en afrique subsaharienne ; Institut nationale d'étude démographique INED, vol3 pp 221-243 ;
- Dieleman M., 2008 : Migration subsaharienne et VIH : trajectoire et vulnérabilité, observatoire du sida et de la sexualité, 100p;
- Dione I., 2013 : Polarisation des structures de santé de soins de la Haute Casamance : entre construction nationale des systèmes de santé et recours aux soins transfrontaliers, thèse de doctorat, l'unam, 2013, 247p ;

Diop A B., (2004/2005) : Genre et VIH en Afrique subsaharienne : les déterminants de l'infection à VIH chez la femme africaine, mémoire de maitrise, IPDSR,.....

Diop Nd., 2003/2004 : SIDA en zone minière: le cas des ICS de Mboro (région de Thiès) ; mémoire de DEA ; 113p ;

Diop S., 2004/2005 : les facteurs socioéconomiques de la vulnérabilité féminine vis-à-vis des IST et du VIH/sida : Cas des vendeuses de la gare routière de Petersen Dakar (Sénégal) », mémoire de maitrise, IPDSR, UCAD, 73p ;

Enda : rapport annuel 2012, Rio +20: « United nations conférence for sustainable development: Développement durable où en sommes nous

Enquêtes démographiques de santé (EDS),2010/ 2011 : Le VIH/SIDA dans l'enquête démographique de santé à indicateurs multiples, 2p;

Fall P B C., 1996 : Essai d'analyse de l'impact des relais communautaires formés par Enda quant à leur capacités de mobilisation sociale des populations dans le cadre de la prévention de l'expansion du sida : l'exemple du l'ANBEP

Gassama, F., 2014/2015 : mémoire de maitrise en sociologie UCAD; 64p ;

IHDPC, 2013 : Analyse des facteurs de risques de contamination du VIH et du sida des violences sexuelles et des grossesses non désirées pour les jeunes filles chefs de ménage du district de Rubavu, 2013, 79p ;

Jambia Dr. et al : Prévalence du VIH et facteurs associés, 22p ;

Kane A T., 2012: Infection à VIH et autres IST chez les orpailleurs dans la région de Kédougou au Sénégal, ucad, thèse de doctorat, 83p ;

Kasperson J, et al, 2001 : International workshop on vulnerability and global environmental change, Stockholm Environmental Institut (SEI), 17-19 May 2001.

Klot J. et Delargy P. : Les violences sexuelles et la transmission du VIH/SIDA, 2p ;

Konteye I A M., 2006 : Etude de comportements sexuels des adolescents de 15 à 19ans dans un contexte marqué par le sida et les IST : le cas du quartier de Pikine de la ville Saint-Louis ; mémoire de maitrise, 143p;

Lalou R., Piché V. 1994: Migrations et sida en Afrique de l'ouest : un état de connaissance ; les dossiers du CEPED N°28 Paris Novembre 1994 ; 58p ;

Mbaye El M., 2009 : Sida et immigration thérapeutique en France : mythe et réalités, vol 27, n°1, 20p ;

Ngaryo F T., 2003/2004 : Connaissances, attitudes et pratiques des jeunes de banlieues de Dakar face aux IST sida : Cas des jeunes de du centre conseil pour adolescents de Pikine et de Guédiawaye, IPDSR, mémoire de maitrise, 48p ;

ONUSIDA, 2004 : Rapport sur l'épidémie du sida, quatrième rapport mondial, 236p;

ONUSIDA, 2010 : Rapport mondial sur l'épidémie de sida, 364p ;

Piché V. et al, 2002: Migrations, comportements sexuels à risque et sida dans la vallée du fleuve Sénégal, mobilité et IST/sida, Sénégal (MISS), 180p ;

Plan d'investissement communal de Diaobé-Kabendou (PIC2011/2012) ; 83p;

Sagna P., 2014 : Cours de climatologie master1, Université Assane Seck de Ziguinchor ;

Seck A., 1956 : La moyenne Casamance, étude de géographie physique, Institut des hautes études de Dakar, 51p ;

