

UNIVERSITE DE BAMAKO

Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odonto-stomatologie

Année Universitaire: 2009-2010

N°/

TITRE

**CONNAISSANCES ET ATTITUDES SEXUELLES DES ELEVES
FACE AU VIH/SIDA:
CAS DES ETABLISSEMENTS D'ENSEIGNEMENT SECONDAIRE
DE BOUGOUNI**

THESE

Présentée et soutenue publiquement le .../.../2010 à.....Heures devant la faculté de Médecine, de pharmacie et d'Odonto-Stomatologie du Mali

Par Monsieur **Moussa SAMAKE**

Pour obtenir le grade de **Docteur en Médecine(DIPLÔME D'ETAT)**

EXAMINATEURS

Président du Jury :

Pr Sahari FONGORO

Membres:

Mr Seydou DIARRA

Co-directeur de thèse :

Dr Brahima BAMBA

Directeur de thèse :

Pr Sounkalo DAO

DEDICACE

Je dédie ce travail

A **Allah** le tout puissant, le très miséricordieux pour m'avoir donné la vie, m'avoir assisté jusqu'aujourd'hui et de m'avoir donné l'opportunité de présenter ce travail.
Au **prophète Mohamed** (Paix et salut sur lui).

* A mon père **Fanto SAMAKE**

Instituteur de qualité, je demeure persuadé que j'ai appris ton sens élevé de l'humanisme, de l'honnêteté, de la dignité et surtout du travail bien fait. Ton soutien n'a jamais fait défaut durant ces longues années d'étude. Puisse Allah le tout puissant te donner encore une longue vie dans la paix et le bonheur.

* A ma mère **Djénéba DIALLO**

Brave mère animée d'un esprit de loyauté et d'honnêteté. Tu resteras chère mère un modèle pour moi. Je ne saurais oublier les peines que tu as dû surmonter en vue de nous assurer une bonne éducation et de nous encourager dans nos études.

Aujourd'hui je te dis simplement merci pour ton amour, pour ton soutien pour toutes tes prières. Puisse Allah le tout puissant te bénir et te donner encore une longue vie afin d'honorer ton sacrifice quotidien.

* A ma sœur **Maïmouna SAMAKE**

Au souvenir de notre enfance. Le travail n'offre l'occasion de te réitérer tout mon amour.

* A mon épouse **Mariam KONTAGA**

En témoignage de notre amour. Le chemin est long à parcourir mais j'ose espérer que seule la mort pourrait nous séparer. Je te dédie ce travail.

* A mon fils **Sékou SAMAKE**

Pour l'amour et la joie que tu me procures. Puisse Allah te bénir et te donner une longue vie dans la santé.

REMERCIEMENTS

* A mes oncles **Drissa DIALLO, Bourama DIALLO, Djoumé DIALLO** et leurs épouses respectives **Chata FOMBA, Awa KEITA, Fatoumata BAH**

C'est l'occasion pour moi de vous remercier pour tout le soutien dont vous m'avez porté. Soyer assuré de ma disponibilité et de mon profond attachement.

* A mon tonton **Djamayiri SAMAKE**

Tu as toujours été présent quand j'avais eu besoin de toi. A travers le travail je vous réitère toute ma reconnaissance

* A Mr **SANGARE Lamine** et à Mme **SANGARE Aminata DIALLO**

Vous n'avez ménagé aucun effort pour que je puisse arriver à ce jour. Le travail est donc le votre. Que tout puissant vous accordez une longue vie pour en jouir

* A mes tantes et à toute **la famille SAMAKE**

Merci pour l'estime et l'espoir que vous me portez. J'en suis très fière et je mesure bien la portée

* A ma grand sœur **Fatoumata SIDIBE** et à toute **la famille SIDIBE de Bougouni**

Merci pour l'accueil et pour votre indéfectible soutien. Qu'Allah puisse consolider nos liens.

* A mon beau père **Famoussa KONTAGA** et **Mme KONTAGA Maïmouna MARIKO** ainsi qu'à toute **la famille KONTAGA**

Vous m'avez traité comme votre propre fils et vous avez été pour moi une famille. Puisse Allah renforcer votre bonté et votre générosité.

* A mes amis **Abdoulaye SIDIBE, Ousmane M. KONE, Kabiné CAMARA, Mamadou KONATE**

Pour toutes les difficultés que l'on a pu surmonter ensemble dans la solidarité et au souvenir des moments de complexités passés ensemble.

* A mon ami **Nouhoum DOUMBIA** gérant de dépôt au CSCOM de Kéléya

Tout ce que je pourrais dire ne suffirait pas, soyez certains et assurés de mon indéfectible amitié.

* A mes cousins et cousines **Yacouba Djan DIAKITE, Amadou DIALLO, Adama KONATE, Modibo DIALLO, Adama DIALLO, Awa DIALLO, Sira DIALLO, Araba DIALLO, Sayon DIALLO**

Pour votre amour, votre soutien, vos encouragements et pour le respect dont vous m'avez témoigné. Trouvez ici toute ma reconnaissance.

* A mes camarades Médecin et Interne : **Dr Soumaïla TRAORE, Dr Sidiki BERTHE, Dr Karim K SIDIBE, Dr Fatoumata KANOUTE, Baman KANE, Lassina SAMOURA, Mamadou M. DIAKITE, Lassina TOGOLA, Mariam SISSOKO.**

Merci pour la franche collaboration et le soutien constant. Par ce travail je vous exprime toute ma gratitude

* **A Sékou Sallah KEITA**

Pour ton soutien et ta constante disponibilité. Trouver en ce travail ma profonde gratitude.

* **Aux personnels du CSREF** de Bougouni singulièrement à **Dr ZERBO Abdramane**

Merci pour tout ce que j'ai appris de vous sur le plan professionnel et social. A travers ce document, je vous réitère toute ma reconnaissance.

* A tous ceux qui de près ou de loin ont contribué à la réalisation de ce travail.

HOMMAGES AUS MEMBRES DU JURY

A notre maître et président du jury :

Professeur Saharé FONGORO

Maître de conférences de Néphrologie à la F.M.P.O.S

Chef de service adjoint de néphrologie et d'hémodialyse au C.H.U. du Point

G

Chevalier de l'ordre de mérite de la santé

Cher Maître,

Nous vous remercions de l'honneur que vous nous faite en acceptant de présider le jury de cette thèse.

Les mots nous manquent pour vous exprimer toute notre gratitude et notre reconnaissance.

Nous vous prions de trouver ici, cher maître, l'expression de toute notre gratitude et notre profond respect.

Hommages respectueux

A notre maître et membre du jury :

Monsieur Seydou DIARRA

Diplômé en anthropologie médicale

***Assistant chargé de cours d'anthropologie médicale et de la santé à la FLASH
(Faculté des Lettres, Langues, Arts et Sciences Humaines)***

Assistant à la FMPOS

Chercheur sur les politiques et systèmes de santé au Mali

Candidat PHD en anthropologie médicale et de la santé à l'université de Paris 8

Cher maître,

C'est un honneur pour nous de vous avoir dans notre jury.

Vous êtes d'un abord facile. Votre générosité, votre grande disponibilité, votre amour pour le travail bien fait, la rigueur de votre raisonnement scientifique ont été pour nous des atouts hautement profitables.

Hommages respectueux

A notre maître et Co-directeur de Thèse :

Docteur Brahima BAMBA

Spécialiste en chirurgie générale au centre de Santé de Référence de Bougouni

Médecin chef du Centre de Santé de Référence de Bougouni

Cher maître,

Ce travail est sans doute le fruit de vos efforts.

Votre constante disponibilité, votre esprit d'ouverture, votre sens de la responsabilité nous ont beaucoup marqué.

Nous gardons de vous le souvenir d'un maître dévoué, soucieux du travail bien accompli.

Veillez trouver ici notre profonde gratitude

A notre maître et Directeur de Thèse :

Professeur Soukalo Dao

Diplômé des maladies infectieuses et tropicales

Maitre de conférences à la FMPOS

Investigateur clinique au centre de recherche et de formation sur le VIH et la Tuberculose SEREFO / FMPOS- NIA

Cher maître

Vous avez bien voulu nous confier ce travail et nous en sommes très sensibles à cette marque de confiance .Vous l’avez dirigé avec ardeur et passion ; deux valeurs qui vous caractérisent et ne constituent qu’une partie de vos qualités scientifiques et sociales.

Au de là de nos hommages respectueux nous vous prions de trouver ici, cher maitre l’assurance de notre parfaite reconnaissance.

SINGLES ET ABREVIATION

ADN : Acide Désoxyribonucléique

ARN : Acide Ribonucléique

ARN_m : Acide Ribonucléique messenger

ARV : Anti Retro Viraux

BAD : Banque Africaine de Développement

CD4 : Cluster of Différentiation de sous type 4.

CDC: Center for Disease Control

CMDT : Compagnie Malienne de Développement Textile

CMV : Cytomegalo virus

CSCom : Centre de santé Communautaire
CS Réf : Centre de Santé de Référence
D.C.I. : Dénomination Commune Internationale
HTLV : Human T Lymphotrophie Virus
I.F.M : Institut de Formation des Maîtres
INNRT : Inhibiteurs Non Nucléosidiques de la Reserve Transcriptase
INRT : Inhibiteurs Nucléosidiques de la Reserve Transcriptase
IP : Inhibiteurs de Protéase
IST : Infections Sexuellement Transmissible
LAV : Lymphoadenopathy Associated virus
LKFB : Lycée Kalilou Fofana de Bougouni
NFS : Numération Formule Sanguine
ONG : Organisation Non Gouvernementale
ONU : Organisation des Nations Uni
PNLS : Programme National de Lutte Contre le Sida
PTME : Prévention de la Transmission Mère Enfant
SIDA : Syndrome de l'Immunodéficience Acquise
TME : Transmission Mère Enfant
VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

Plan	Page
I- Introduction et Objectifs	1
II- Généralités.....	5
1-Historique.....	7
2-Epidémiologie.....	8

3-Agent Pathogène.....	9
4-Cycle de réplication.....	11
5- Mode de transmission.....	12
6- Manifestation clinique.....	14
7-Aspect thérapeutique.....	18
8-Relation entre le VIH et les attitudes comportementales.....	22
III- Méthodologie.....	25
1-Cadre d'étude.....	26
2-Type d'étude.....	31
3-Période d'étude.....	31
4-Population d'étude.....	32
5-Echantillonnage.....	32
6-Considérations éthiques.....	33
7-Traitement et analyse des données.....	33
8-Variables étudiées.....	34
IV- Résultats.....	35
A) Caractéristiques socio démographiques.....	36
B) Connaissances.....	39
C) Attitude sexuelle.....	42

V- Discussions.....	49
1-Approche méthodologique.....	50
2-Caractéristiques socio démographiques.....	50
3-Connaissances.....	51
4-Attitude sexuelle.....	52
VI- Conclusion.....	54
VII- Recommandations.....	56
VIII- Références Bibliographiques.....	58
IX- Annexes.....	.63

I. INTRODUCTION

Le SIDA (syndrome de l'immunodéficience acquise), est la forme évoluée de l'infection à VIH (Virus de l'Immunodéficience Humaine). Il constitue aujourd'hui l'un des problèmes de santé publique les plus préoccupants, surtout dans les pays en développement dont le notre [2].

L'importance de la population adolescente, estimée à plus d'un milliard dans le monde par l'organisation mondiale de la santé depuis 1987 fait que leur problème est devenu une priorité. [32]

Si les jeunes ont certains problèmes qu'ils partagent avec les adultes, d'autres par contre leur sont spécifiques et doivent être pris en compte par les différents acteurs de la société.

L'adolescence est une période charnière de la vie qui expose à des risques. Il faut donc une attention particulière à la sexualité et à la santé de la reproduction des jeunes.

Au Mali, comme dans beaucoup de pays environnants, les traditions définissent un âge dit de maturité à partir duquel doit démarrer effectivement la vie sexuelle. Cet âge se situait généralement autour de 14 ans. [5]

Mais les études montrent que cet âge dit de maturité est en déplacement.

Différents facteurs socio-économiques ont constitué à déplacer cette limite vers un niveau encore plus bas : de 14-16 ans à 10-12 ans [32].

Parmi ces facteurs figurent : l'urbanisation galopante, le développement rapide des moyens de communication de masse qui ignorent les frontières culturelles, le déclin de l'autorité familiale, les habitudes alimentaires ...etc.

Cette situation nouvelle engendre un accroissement du nombre de jeunes sexuellement actifs. Non ou mal préparés, ils font souvent les premières expériences pouvant avoir des conséquences fâcheuses : rapports sexuels précoces non protégés, grossesses non désirées, avortements clandestins, abandons d'enfants, infanticides, infections sexuellement transmissibles dont le plus grand risque d'infection actuelle par le VIH/SIDA

Le SIDA a bouleversé les réalités dans le domaine de la sexualité. Si avant son avènement une erreur de jeunesse pouvait aboutir à une infection sexuellement transmissible ou à une grossesse non désirée, aujourd'hui elle peut coûter la vie.

Selon l'EDS - Mali, la prévalence de l'infection à VIH est de 1,3%. Il semble plausible que le problème de VIH/ SIDA est un problème de comportement d'où la nécessité de mettre en place un système d'information efficace afin d'amener au changement de comportement et d'adopter de bonnes pratiques face à ce fléau [26].

Selon de nombreux auteurs, le développement des pandémies du VIH serait une question de comportements, de connaissances et d'informations [2-32].

Dans tous les cas, l'Afrique est aujourd'hui le continent le plus touché par la pandémie du VIH/ SIDA [32].

Bougouni ne demeure pas en reste de cette situation car c'est un véritable carrefour qui regroupe des jeunes scolaires venus de plusieurs localités différentes. Cela s'explique par la richesse de la ville en établissements d'enseignement secondaire et son accès facile.

Si dans de nombreuses localités, des études ont été consacrées aux attitudes et connaissances face au VIH /SIDA, tel n'est pas le cas de Bougouni. Nous n'avons pas assez de données sur les attitudes et connaissances chez les jeunes en particulier les jeunes scolaires or en milieu urbain une proportion importante des jeunes est constituée par les élèves. C'est pourquoi, il nous paraît aujourd'hui plus que jamais opportun de mener une étude d'évaluation de l'attitude et connaissance

sexuelle des jeunes face au VIH/ SIDA en milieu scolaire. Pour parfaire cette étude, nous nous sommes fixés les objectifs suivants.

Objectif général

Etudier les attitudes et connaissances sexuelles des élèves des établissements d'enseignement secondaire de Bougouni face au VIH/SIDA

Objectifs spécifiques

1. D'évaluer le niveau de connaissance des élèves des établissements d'enseignement secondaire de Bougouni face au VIH/ SIDA
2. Décrire les attitudes sexuelles des élèves des établissements d'enseignement secondaire de Bougouni face au VIH/SIDA.

II. GENERALITE

Définitions opérationnelles des concepts

Les définitions ci-après concernent l'usage qui fait des termes dans notre étude :

- **Connaissance** : l'ensemble des idées ou des informations partielles, complètes ou utiles sur le VIH/SIDA
- **Attitude** : manière d'être à l'égard des autres face aux VIH/SIDA.
- **Comportement sexuel** : manière de se conduire sexuellement face au VIH/SIDA.
- **Comportement à risque** : tout comportement qui expose celui qui adopte ou d'autres au risque de contracter une infection à VIH.
- **Partenaire sexuel (le)** : tout garçon ou fille avec qui l'élève a des rapports intimes ; qu'il y ait ou non des rapports sexuels.

1. Historique du VIH et du SIDA

- En 1958, le premier sérum positif pour le VIH fut reconnu à posteriori
- En 1977, les premiers cas vraisemblables furent reconnus à posteriori au Etats-Unis.
- En 1981, ce fut la récupération des premiers cas lorsque le docteur Michael GOTTLIEB de l'université de Californie à Los Angeles eut la surprise d'observer en un mois quatre malades d'une trentaine d'années souffrant tous d'une pneumonie à *Pneumocysti jivoresi* et ayant un effondrement de leur système immunitaire [2]
- En 1982, ce fut la première définition du sida
- En 1983, le VIH1, fut isolé sous le nom de L.A.V (Lymphadenopathy Associated Virus) dans les cultures de lymphocyte T provenant d'un patient atteint de syndrome de lymphadenopathie à l'Institut Pasteur par l'équipe du professeur Luc MONTAGNIER [2]
- En juin 1984, SAFAI-GALLO et son équipe reconnaissent 100% des patients atteints de sida positif pour l'anticorps anti-HTLV- 3 (Human T Lymphotropic Virus) qui fut identifié au LAV et rebaptisé VIH [2].
- En 1985, confirmation de l'activité de la Zidovudine (AZT) sur le virus et commercialisation du premier test de sérologie du VIH
- En 1986, ce fut l'identification du VIH2.
- En 1993, la classification du CDC d'Atlanta (center for disease control) des virus du sida.

- En 1995, développement des bithérapies et la mesure de la charge virale.
- En 1996, développement des trithérapies.

Depuis les découvertes non cessées de croître. Cependant, de gros efforts restent à fournir pour comprendre la complexité du virus et de promouvoir la recherche vaccinale.

2. Epidémiologie

L'infection est pandémique dans tout le monde entier. Elle est due exclusivement au VIH1. L'infection à VIH2 représente moins de 1% (limitée en Afrique de l'Ouest).

Nombre de personnes vivant avec le VIH/ SIDA dans le monde en 2005

- 40,3 millions (dont 38 millions adultes et 2,3 millions d'enfants de moins de 15 ans)
- 25,8 millions en Afrique Subsaharienne.
- 7,4 millions en Asie du sud et sud-est.
- 1,8 millions en Amérique latine.
- 1,6 million en Europe orientale et Asie centrale.
- 1,2 million en Amérique du nord.
- 870.000 Asie de l'est.
- 720.000 en Europe occidentale et centrale.
- 510.000 en Amérique du nord et Moyen-orient
- 300.000 dans les Caraïbes.
- 74.000 en Océanie.

Nombre de nouveaux cas d'infection à VIH en 2005

- 4,9 millions (dont 4,2 millions d'adultes et 700.000 enfants de moins de 15ans)
- 3,2 millions en Afrique subsaharienne.

- 990.000 en Asie du sud et du sud-est.
- 270.000 en Amérique latine.
- 140.000 en Asie de l'est.
- 67.000 en Afrique du nord et en Moyen orient.
- 43.000 en Amérique du nord
- 30.000 dans les caraïbes.
- 22.000 en Amérique occidentale et centrale.
- 82.000 en Océanie.

Nombre de décès dû au SIDA en 2005

- 3,1 millions (dont 2,6 millions d'adultes et 570.000 enfants de moins de 15 ans)
- 2,4 millions en Afrique subsaharienne.
- 480.000 en Asie du sud et sud-est.
- 66.000 en Amérique latine.
- 62.000 en Europe orientale et Asie centrale.