SowB., 2008/2009 : Les déterminants socioculturels et économiques de la féminisation du VIH/sida dans la région de Tambacounda et de Kolda, 63p

Trevor J. B. Dummer PhD, 2008 : La géographie de la santé à l'appui des politiques et de la planification en santé publique, 4p ;

UNGASS guinée : Rapport 2012, 71p ;

UNGASS, 2005 : Rapport de situation sur la riposte nationale à l'épidémie de VIH/sida, 51p ;

UNICEF: Parvenir à une génération sans sida, vision et ligne d'action : 2014-2017, 40p ;

Sources de documentation

- Bibliothèque universitaire de Ziguinchor ;
- Centre de documentation Enda/santé ;
- Sites de publication IRD, horizon.

- Centre de documentation IPDSR

Webographie

- passeportsante.net
- horizon.
- revues.org
- cairn info
-

Emission

- Radio future médias : émission journée mondiale du sida le 01 décembre 2014.
- Rfi : Priorité santé, journée mondiale du sida le 01/12/2016 ;

TABLES DES ILLUSTRATIONS

Liste des cartes et tableaux

Carte 1 : Localisation de la zone d'étude	24
Tableau1 : Inventaire de l'équipement du poste de santé.....	30
Tableau2 : Evolution du taux de prévalence	33
Tableau3 : Répartition des cas de morbidité en fonction du sexe et l'âge	35

Liste des figures

Figure1 :Répartition de la population en fonction du genre	27
Figure 2 : Composition ethnique de l'échantillon d'étude.....	28
Figure 3 :Diagramme en barre de l'échantillon en fonction de leur niveau d'étude	30
Figure 4 : histogramme de la répartition des cas positifs selon le sexe.....	34
Figure 5 : courbe de corrélation entre le genre et les tranches d'âges.....	36
Figure 6 : diagramme circulaire de la répartition des cas de VIH selon le statut matrimonial	37
Figure 7 : histogramme de la séropositivité en fonction de l'activité professionnelle	38
Figure 8 : Diagramme circulaire de la répartition des réponses sur l'existence du sida	40
Figure 9 : diagramme en barre de la répartition des réponses sur les modes de transmission .	42
Figure10 : répartition des réponses sur la pratique de l'excision, de la polygamie et du lévirat/sororat	46
Figure11 : diagramme des revenus mensuels des ménages enquêtés	47
Figure12 : diagramme en barre des niveaux d'instruction	48

Liste des photos

Photo1 : causerie communautaire sur les MGF à Vélingara du projet VIMOS.....	45
Photo2:Séances de causerie animée par un relais communautaire à Diaobé1.....	53

Photo3 : Installation de distributeurs de préservatifs lors de la réhabilitation de la RN6 **53**

Photo4 : réception de matériel médical dans les locaux d'Enda/santé **55**

ANNEXES

Tableau complémentaires

Guides d'entretien

Guide d'entretien destiné à l'ICP

Date :/...../.....

Prénom.....Nom.....

Fonction dans le service

Durée dans la fonction

I. Historique et présentation de la structure

- 1) Pouvez nous faire un rappel historique de votre structure ?
- 2) Depuis quand êtes-vous à sa tête ?
- 3) Pouvez- vous nous faire une description de la composition de votre personnel ?

II. Objectif et politiques sanitaires

- 4) Quels sont les principaux axes des politiques de santé publique à ce niveau ?
- 5) Quelle place occupent les IST dans ces politiques ?
- 6) Vu la menace, y a-t-il des objectifs et politiques spécifiques particulières au VIH/sida ?

III. Stratégies et partenariat

- 7) Quelles sont vos cibles principales dans cette lutte contre le VIH ?
- 8) quelles sont vos stratégies d'intervention contre le VIH/sida ?
- 9) Quelle est la fréquence d'organisation des dépistages volontaires ?
- 10) En cas de réticences, comment faites- vous pour les persuader ?
- 11) Travaillez-vous en partenariat avec d'autres acteurs intervenant dans ce combat ?
- 12) Quelle est la place des tradipraticiens dans cette lutte ?