58.000 en Afrique du nord et Moyen orient. [26]__

3. Agent pathogène

Le VIH appartient à la famille des rétroviridae qui est divisé en trois familles : les oncovirus, les lentivirus, les spumavirus. Ils comprennent deux types : VIH1 et VIH2 tous deux des particules virales de formes sphériques de 90 à 120nm de diamètre et enveloppées.

Ces rétrovirus ont en commun certaines caractéristiques [2]

- Leur matériel génétique est constitué d'ARN
- Ils possèdent tous une enzyme : la transcriptase inverse ou reverse.

Cette enzyme a une variabilité génétique très complexe de telle sorte que deux souches de VIH ne sont jamais semblables et que chez un même individu le virus est présent sous forme de micro variants génétiquement reliés les un aux autres.

Cette variabilité a des conséquences tant sur le plan épidémiologique, diagnostique, thérapeutique que vaccinal pour le VIH1 [2].

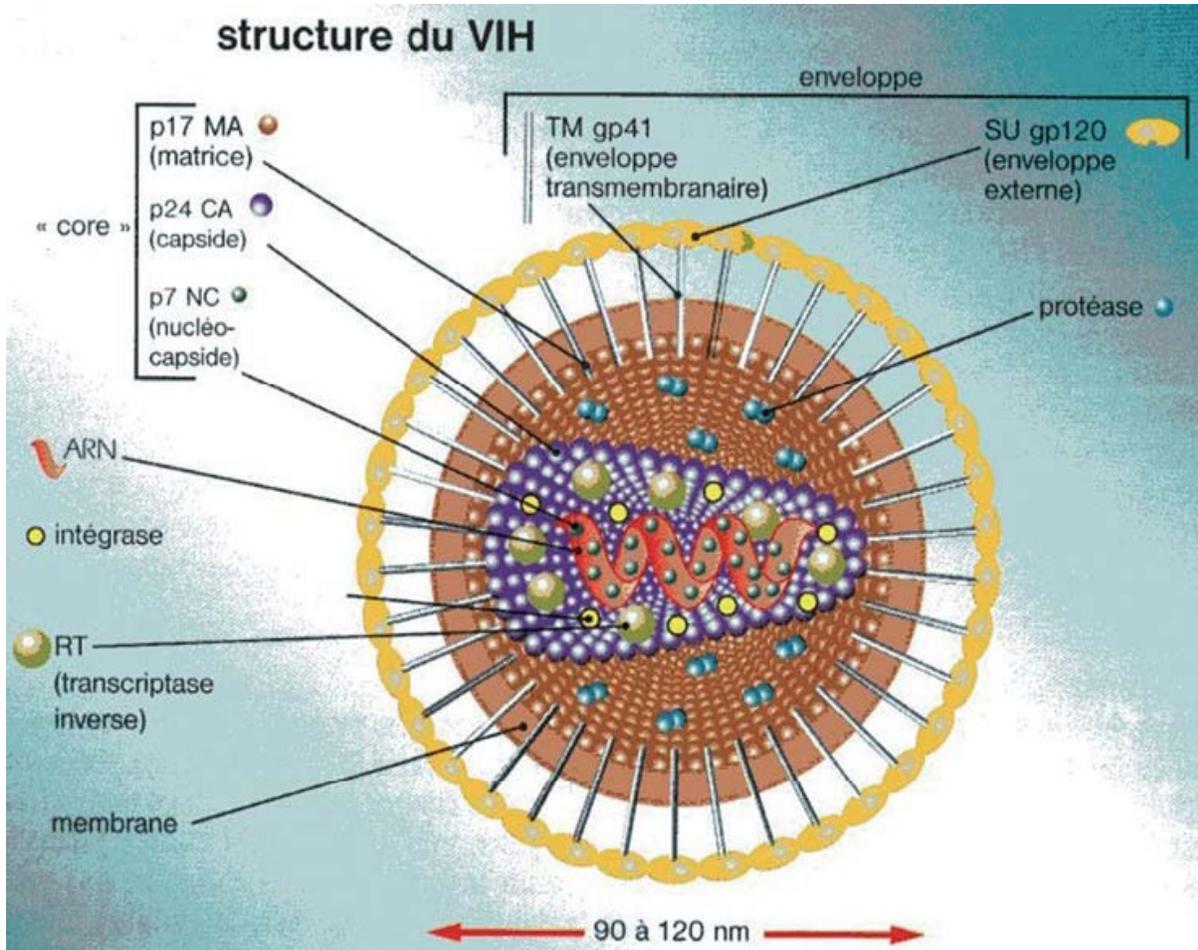
En revanche, l'impact des différents sous types du VIH2 n'est pas encore très bien élucidé [7]

Le VIH est inactivé par la plupart des procédés physiques et chimiques utilisés en vue de désinfection ou stérilisation [12].

Cette inactivation est complète en 3-7 jours. Le VIH est un virus thermosensible, inactivé également par chauffage à 56°C pendant 30mn, en moins de 15 mn à une température supérieure à 100°C ou autoclave [13]. Il peut survivre en solution aqueuse, plus de 15 jours à température ambiante (23 à 27°C) et plus de 11 jours à 37°C dans le milieu extérieur.

Cependant, le virus résiste aux radiations ionisantes quelle que soit la dose utilisée [13]. Certains désinfectants comme l'eau de javel, les aldéhydes inactivent le VIH à des concentrations différentes. Concernant les antiseptiques, l'éthanol ou l'alcool à 70%, la povidone iodée agissent suivant le temps [2].

D'autres agents chimiques actifs peuvent être cités : produit iodé à 10%, le phénol, l'eau oxygénée, le formaldéhyde à 0,1% [2].



SOURCE : Manuel de prise en charge pédiatrique du VIH/SIDA

4. Cycle de réplication :

Le cycle se déroule en 7 stades : Fixation, Fusion, Entrée, Transcription inverse, intégration et réplication, bourgeonnement, et Maturation.

FIXATION : Glycoprotéine GP120 s'attache au récepteur de CD4

FUSION ET ENTREE : Fusion des membranes par intermédiaire de GP41 puis entrée du noyau viral dans le cytoplasme de la cellule CD4

TRANSCRIPTION ET INTEGRATION : La réserve transcriptase transforme l'ARN viral en ADN pro viral

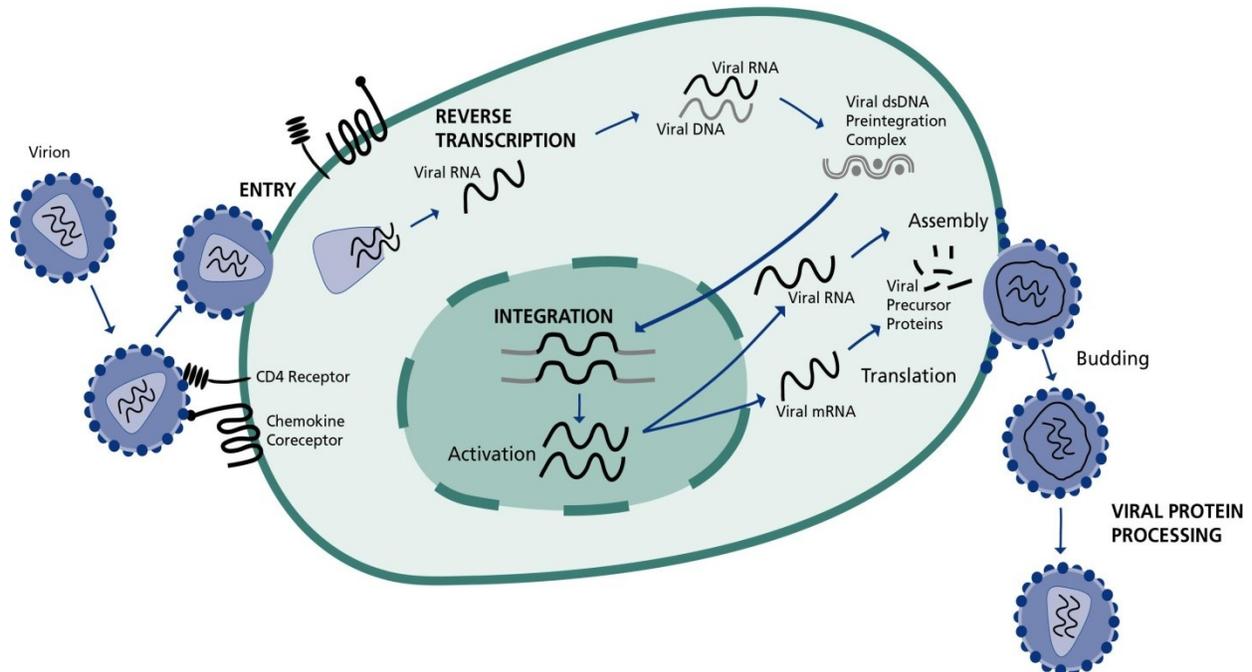
L'ADN pro viral entre dans le noyau de la cellule CD4

Intégration de l'ADN pro viral dans l'ADN de l'hôte

REPLICATION : L'ADN viral intégré transforme la cellule hôte en une "usine" pour fabriquer les protéines et le matériel génétique viraux.

BOURGEONNEMENT ET MATURATION : Les protéines virales et l'ARN génomique se rassemblent au niveau de la membrane de la cellule CD4.

Au niveau de la membrane, les virus immatures bourgeonnent de la cellule hôte et entrent dans la circulation sanguine.