IV. Appréciations et suggestions

- 13) Comment jugez-vous leurs interventions ?
- 14) Quelles appréciations faites- vous de la situation actuelle du VIH/sida dans le milieu ?
- 15) Les politiques sanitaires publiques dans le domaine vous semblent- elles efficaces ?
- 16) Quelles suggestions auriez-vous pour leur amélioration?

Guide d'entretien destiné au responsable d'Enda santé

Date :

/...../.....

Identification de l'interviewé

Prénom.....

Nom.....

Fonction dans le service.....

Nombre d'années dans le service.....

I. Historique et présentation

- 1) Pouvez – vous nous faire l'historique de votre structure ?
- 2) Depuis quand êtes- vous à la tête de cette structure ?
- 3) Quel contexte explique le choix de son implantation dans la région ?
- 4) Avez –vous des collaborateurs ?

II. Objectifs et politiques sanitaires

- 5) Quelle est votre politique de santé publique ?
- 6) De manière particulière quels sont vos objectifs dans la lutte contre le sida ?
- 7) Pourquoi cette particularité ?
- 8) Selon vous quelle est la couche sociale la plus exposée et pourquoi ?

III. Stratégies de lutte

- 9) Quelle est votre stratégie de lutte contre le sida ?
- 10) Avez- vous des partenaires qui vous appuient ?
- 11) Si oui l'appui est de quelle nature ?
- 12) Les populations locales sont- elles impliquées dans vos actions ?
- 13) Comment avez-vous fait pour les convaincre à participer ?

IV. Appréciations et suggestions

- 14) Avez- vous fait une évaluation de vos activités ?
- 15) Pensez-vous que vos objectifs sont atteints ?
- 16) Quels manquements avez- vous noté ?
- 17) Quelles suggestions à noter en vue d'améliorer les conditions pour de meilleurs résultats ?

Guide d'entretien pour la municipalité

Date :/...../.....

I. Identification de l'interviewé

Prénom.....

Nom.....

Fonction dans le service

Nombre d'années dans le service

II. Historique et présentation de la commune

1) Comment Diaobé est passé de village à commune ?

2) Pourquoi la fusion avec la ville de Kabendou ?

III. Politique et stratégies de santé publique

3) Avez- vous un département de santé dans le service municipale ?

4) quelle est votre politique de santé publique?

5) Votre axe d'intervention cible principalement quelles maladies ? Pourquoi ?

6) Vu la menace que représente le vih/sida, quelle place occupe-t-il dans votre planification ?

III. Stratégies d'intervention et de lutte

7) Quelle est votre stratégie d'intervention ?

8) Organisez-vous des rencontres populaires (causeries, thé-débat, réunion d'ASC tec)?

9) Utilisez-vous les OCB ou les relais sanitaires pour la sensibilisation ?

10) Quelles est la politique de suivi des personnes malades ?

11) Disposez-vous des ressources financières et matérielles suffisantes pour combattre e sida.

12) Comment jugez-vous l'intervention des ONG de la place ?

Guide d'entretien pour les relais

Date :/...../.....

I. Identification de l'interviewé

Prénom.....

Nom.....

Fonction dans le service

Nombre d'années dans le service

II. Contexte

- 1) Qu'est-ce qui explique l'initiative de votre formation ?
- 2) Quelles étaient les modalités de votre recrutement ?
- 3) Combien de temps a duré la formation ?

III. Objectif de la formation

- 4) Quelles sont les objectifs de la formation ?
- 5) Y'a-t-il des objectifs spécifiques pour le VIH/sida vue la menace et la situation géographique de la commune ?

IV. Stratégies d'intervention

- 6) Quelle est votre stratégie d'intervention ?
- 7) Avez-vous une cible particulière ? Si oui pourquoi ?
- 8) Quelle est la méthode d'intervention par rapport au VIH/sida ?
- 9) En cas de séropositif, quel genre de traitement est préconisé ?
- 10) Quelle est la durée du traitement ?

Eau de surfac (autres à préciser).....

5.2 Pendant la saison pluvieuse :

Puits Robinet interne Robinet publ

Eau de surfac (autres à préciser).....