SOURCE : WWW. [microbe - edu .org](http://microbe-edu.org)

5. Modes de transmission

La transmission est le produit de contact entre un liquide infecté et une muqueuse, mais également une quantité suffisamment importante de virus pour que la contamination soit possible [18].

Les liquides biologiques accessibles qui sont susceptibles de contenir suffisamment de virus pour permettre une transmission :

- Le sang (sang total, plasma, etc....)
- Les sécrétions sexuelles :
 - . Le sperme
 - . Le liquide pré séminal chez l'homme.
 - . Les sécrétions vaginales chez la femme.
- Le lait maternel

S'y ajoutent le liquide céphalorachidien, de liquide pleural, le liquide amniotique.

Dans l'ordre décroissent, les muqueuses perméables sont la muqueuse rectale, la muqueuse vaginale et la muqueuse buccale.

La transmission du virus se fait selon trois principaux modes :

5-1. la transmission sexuelle

La pénétration (soit l'entrée d'un sexe dans un orifice corporel pour être prosaïque, se qui inclut la pénétration anale, vaginale, et à un moindre degré buccale). Les cas de transmission par cunnilingus sont exceptionnellement rarissimes, alors que la contamination au cours de la fellation existe belle et bien même si cela reste rare [18].

A l'échelon mondial, 75-80% des infections par le VIH sont acquises à l'occasion des rapports sexuels non protégés [2].

5-2. la transmission sanguine

Elle se fait par l'intermédiaire de sang contaminé soit par transfusion de sang et dérivés soit par réutilisation des aiguilles non stérilisées et en général d'objets

souillés notamment le matériel médico- chirurgical contaminé, les couteaux, etc. [2].

5-3. La transmission verticale :

La transmission mère enfant (TME) du VIH peut se faire in utero (30% des cas) ou en per -patum (70% des cas). Le risque de transmission varie selon l'état clinique et biologique de la mère ; il est corrélé à l'intensité de la charge virale de la mère. Selon les études ce risque se situe entre 20 et 40% [23].

L'allaitement représente un risque supplémentaire de transmission estimé à 14% avec 1% de risque additionnel par mois d'allaitement les six premiers mois [23].

AUTRES MODES DE TRANSMISSION

Il s'agit entre autre de la transplantation d'organe, de liquides infectés, etc.

5-4. Facteur favorisant la transmission

➤ Sur le plan sexuel

- . Rapports sexuels occasionnels non protégés
- . Partenaires connus séropositifs au VIH
- . Infections ou lésions génitales chez la femme

➤ Sur le plan sanguin :

- . Transfusion de sang ou ses dérivés
- . Toxicomanie intraveineuse.

➤ Sur le plan vertical :

- . Portage de la mère du virus
- . Exposition intense du fœtus au liquide organique infecté de la mère

6. Aspects cliniques

6-1. Evolution générale de l'infection : elle se déroule en trois phases

- . Phase de Primo infection : elle s'effectue en 10-15 jours, le plus souvent

silencieuse ou marquée par de la fièvre, une pharyngite, des adénopathies cervicales plus rarement une méningo-encéphalite aseptique ou une myélite aiguë, une neuropathie périphérique, une paralysie faciale, un exanthème maculair et des troubles digestifs.

Ces symptômes peuvent manquer, passer inaperçus surtout en milieu tropical ou être confondus avec un syndrome grippal ou un syndrome mononucléosique.

. Phase asymptomatique : elle varie de 4 à 10 ans pour le VIH1 et de 20 à 25 ans pour le VIH2. C'est une phase cliniquement latente mais biologiquement active. La symptomatologie peut se réduire à un syndrome lymphadénopathique chronique.

. Phase SIDA : c'est la dernière phase et correspond à la survenue des infections dites opportunistes.

6-2. Les infections opportunistes

. **La Tuberculose** : c'est le chef de file avec une prévalence nettement élevée au cours de l'infection par le VIH. Les formes aiguës disséminées sont les plus fréquentes.

. **Les Troubles digestifs** : marqués par la diarrhée chronique parfois sanglante, d'abondance variables dont les agents pathogènes sont essentiellement les coccidies et les Salmonelles non typhiques. Il faut noter aussi la dysphagie par candidose œsophagienne.

. **La Toxoplasmose** : le système nerveux central est la principale localisation de l'infection à *Toxoplasma gondii*. Le tableau clinique est celui d'une encéphalite faite de fièvre, de trouble de la conscience, de céphalées et des signes neurologiques focaux.

. **La Cryptococcose** : due à *Cryptococcus neoformans*, réalise le plus souvent un syndrome méningé fébrile. Cette fièvre peut être souvent inexplicite. Des céphalées tenaces isolées et des troubles de la conscience complètent ce tableau clinique [2, 23].

. Les manifestations cutané-muqueuse

Elles sont multiples et souvent associées chez le même patient, rarement spécifique et parfois cause de découverte de l'infection par le VIH. Il s'agit des candidoses et de la leucoplasie chevelue. Il faut aussi noter le sarcome de Kaposi, le zona et l'herpes.

Tableau I : Principales complications infectieuses de l'infection par le VIH/SIDA

Infections	Poumons	Digestifs	Neurologiques	Peau	Atteintes généralisées
Parasitaires	Pneumocystose	Isospora belli Cryptosporidiose Microsporidiose Anguillulose	Toxoplasmose	Gale	Pneumocystose Toxoplasmose Anguillulose
Fongiques	Cryptococcose	Candidose orale Candidose oesophagienne	Cryptococcose	Cryptococcose Histoplasmose Onychomycose	Cryptococcose
Bactériennes	Tuberculoses Mycobacterioses atypiques Infection à Haemophilus Pneumocoque	Salmonellose	Tuberculose meningée	Prurigo	Mycobacteries atypiques Salmonellose Pneumocoque

	Nocardia				
Virales	Pneumopathie interstitielle à CMV	Colite à CMV Gastrite ou oesophagite ulcerante à CMV ou Herpes simplexe	Encephalite à CMV Rétinite à CMV	Herpes cutanéomuqueux extensif Zona Molluscum contagiosum	

Source : Malintrop afrique

Tableau II : Diagnostique du SIDA en milieu tropical (classic de Bangui)

Absence d'autres causes d'immunodépression cellulaire			
Adultes		Enfants (< 13 ans)	
Présence d'au moins 2 signes majeurs associés à au moins 1 signe mineur		Présence d'au moins 2 signes majeurs associés à au moins 2 signes mineurs	
Signe majeurs	Perte de poids+ 10% en 1 mois Diarrhée chronique + 1 mois Fièvre prolongée+ 1 mois	Signe majeurs	Fièvre récidivante+ 1mois Candidose buccale récidivante Infections pulmonaires récidivantes
Signe mineurs	Toux chronique +1mois Lymphadenopathie généralisée Infection herpétique Fatigue permanente Sueurs nocturnes Candidose buccale ou vaginale Herpes génitales récurrentes Cancer du col agressif à HPV	Signe mineurs	Diarrhée chronique +1mois Perte de poids, retard de croissance Lymphadenopathie généralisée Toux chronique +1mois Tuberculose extra pulmonaire Pneumocystose pulmonaire Infection maternelle à VIH confirmée

Tableau III : Principales manifestations cliniques retrouvées au cours du SIDA en Afrique

Amaigrissement > 10%	80-100%	Dysphagie	25-40%
Fièvre prolongée > 1 mois	60-90%	Prurit	20-40%
Diarrhée chronique > 1 mois	40-80%	Dyspnée	15-30%
Candidose orale	40-60%	Lymphadénopathie généralisée	15-30%
Toux	35-45%	Zona	10-20%
Prurigo	40-50%		

7. Traitement :

7.1 Traitement anti-rétroviral

7.1.1 But du traitement [2]

- Réduire la mortalité et morbidité liée au VIH
- Restaurer la fonction immunitaire
- Réduire la charge virale au niveau le plus bas possible et le plus longtemps possible.

7.1.2 Moyens : trois classes de molécules anti-rétrovirales sont utilisées.

- Les inhibiteurs nucléotidiques de la reverse transcriptase (INRT)
- Les inhibiteurs non nucléotidiques de la reverse transcriptase (INNRT).

Ces deux classes constituent les inhibiteurs de la reverse transcriptase.

- Les inhibiteurs de protéase (IP)

a) Les INRT : ce sont des pro drogues. Ils agissent au stade précoce en bloquant l'ARN virale et l'ADN pro virale. Ils sont efficaces sur VIH1 et VIH2.

Tableau IV : Les INRT présentation et posologie

D.C.I	Présentation	Spécialité	Posologie
Zidovudine (AZT)	Gel 100-250mg Cp 300mg	Rétrovir	< 60 kg 250mg×2/j > 60 kg 300mg×2/j repas ou non
Didanosine (DDI)	Cp100-200-250 -400mg	Videx	< 60 kg 250 mg ×1/j > 60 kg 400mg ×1/j
Lamivudine (3TC)	Cp 150 -300 mg Sol buv 10mg/ ml	Epivir	150 mg × 2/j Repas ou non
Stavudine (D4T)	Gel 30-40 mg	Zerit	30 mg ×2/j
Abacavir (ABC)	Cp 300mg Sol buv 20 mg/ ml	Ziagen	1cp ×2/j
Tenofovir (TDF)	Cp 250 mg	Viread	1 cp ×1/j
Emtricitavibine (FTC)	Gel 200 mg	Emtriva	1 gel/j
Zalcitabine (DDC)	Cp 0, 375 - 0, 750 mg	Hivid	0, 750 mg 1- 3×/j
Associations: AZT (300 mg) + 3 TC (150 mg)= Combivir 1 cp ×2/j AZT (300 mg + 3 TC (150 mg) + ABC (300 mg)= Trizivir 1 cp ×2/j d4T + 3TC + NVP = Triomine 30 1cp 2/J			

b) Les INNRT : ce ne sont pas des pro drogues.