1.2 Habitat

2.2.1 Nombre de chambres dans la maison 2.2.2 Taille du ménage

2.2.3 Répartition de la taille du ménage par tranche d'âge

Moins de 5 ans 5-09 ans 10-15ans 15 ans et plus

2.2.4 Nombre de chambres en dur 2.2.5 Nombre de chambres en banco

2.2.6 Nombre de chambres en paille 2.2.7 Nombre de chambres mixtes

Autres (préciser).....

1.3 Foncier et sources de revenu

2.3.1 Foncier

2.3.1.1 Etes-vous propriété de la maison ? Oui Non

2.3.1.2 Etes-vous locataire Ou Non

2.3.1.3 Etes-vous logés par un parent ou ami ? Non

2.3.1.4 Autres (préciser).....

2.3.2 Sources de revenu

2.3.2.1 Principale.....

2.3.2.1.1 Revenu hebdomadaire..... 2.3.2.1.2 Revenu mensuel.....

2.3.2.1.3 Revenu bimestriel..... 2.3.2.1.4 Revenu trimestriel.....

2.3.2.1.5 Revenu Annuel..... 2.3.2.1.6 Néant.....

2.3.2.2 Secondaires

- 2.3.2.2.1 Revenu hebdomadaire..... 2.3.2.2.2 Revenu mensuel.....
- 2.3.2.2.3 Revenu bimestriel..... 2.3.2.2.4 Trimestriel.....
- 2.3.2.2.5 Revenu Annuel..... 2.3.2.2.6
Néant.....

III. Niveau de connaissance sur le VIH

- 3.1. Connaissez-vous ce qu'est une maladie transmissible ? Oui Non
- 3.1.2. Si oui qu'est-ce que ?.....
- 3.2. Avez-vous entendu parler du sida ? Oui Non
- 3.2.1 Si oui Où ?.....
- 3.3. Croyez-vous réellement à son existence ? Oui Non
- 3.4. Est-il transmissible ? (si la question 3.3. est oui) Oui Non
- 3.5. Quelles sont les modes de transmission ?
Voie sanguine Voie sexuelle Objets tranchants Autres :.....
- 3.6. Avez-vous participé à des séances de sensibilisation ? Oui Non
- 3.6.1. Si oui où ?.....
- 3.6.2. Organisées par qui ? Poste de santé ONG OCB
- 3.7. Quelles sont les causes du sida que vous connaissez ?
prostitution multi partenariat polygamie Infidélité sororat et lévirat
Autres
- 3.8. Peut-on être séropositif sans tomber malade ? Oui Non Ignore
- 3.9. Quels sont les symptômes que vous pouvez identifier ?
Maigreur plaies faiblesse
- 3.10. Peut-on vivre avec un pvvih sans risque de contamination ?
Oui Non Ignore
- 3.11. Quels sont les comportements qui augmentent le risque de contamination ?
- 3.12. Quels peuvent être les moyens de protection contre le sida ?
Préservatif abstinence fidélité autres (à préciser)
- 3.13. Peut-on guérir du sida ?
3.13.1. Oui non ignore
- 3.14. Si une personne est malade du sida, elle doit se soignée à la :
Médecine traditionnelle Moderne Les deux à la fois ne se soigne pas

IV. Comportements face au sida

4.1. Connaissez-vous des comportements à risques face au sida? Oui Non

4.1.1. Si oui les quels ?

4.2. Utilisez-vous des moyens de protection ? Oui Non.

4.2.1. Si oui lesquels?

Préservatif : Abstinence : Fidélité : Autres :

4.2.2. Lequel de ces moyens faites-vous le plus de confiance ?

Pourquoi ?

Avez-vous assisté à une séance de sensibilisation contre le sida ? **O** **Non**

4.2.3. Si oui, avez-vous changé de comportement depuis ce jour ?

Oui Non

4.3. Avez-vous fait une fois le test de dépistage du sida ?

4.3.1. Si oui depuis quand ? Un moi : 6mois : Un an : plus d'un an :

4.4. Quels objets tranchants utilisez- vous dans vos activités?

Couteaux Lames Seringues Eguilles Autres objets :.....