- Ils sont directement actifs.
- Ils sont inactifs sur V.I.H2 et V.I.H1 du groupe o.
- Ils ont une bonne pénétration cérébrale et placentaire d'où leur utilisation dans la prévention de la transmission mère enfant (PTME).
- Ils sont utilisés en première intention dans les tri thérapie avec deux INRT

Tableau V : Les INNRT présentation et posologie

D.C.I	Présentation	Spécialité	Posologie
Névirapine (NVP)	Cp 200 mg	Viramune	200 mg × 1/j pdt 14 j Puis 200 mg × 2/j
Efavirenz (EFV)	Gel 50- 100-200 mg Cp 600 mg	Stocrin Sustiva	600 mg au coucher
Delavirdine (DLV)	Cp 100 mg	Rescriptor	400 mg × 3/j

c) Les IP :

- Ils agissent au stade tardif en inhibant la protéase se qui entraîne la formation de particules virales immatures (Virions) incapables d'infecter d'autres cellules.
- Ils sont directement actifs

Tableau VI : Les IP présentation et posologie

D.C.I	Présentation	Spécialité	Posologie
Indinavir (IDV)	Gel 200- 400 mg	Crixivan	800 mg × 3 à jein + 2 L d'eau 400 mg × 2 + RTV 100 mg × 2
Nelfinavir (NFS)	Cp 250 -625mg	Viracept	750mg × 3/j (repas)
Saquinavir (SAV)	Gel 200 mg	Fortovase	1200 mg × 3

		Invirase	1000 mg × 2 + RTV 100 mg × 2 (repas)
--	--	----------	--

Autres IP :

Ritonavir (RTV), Amprenavir (APV), Fosamprenavir (FPV), Atazanavir (ATV)

7.2 Indications du traitement ARV (26)

Le traitement est indiqué dans les cas suivants :

- Patient symptomatique
- Patient asymptomatique avec charge virale et taux de CD4 déterminés
- Taux de CD4 < 350/mm³ quelle que soit la charge virale
- En cas d'exposition au sang
- Chez la femme enceinte et chez le nouveau-né séropositif

Un bilan pré thérapeutique est indiqué chaque fois avant d'entamer le traitement

7.3 Surveillance :

La surveillance du traitement ARV doit être clinique portant sur la recherche d'infection opportuniste, la prise du poids, l'appréciation de l'état général et biologique portant sur la NFS, les transaminases, l'amylase mie, la numération des lymphocytes CD4+ et la mesure de la charge virale.

7.4 Prévention :

Elle est individuelle et collective

a)Individuelle : elle repose sur l'application correcte des quatre lettres de l'alphabet dite A, B, C, D.

A= Abstinence

B= Bonne fidélité

C= Condom

D= Dépistage

En plus,

- La protection du personnel soignant contre la contamination
- L'asepsie rigoureuse en de piqûre ou de contamination cutanée infectante.
- L'allaitement artificiel chez la mère séropositive.

Aucune vaccination contre le VIH n'est actuellement disponible du fait de l'hyper variabilités génétique du VIH

b) Collective [23]

- Dépistage des donneurs de sang et d'organes
- Limitation des transfusions
- Dépistage des groupes à risques
- Stérilisation stricte de tout matériel médical avant et après utilisation
- Campagne d'information en particulier auprès des groupes à risques : professionnel de sexe, transporteurs, militaires, toxicomanes, homosexuels, la population jeune dans le sens du changement positif du comportement et l'adoption de bonnes pratiques sexuelles.

Relation entre VIH et les attitudes comportementales

Au Mali comme ailleurs, il est établi que la transmission sexuelle est le mode de propagation du VIH le plus important. Cette propagation repose essentiellement sur des comportements de l'être humains (rapports sexuels non protégés, vagabondage sexuel, mauvaise utilisation du préservatif, I.S.T mal traitée ou non traitée). Ces comportements sont favorisés par la pauvreté, par des relations inégalitaires entre homme et femme, ou entre personnes âgées et les plus jeunes. La sexualité humaine relève du domaine des comportements.

La forte mobilité des chauffeurs routiers accroît la propagation géographique du VIH. Souvent obligés de partir pour l'étranger pour trouver du travail, ils sont séparés de leurs familles et nombreux sont ceux qui ont recours aux

professionnelles de sexe en ayant des rapports sexuels pas toujours protégés. Ils ont également des rapports avec une multitude de partenaires non régulière (vendeuses, gargotières, aides familles). Le service est souvent rendu avec une contre partie financière pour la femme, pour les rapports sans préservatifs.

Une fois contaminés ces couples provisoires présentent une probabilité élevée de contaminer d'autres personnes, car ce déplaçant en permanence.

Les professionnelles de sexe entretiennent des relations sexuelles de type vaginal et/ou anal très souvent non protégés avec des partenaires multiples non réguliers. Elles s'exposent de cette façon aux risques d'infection et exposent de même leurs clients [28].

Les jeunes représentent une population importante et sont tous particulièrement exposés aux risques de contacter ou de transmettre une infection à VIH en occurrence ceux dont les comportements sont liés aux activités socio-économiques (courtiers, vendeuses, aides ménagères). Les jeunes qui arrivent en villes du fait de l'exode rural, laissés à eux même, se livrent à des comportements non contrôlés.

Les jeunes garçons ont des relations fréquentes avec les professionnelles de sexe. Ils sont souvent employés comme apprentis dans le secteur du transport ou ils aident les chauffeurs sur les longues distances. Dans ce cadre ils ont parfois des relations avec des hommes beaucoup plus âgés.

Les jeunes femmes et filles qui travaillent comme employés de maison sont souvent exploitées par leurs employeurs. Ces rapports souvent non protégés et elles subissent parfois des abus sexuels de la part des adolescents des familles d'accueil [24-28].

La sexualité entre homme englobe fréquemment le rapport anal non protégé, ou ce type de rapport comporte un risque élevé de transmission du VIH en particulier pour le partenaire passif mais aussi un large pourcentage de ces homosexuels sont mariés et également ont des rapports sexuels non protégés avec d'autres femmes.

Les toxicomanes pour la plus part utilisent du matériel d'injection non stérile, mais aussi procèdent à des échanges rituelles de ces matériels, s'exposant ainsi à un risque pour le VIH en même temps que leurs partenaires au cours des rapports sexuels non protégés [24-29].

Il ne fait plus de doute que la relation entre comportements humains et la propagation du Sida est évidente.

III. METHODOLOGIE

Cadre et Lieu d'étude :

Notre étude a été menée dans le cercle de Bougouni. Elle a porté sur les secondaires âgés de 15 à 24 ans conformément à la définition de l'OMS au terme jeune. Nous avons choisi de façon aléatoire trois établissements d'enseignement secondaire qui sont le Lycée Kalilou Fofana, l'Institut de Formation des Maîtres (IFM) et la Chaîne Grise.

L'intérêt d'un tel choix est de savoir s'il existe une différence dans les connaissances et attitudes des jeunes d'établissement secondaire à différentes filiales d'étude.

SITUATION DES ETABLISSEMENTS D'ENQUETE

L'IFM (Institut de Formation des Maitres)

Située à la sortie de la ville sur la route nationale N°8, elle a été créée en 1994.

Elle est fréquentée par 1740 élèves repartis dans 21 salles de classes avec 41 enseignants.

LKFB (Lycée Kalilou Fofana de Bougouni)

Situé à l'Ouest de la ville, il a été créé en Octobre 1980. Il est fréquenté par 1513 élèves dont 1133 garçons et 380 filles repartis dans 23 salles de classes avec 55 enseignants.

La Chaîne Grise

Située à la sortie de la ville sur la route nationale N°8. Elle compte un effectif de 503 élèves dont 322 garçons et 181 filles répartis dans 13 salles de classes enseignées par 43 enseignants dont 3 femmes.

1.1- Historique :

Bougouni l'une des plus vieilles villes du Mali est la capitale du « Banimonoté ». Le « Bani » (fleuve) et le « Mono » (rivière) sont deux cours d'eau la traversant « Tié » ce veut dire entre le Bani et le Mono. Selon une version, au départ le village serait essentiellement constitué de multiples petites huttes ou de cases occupées par des patients et leurs proches venus en traitement médical, d'où cette appellation Bougouni petite case en « bamanankan ».

La présence des colonisateurs français remonterait aux années 1893. Le 10 juillet 1894 le colon transfère la capitale administrative de Faragouaran à Bougouni, village distant de 45km. Le premier administrateur fut le lieutenant Gouraud.

Bougouni est jumelée à la ville française d'Aurillac.

1-2 - Aspects géographiques

- **Situation géographique :**

Située entre le «Bani» et le «Mono» Bougouni est un véritable carrefour.

La route nationale N°7 traverse la ville et rejoint de part et d'autre Bamako à 160 km et Sikasso à 210 km. Il est limité :

- au nord par les cercles de Kati et Diola, (région de Koulikoro)
- au sud par la république de Côte d'Ivoire
- au sud-est par les cercles de Kolondiéba et Sikasso
- à l'ouest par le cercle de Yanfolila

La ville est située dans un bas-fond et une superficie de : 20028km².

- **Climat et végétation :**

Le climat est de type soudanien comprenant une saison sèche et une saison des pluies.

La savane arboreuse constitue l'essentielle de la végétation. Les espèces dominantes sont : le karité, le néré, le caillédra, le baobab, le kapokier, et le fromager.

- **Hydrographie :**

Le réseau hydrographique est fourni par le « Bani » et le « Mono », affluents des fleuves Niger et Sénégal respectivement.

1- 3- Voies de communication :

Elles sont constituées pour l'essentiel de :

- Axe Bamako-Bougouni
- Axe Bougouni-Sikasso-Côte d'Ivoire
- Axe Bougouni-Yanfolila-Guinée (Conakry)

Une centrale téléphonique depuis 1984 et la téléphonie mobile (Orange Mali et Malitel)

en 2004. La ville compte quatre (4) stations radio FM (Banimonotié, Bédiana, Kafokan et Arc en ciel).

1- 4- Population :

La population générale du cercle est 422937 habitants selon le recensement administratif de 2009 actualisé soit une densité de 21 habitants au km². De plus en plus le cercle attire de nombreux immigrants venant de l'intérieur du pays et des pays voisins à cause des activités d'exploitation d'or. L'émigration a enregistré ces dernières années un retour massif d'émigrants originaire du cercle ou d'autres localités du pays à cause des événements en Côte d'Ivoire.

1- 5- Religion :

Trois (3) cultes dominent la région du cercle : il s'agit par ordre de priorité de l'islam, du christianisme et de l'animisme.

1-6- Economie-finance :

Le cercle de Bougouni a une économie rurale particulièrement agropastorale.

Des ONG telles que Save the Children, l'HELVETAS, l'AID-MALI, CAECE Djiguissèmè opèrent dans la zone dans des secteurs clés comme la santé, l'éducation, la décentralisation, la foresterie, l'hydraulique villageoise.

1-7- Industrie et commerce :

Le géant du coton au Mali, la compagnie malienne du développement textile (CMDT) y possède deux (2) unités importantes.

L'installation des banques (BNDA) et des caisses d'épargne (Kafodjiguinè) et la facilité d'accès à la zone ont favorisé le commerce. L'usine de traitement de noix de karité de zantiébougou et de la mine d'or de Morila qui ont permis de mettre fin au chômage de milliers de jeunes du cercle. Bougouni est devenu un pôle d'attraction des investisseurs de par sa position géographique.

1-8-Infrastructures socio sanitaire :

- **Au niveau cscm et apparenté :**

Le cercle de Bougouni compte 34 CSCOM fonctionnels dont trois dans la ville de Bougouni, une clinique a la Mine d'or de Morula, 4 cabinets médicaux dont 3 dans la ville et 1 a Koumantou, 3 cabinets de soins dont 2 dans la ville et l'autre a Bablena, 4 infirmeries au compte de la CMDT et les écoles secondaires dont 3 dans la ville et l'autre a Koumantou, un centre confessionnel a Banantoumou. De nombreuses Maternités rurales dont le nombre exact est difficile a chiffré a cause de l'alternance d'ouverture et de fermeture. La plupart de ces structures en dehors des maternités sont gérées par les infirmiers. Ce pendant on note la présence des médecins dans les Cabinets, quatre CSCOM, et le centre confessionnel. Par rapport à la logistique du centre de santé de référence, deux ambulances en bon état sont disponibles et assurent les évacuations à tous les niveaux. Ces ambulances ont été mises en circulation en 2008 et 2009 sur financement de l'état Malien.

- **Au niveau du CSRéf :**

Ce centre fut un dispensaire à partir de 1949 dirigé par le médecin colonel Vermier qui fut son premier médecin, ensuite érigé en CSRéf en 1996. Il est situé dans le quartier Médine en plein centre de la ville de Bougouni à droite, au bord de la route bitumée allant de Massablacoura à la préfecture.

Comme dans beaucoup de cercles dans la région de Sikasso, dans le cadre de l'amélioration de la qualité des soins du programme santé IV de la Banque Africaine de Développement (BAD), le centre de santé de référence de Bougouni est en entière rénovation. Mais à travers les prévisions en locaux et en équipements ont peu s'attendre à un centre qui répondra aux normes de la qualité en matière de prestation.

Malgré cette rénovation les activités du centre n'ont pas connus d'interruption même si on reconnaît le transfert de certaines unités dans des locaux peu adaptés comme ce fut le cas de la maternité.

- **Autres structures :**

Il existe de nombreux dispensaires ruraux et de maternités dans toutes les aires de santé gérées par les aides soignants et matrones.

Il existe aussi :

Trois Cabinets médicaux dans la ville de Bougouni ;

Deux infirmeries pour les usines CMDT de Bougouni et de Koumantou ;

Un Cabinet médical à Koumantou ;

Deux infirmeries scolaires au lycée et à l'IFM ;

Quatre (4) officines pharmaceutiques dans la ville de Bougouni.

1-9- Le personnel du centre de santé de référence :

Il est composé de :

1 Médecin spécialiste en chirurgie, chef de service ;

1 Médecin santé publique ;

1 Pharmacien ;

- 3 Médecins généralistes repartis entre les unités ;
- 2 Assistant Médical en Santé publique ;
- 1 Assistant Médical en Santé Mentale ;
- 1 Assistant Médical en Odontostomatologie ;
- 1 Assistant Médical en bloc opératoire ;
- 1 Assistants Médical en Anesthésie Réanimation ;
- 1 Assistant Médical en Ophtalmologie ;
- 1 Assistant Médical en Biologie Médicale ;
- 2 Techniciens Supérieur de Santé en Santé Publique ;
- 3 Technicien de Santé en Laboratoire
- 1 Technicien Supérieur de Santé en Hygiène Assainissement ;
- 2 Sages femmes ;
- 4 Infirmières Obstétricienne ;
- 7 Techniciens de Santé en Santé Publique ;
- 7 Aides Soignants ;
- 3 Matrones ;
- 4 Chauffeurs ;
- 2 Comptables ;
- 1 Secrétaire ;
- 7 Techniciens de surface.

Cependant un besoin en technicien ou spécialiste se pose pour faire face aux réalités du cercle : en radiologie, kinésithérapie, pédiatrie, ORL, dermatologie et en santé publique, prothésiste.

Au niveau du centre de santé de référence sont réalisées les activités de deuxième niveau.

2. TYPE D'ETUDE

Il s'agissait d'une étude de type transversal descriptif basée sur un sondage exhaustif des jeunes scolaires de 15 à 24 ans sur leurs connaissances et attitudes sexuelles en matière de VIH /SIDA.

3. PERIODE D'ETUDE

L'étude s'est déroulée du 20 février 2009 au 10 janvier 2010 période à la quelle la population scolaire était assez stable.

4. POPULATION D'ETUDE

Il s'agissait des jeunes scolaire âgés de 15 à 24 ans dans le cercle de Bougouni et fréquentant les établissements choisis (L'Institut de formation des Maitres, le Lycée Kalilou Fofana, la Chaine Grise)

5. ECHANTIONNAGE

La taille de l'échantillon à été calculée selon la formule de Schwartz

$$n = (z\alpha^2 \times p \cdot q) / i^2$$

Où

n= taille de l'échantillon

Z α =écart réduit correspondant au risque α consenti a un seuil de signification de 0,05 ; z α =1,96

P=0,50 : nous n'avion pas d'idée sur la valeur P donc nous avons pris 50%

q = (1-p)=0,50 :c'est le complément de p

i=0,05 ; c'est la précision que nous avons fixé pour cette étude.

$$n = (1,96)^2 \times 0,50 \times 0,50 / (0,05)^2 = 384$$

Nous avons estimé à 5% les pertes possibles par les refus de répondre à certaines questions.

Critère d'inclusion :

- ✓ Etre élève dans l'un des établissements choisis
- ✓ Etre âgé de 15 à 24ans
- ✓ Accepter volontiers de répondre aux questions

Critère de non inclusion :

- ✓ Tous les élèves âgés de moins de 15 ans et de plus de 24ans
- ✓ Tous les élèves ne fréquentant pas l'un des établissements choisis
- ✓ Tous les élèves n'acceptant pas de façon volontaire de participer à notre étude

6. CONSIDERATIONS ETHIQUES

6-1 Démarches administratives :

Une demande d'autorisation d'enquête établie par le Médecin chef a été adressée au responsable administratif des différents établissements choisis (voir annexe).

En collaboration avec le surveillant général nous sommes passés dans les classes pour expliquer aux élèves les objectifs de l'enquête et les questionnaires ont été distribués aux volontaires à y participer.

Avant le début de l'enquête proprement dite, nous avons procédé à une rencontre avec les personnels d'encadrement de ces établissements afin de leur expliquer les objectifs et les bénéfices de cette enquête.

6-2 Valeur sociale et scientifique de l'étude :

Cette étude permet d'apprécier le niveau de connaissance et de déterminer les attitudes sexuelles des jeunes afin d'apporter des stratégies visant à induire les changements de comportements et réduire les comportements à risque.

6-3 Consentement éclairé :

Au cours de cette enquête, nous avons obtenu le consentement éclairé du participant. Au moment de l'administration du questionnaire, nous avons préservé l'anonymat de l'enquêter.

7. CONCEPTION DES FICHES D'ENQUETES

Elles ont été conçues et élaborées sur la base de nos objectifs et ont été soumises aux corrections d'encadreurs.

8. COLLECTE DES DONNEES

Elle a été rendue possible grâce à des questionnaires individuels comportant trois parties.