4.4.1. Les partagez-vous avec d'autres personnes ?

Oui Non

4.4.2. Croyez-vous que cela comporte des risques de contamination ?

Oui Non

Comment ?

5. Si vous vivez avec un séropositif dans votre famille, quartier ou village, quels serait votre comportement à son égard ?

TABLES DES MATIERES

Dédicace.....	II
Remerciements.....	III
Résumé.....	IV
Sommaire.....	v
Sigles et abréviation.....	vi
Introduction générale.....	1
Problématique.....	3
Contexte et justification.....	3
Contexte.....	3
Justification.....	4
L'état de l'art.....	5
Analyse conceptuelle.....	17
Objectifs.....	18
Objectif Général.....	18
Objectifs spécifiques.....	19
Hypothèses.....	19
Hypothèse Générale.....	19
Hypothèses spécifiques.....	19
Méthodologie de travail.....	19
Recherche documentaire.....	20
Echantillonnage.....	20
Travail de terrain.....	20
Visite exploratoire.....	21
L'enquête test.....	21
L'enquête proprement-dite.....	21
Questionnaire ménages.....	21
Les guides d'entretien.....	22
Traitement et analyse des données.....	22

Le traitement.....	22
L'analyse des données.....	22
PREMIERE PARTIE: présentation générale de la zone d'étude.....	23
Historique :	24
CHAPITRE I : Aperçu du Cadre physique de Diaobé	25
CHAPITRE 2 : Caractéristiques du cadre humain de Diaobe	27
Aspects démographique	27
Aspects socioéconomiques.....	28
L'éducation.....	29
Aspects sanitaire	30
Conclusion partielle.....	31
DEUXIEME PARTIE : Description et analyse des disparités de la répartition du VIH àDiaobé	32
Introduction :.....	33
CHAPITRE I: les descriptions de la répartition du VIH/sida à Diaobé.....	33
L'évolution temporelle du phénomène sida	33
Répartition en fonction du genre	34
Répartition des cas positifs selon le sexe et les tranches d'âges	34
Répartition en fonction de la situation matrimoniale.....	36
Répartition des séropositifs en fonction de leur situation professionnelle.....	37
CHAPITRE II : ANALYSE DES DISPARITES DE LA DISTRIBUTION DU VIH/SIDA ..	39
Le niveau de connaissance autour du VIH	39
De la perception des populations sur l'existence même de la maladie.....	39
De la faiblesse d'accès à l'information de qualité à la "séro- ignorance	41
Le faible niveau de connaissance des modes de transmission.....	41
Les facteurs socioculturels	43
La polygamie et féminisation du VIH	43

La polygamie.....	43
De la question genre à la féminisation du VIH/sida	44
Les mutilations génitales féminines ou excision	44
Le sororat et le lévirat	45
LES FACTEURS SOCIOECONOMIQUES	46
De la pauvreté à la déresponsabilisation des parents	46
Le niveau d’instruction	47
Conclusion partielle.....	48
TROISIEME PARTIE : Les stratégies de lutte contre le VIH	49
Introduction partielle :.....	49
Chapitre I : La politique de sante globale.....	50
Le niveau national.....	50
Le niveau régional	50
Le niveau départemental.....	50
Le niveau poste et case de santé	51
Chapitre II : Le rôle des ONG et de la société civile	52
LES STRATEGIES PREVENTIVES.....	52
Les centres de dépistage volontaire et conseil adolescents	52
Les causeries communautaires et campagne de masse.....	53
LES STRATEGIES CURATIVES	54
La prise en charge psychosociale ou suivi	54
La prise en charge médicale	54
De la reconversion socio professionnelle à l’autonomisation.....	55
La lutte contre la stigmatisation et la protection juridique.....	56
Conclusion partielle.....	56
Recommandations.....	58
Limites de la recherche	60

Conclusion générale	61
Bibliographie.....	64
Tables des illustrations.....	68
Liste cartes et tableau.....	68
Liste des figures	68
Listes des photos :.....	68
Annexe	I