9. TRAITEMENT ET ANALYSE DES DONNEES

Les données recueillies ont été saisies avec le logiciel *MICROSOFT WORD XP*, analysées sur *SPSS 12*.

10. VARIABLE ETUDIE

Les aspects sociodémographiques (Age, sexe, résidence, religion), les connaissances et attitudes ont été étudiés.

IV. RESULTATS

I. Caractéristique socio - démographique

Tableau VII : Répartition des participants selon le sexe

Sexe	Fréquence	%
Masculin	276	71,9
Féminin	108	28,1
Total	384	100,0

Le sexe masculin était dominant sur le sexe féminin soit un ratio de 2,5.

Tableau VIII : Répartition des participants selon la tranche d'âge

Tranche d'âge (ans)	Fréquence	%
15 – 17	77	20,0
18 – 20	204	53,2
21 – 25	103	26,8
Total	384	100,0

La tranche d'âge la plus représentée était de 18 – 20 ans.

Tableau IX : Répartition des participants selon la religion

Religion	Fréquence	%
Islam	310	80,7
Christianisme	43	11,2
Animisme	31	8,1
Total	384	100,0

L'islam était la religion la plus représentée avec 80,7%

Tableau X : Répartition des participants selon leur établissement

Etablissement	Fréquence	%
Lycée K.F.B	180	46,9
Lycée C.G	110	28,6
IFM	94	24,5
Total	384	100,0

Les élèves du lycée **Kalilou Fofana de Bougouni** avaient représenté la majorité de notre étude soit 46,9%

Tableau XI : Répartition des participants en fonction de la résidence

Résidence	Fréquence	%
2 parents	155	40,4
Père	6	1,6
Mère	38	9,9
Tuteur	151	39,3

Seul	34	8,9
Total	384	100,0

Plus de quarante pourcent de nos participants vivaient avec les deux parents.

Tableau XII : Répartition des participants en fonction du sexe et l'établissement

Sexe	Etablissements					
	Lycée K.F.B		Lycée C.G		IFM	
	Eff	%	Eff	%	Eff	%
Masculin	123	68,3	74	67,3	79	84,0
Féminin	57	31,7	36	32,7	15	16,0
Total	180	100,0	110	100,0	94	100,0

Le sexe masculin a été le plus dominant dans les établissements choisis

II. Connaissances sur le VIH/SIDA

Tableau XIII : Répartition des participants selon qu'ils aient entendu parler du VIH /SIDA

Entendu	Fréquence	%
---------	-----------	---

Oui	384	100,0
Non	0	0
Total	384	100,0

La totalité de nos participants avait entendu parler du VIH/SIDA.

Tableau XIV : Répartition des participants selon leur première source d'information sur le VIH /SIDA

Sources	Fréquence	%
Parents	37	9,6
Ecole	99	25,8
Personnel de Santé	21	5,5
Partenaire	4	1,0
Amis	18	4,7
Association/Organisation	10	2,6
Presse	191	49,7
Autres	4	1,0
Total	384	100,0

Plus de 49% des sujets de notre étude avaient reçu l'information sur le VIH/SIDA à travers la presse.

Autres : Théâtre, Pair éducateur, Panneau publicitaire

Tableau XV : Répartition des participants selon leur croyance à l'existence du VIH /SIDA

Croyance	Fréquence	%
OUI	343	89,3
NON	41	10,7
Total	384	100,0

Un peu plus de 89, % des participants croyaient à l'existence du VIH/SIDA.

Tableau XVI : Répartition des participants selon leur connaissance sur le mode de transmission du VIH /SIDA

Connaissance	Fréquence	%
Sexuelle	203	52,9
Sanguine	127	33,1
Mère-enfant	26	6,8
Pas de réponse	28	7,3
Total	384	100,0

La voie sexuelle a été celle la plus citée avec 52,9%

Tableau XVII : Répartition des participants selon la connaissance des moyens de lutte contre le VIH/SIDA

Connaissance des moyens de lutte	Fréquence	%
OUI	318	82,8
NON	66	17,2

Total	384	100,0
--------------	------------	--------------

Les moyens de lutte contre le VIH/SIDA étaient connus par 82,8% des participants à notre étude.

Tableau XVIII : Répartition des participants selon la connaissance des différents moyens de prévention contre le VIH/SIDA

Moyens de prévention	Fréquence	%
Préservatif	217	56,5
Fidélité	52	13,5
Abstinence	43	11,2
Autres	72	18,7
Total	384	100,0

Le préservatif était le principal moyen de prévention contre la transmission de VIH/SIDA connu par 56,5% des participants.

Tableau XIX : Répartition des participants selon leur croyance à l'existence du SIDA et selon l'établissement

croyance à l'existence du SIDA	Etablissements					
	Lycée K.F.B		Lycée C.G		IFM	
	Eff	%	Eff	%	Eff	%

Oui	165	91,7	100	90,9	78	83,0
Non	15	8,3	10	9,1	16	17,0
Total	180	100,0	110	100,0	94	100,0

Parmi nos participants qui ne croyaient pas à l'existence du SIDA, 17% fréquentaient l'Institut de Formation des Maîtres.

III. Attitudes sexuelles

Tableau XX : Répartition des participants selon qu'ils ont déjà eu des rapports sexuels

Rapport	Fréquence	%
Oui	235	61,2
Non	106	27,6
Pas de réponse	43	11,2
Total	384	100,0

Le plupart de nos participants soit 61,2% avaient déjà eu des rapports sexuels.

Tableau XXI : Répartition des participants selon l'âge au premier rapport sexuel

Age	Fréquence	%
08 à 14 ans	45	11,7
15 à 19 ans	120	31,3

20 à 25 ans	35	9,1
Ne se rappelle pas	89	23,2
Pas de réponse	95	24,7
Total	384	100,0

Plus de trente un pour cent des participants avaient eu leur premier rapport sexuel entre 15 – 19 ans.

Tableau XXII : Répartition des participants selon les conditions du premier rapport sexuel

Conditions	Fréquence	%
Curiosité	125	53,2
Contrainte	19	8,1
Pas de réponse	91	38,7
Total	235	100,0

Plus de la moitié de nos participants soit 53,2% avaient fait leur premier rapport sexuel par curiosité.

Tableau XXIII : Répartition des participants selon l'utilisation du préservatif lors du premier rapport sexuel

Préservatif	Fréquence	%
Oui	54	22,9
Non	98	41,8
Pas de réponse	83	35,3

Total	235	100,0
--------------	------------	--------------

Seuls 22,9% des participants avaient utilisé le préservatif lors du premier rapport sexuel.

Tableau XXIV : Répartition des participants selon la tranche d'âge et l'utilisation du préservatif lors du premier rapport sexuel

Tranche d'âge	Utilisation du préservatif					
	Oui		Non		Pas de reponse	
	Eff	%	Eff	%	Eff	%
15 – 17	18	4,6	32	8,4	27	7,0
18 – 20	48	12,6	86	22,3	72	18,8
21 - 25	24	6,0	43	11,2	36	9,4
Total	88	22,9	161	41,9	135	35,2

Dans la tranche d'âge de 18 – 20 ans, 22,3% de nos participants n'avaient pas utilisé le préservatif lors de leur premier rapport sexuel.

Tableau XXV : Répartition des participants selon qu'ils ont eu des rapports sexuels avec des partenaires sexuels occasionnels

Rapport	Fréquence	%
OUI	75	31,9
NON	83	35,3
Pas de réponse	77	32,8

Total	235	100,0
--------------	------------	--------------

Soixante quinze participants soit 31,9% de l'effectif avaient eu des rapports sexuels avec des partenaires sexuels occasionnels.

Tableau XXVI : Répartition des participants selon l'utilisation du préservatif lors des rapports sexuels occasionnels

Préservatif	Fréquence	%
Toujours utilisé	16	21,3
Parfois utilisé	31	41,4
Jamais utilisé	28	37,3
Total	75	100,0

Seulement 21,3% des participants avaient toujours utilisé le préservatif avec leurs partenaires sexuels occasionnels.

Tableau XXVII : Répartition des participants selon les raisons d'utilisation du préservatif

Raisons	Fréquence	%
Eviter le VIH/SIDA	52	13,5
Eviter Grossesse Non Désirés	28	7,3
Eviter VIH et Grossesse Non Désirée	304	79,2

Total	384	100,0
--------------	------------	--------------

Dans notre effectif, 13,5% des participants pensaient que le préservatif est utilisé pour éviter le VIH/SIDA.

Tableau XXVIII : Répartition des participants selon la qualité du rapport avec le préservatif

Qualité	Fréquence	%
Bonne	103	43,7
Inchangée	39	16,6
Mauvaise	93	39,7
Total	235	100,0

Cent trois participants soit 43,7% de l'effectif trouvaient que la qualité du rapport avec le préservatif est bonne.

Tableau XXIX : Répartition des participants selon la tranche d'âge et selon la qualité du rapport avec le préservatif

Tranche d'âge	Qualité du rapport avec le préservatif					
	Bonne		Inchangée		Mauvaise	
	Eff	%	Eff	%	Eff	%
15 – 17	21	8,7	8	3,3	19	7,9
18 - 20	55	23,3	21	8,8	49	21,2

21 - 25	27	11,7	10	4,5	25	10,6
Total	103	43,7	39	16,6	93	39,7

Dans la tranche d'âge de 18 – 20 ans, 21,2% des participants trouvaient mauvaise la qualité du rapport avec le préservatif.

Tableau XXVIII : Répartition des participants selon le problème avec utilisation du préservatif

Problème	Fréquence	%
Pas de problème	109	46,1
Allergie	20	8,6
Gène	72	30,7
Pas de gout	28	11,9
Autres	6	2,7
Total	235	100,0

Quarante six pour cent des participants n'avaient pas de problème avec l'utilisation du préservatif.

Autres : Diminution de la sensation, retard d'éjaculation

Tableau XXIX : Répartition des participants selon leurs sources d'approvisionnement en préservatif

Sources	Fréquence	%
Pharmacie	81	34,6
Centre de Santé	36	15,3

Boutique	69	29,3
Amis	28	11,9
Jamais utiliser	21	8,9
Total	235	100,0

La plupart de nos participants s'approvisionnaient en préservatif à la pharmacie soit 34,6%

V. DISCUSSION

L'analyse des différents tableaux suscite quelques commentaires et discussions.

1) Approche méthodologique :

Nous avons réalisé une étude descriptive et transversale qui s'est déroulée du 20 *Fevrier2009 au 10 Janvier 2010.*

Cette étude portant sur 384 participants nous a permis de mieux appréhender les caractéristiques sociodémographiques, les attitudes et connaissances sexuelles des scolaires face au VIH/SIDA.

2) Caractéristiques sociodémographiques :

2)-1. Tranches d'âge et sexe :

Au cours de notre étude la tranche d'âge la plus représentée a été de 18 – 20 ans avec 53,2%. Barkissa TRAORE avait trouvé 46,02% pour la tranche d'âge de 18 – 20 ans [2]. Par contre, BOMIA M.A.D avait trouvé 90,4% dans la fourchette de 14 – 19 ans [3].

Les garçons étaient majoritaires par rapport aux filles avec 71,9% dû probablement à leur contact facile sur les questions de sexualité contrairement aux filles qui ont tendance à être un peu renfermées sur la question. Nous pensons également que le faible taux de scolarisation des filles est un facteur qui peut expliquer cet état de fait.

2)-2. Religion :

L'islam était la religion la plus représentée avec 80,7%.

Cela s'explique par le fait que l'islam est la religion dominante en république du Mali.

2)-3. Etablissement :

Les élèves de lycée Kalilou Fofana ont représenté la majorité de notre échantillon dû à l'abord facile de ces élèves à participer à notre étude.

3) Connaissances sur le VIH/SIDA :

3)-1. Entendu, source d'information et croyance au VIH/SIDA.

Pour évaluer le niveau de connaissance des élèves sur le VIH/SIDA, nous leurs avons demandé s'ils avaient déjà entendu parler de VIH/SIDA. Il en ressort que la totalité soit 100% de nos participants avaient entendu parler de VIH/SIDA..

Barkissa TRAORE et BOMIA M.A.D avaient trouvé respectivement 99,57% et 99% [2,3].

Tout simplement parce qu'il existe diverses méthodes permettant une large diffusion de l'information sur le VIH/SIDA. Il s'agit de la publicité par les affiches, les banderoles, la presse ainsi que les campagnes de sensibilisation et d'éducation de la population.

La presse a été la plus citée comme première source d'information sur le VIH/SIDA.

Ces résultats confirment le fait d'une assez bonne connaissance du VIH/SIDA par les élèves de notre étude.

Cependant, malgré cette large diffusion d'information, 10,7% de notre effectif ne croient pas à l'existence du VIH/SIDA.

3)-2. Mode de transmission et moyens de prévention :

La bonne connaissance des voies de transmission et des moyens de prévention du VIH/SIDA par les élèves a été largement affirmée au cours de notre étude. C'est ainsi que la voie sexuelle a été la plus citée avec 52,9% suivi de la voie sanguine et de la transmission mère-enfant.

D'autres auteurs ont trouvé des résultats similaires. Ainsi Barkissa TRAORE avait trouvé 98,1% pour la voie sexuelle 88,1% pour la voie sanguine et 64,4% pour la transmission mère-enfant [2].

BOMIA M.A.D 75,2% pour la voie sexuelle, 35,8% pour la voie sanguine et 21,8% pour les objets tranchants [3].

Le préservatif était le moyen de prévention le plus connu avec 56,5% suivant respectivement de la fidélité et de l'abstinence.

Maïga O.L et BOMIA M.A..D. rapportaient respectivement 82,1% et 83,2% [22,3].

4) Attitudes sexuelles :

Sur les 384 participants à notre étude, 235 soit 61,2% de l'effectif avaient déjà eu des rapports sexuels. Barkissa TRAORE avait trouvé que 51,65% de son effectif avaient déjà eu des rapports sexuels contre 45,07%.

Le plupart de nos scolaires soit 31,3% se situaient dans la tranche d'âge de 15 – 19 ans contrairement au résultat de Barkissa TRAORE qui avait trouvé 51,6% pour la même tranche d'âge.

Signalons que 23,2% de notre effectif ne se rappelait de leur âge au premier rapport sexuel ce qui témoigne un comportement sexuel médiocre des jeunes scolaires. Nous remarquons que nos scolaires ont une activité sexuelle précoce dont les causes sont multiples. La principale raison serait le manque d'éducation sexuelle dans la famille et la faible dispensation des cours de comportement sexuel dans les classes.

Non ou mal préparés, ils font leur première expérience par curiosité sans pour autant utilisé le préservatif. Cela est justifié par le fait que 98 soit 41,8% de notre effectif n'ont pas utilisé le préservatif lors du premier rapport sexuel. Notons que 75 soit 31,9% ont eu des rapports avec des partenaires sexuels occasionnels et 21,3% avaient toujours utilisé le préservatif, 41,4% occasionnellement et 37,3% ne l'ont jamais utilisé.

Ceci est supérieur aux résultats de Barkissa TRAORE [2] qui avait trouvé que 16,75% de son échantillon étaient sexuellement actifs avec des rapports sexuels occasionnels. Parmi ceux-ci respectivement 13,89%, 4,93% et 5,3% avaient toujours, occasionnellement et jamais utilisé le préservatif.

Dans l'étude de BOMIA M.A.D [3], 76% des élèves déclaraient avoir utilisé de temps en temps le préservatif au cours des rapports sexuels et 66,4% avaient déclaré de ne l'avoir jamais utilisé.

Certains de nos participants soit 7,3% pensaient que le préservatif est utilisé uniquement pour éviter les grossesses non désirées, 39,7% trouvaient que la qualité du rapport avec le préservatif était mauvaise et beaucoup de problème avaient été signalés par rapport à l'utilisation du préservatif. Il s'agit entre autre de : « ***Je ne trouve pas de gout, je suis gêné, le retard d'éjaculation*** ».

Les sources d'approvisionnement de nos participants en préservatif sont multiples mais la pharmacie suivie de la boutique est les sources les plus courantes.

VI. CONCLUSION

Au terme de notre étude, nous avons abouti aux conclusions suivantes :

- Une bonne connaissance des voies de transmission et les mesures de prévention contre le VIH/SIDA par les élèves des établissements d'enseignement secondaire de Bougouni.
- Malgré cette bonne connaissance sur le VIH/SIDA, nous avons déploré des comportements à risque. Il s'agit entre autre de la précocité des rapports sexuels, la non utilisation du préservatif, le rapport avec les partenaires occasionnels.
- D'autres études ultérieures sont nécessaires pour déterminer les raisons de cette résistance au changement de comportements.

VII. RECOMMANDATIONS

Au regard des résultats et des conclusions de notre étude, les recommandations suivantes ont été formulées et s'adressent respectivement au :

1- Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la recherche scientifique :

- Organiser des journées de sensibilisations sur le VIH/SIDA dans tous les établissements scolaires à travers les conférences débats, des sketches en insistant sur les différents moyens de protection contre le VIH/SIDA différent du préservatif.

- Introduire dans le programme d'enseignement des cours d'éducation sexuelle au niveau secondaire.

- Demander aux leaders politiques et religieux de s'impliquer dans les activités d'information, d'éducation, pour la prévention du VIH/SIDA en milieu scolaire.

- Encourager les études et les recherches opérationnelles sur les comportements sexuels des adolescents et des jeunes.

2- Ministre de la santé :

Etendre la mise en place de centres de jeunes pour la prise en charge de leurs problèmes en particulier sanitaires.

3- Haut Conseil de lutte contre le SIDA :

Renforcer la prévention en mettant un accent particulier sur la prévention et les stratégies visant à induire les changements de comportements afin de réduire les comportements à risque.

4- Parents :

Informé si possible les scolaires sur les dangers d'un comportement sexuel à risque.

5- Scolaires :

Etre à l'écoute des pairs éducateurs pour avoir des connaissances adéquates sur le VIH/SIDA.

VIII. REFERENCES

1 Amidou TRAORE

Connaissances, attitudes et pratiques comportementales des jeunes de moins de 20 ans face au I.S.T/SIDA

Thèse Médecine Bamako 2006 N° P67

2 Barkissa dite N’Gnio TRAORE

Connaissances et comportements en matière du V.I.H/ SIDA en millier scolaire

Thèse Médecine Bamako 2006 N° M 212

3 Bomia M.A.D.

Connaissances attitudes et pratiques sur la santé de la reproduction en millier scolaire (second cycle et lycée) à Bamako de Mars à Juin 2004

Thèse Médecine Bamako 2004 N °17

4 Camara Mohamed

Les jeunes face à la sexualité.

Thèse Médecine Bamako 1993

5 CERPOD : Centre d’Etude et de Recherche sur la Politique et le Développement.

Santé de la reproduction chez les adolescentes au Burkina Faso, au Mali, au Niger.

Vol 5 N°1 Sep.1996

6 Cissé Aichata

Connaissances et comportements sexuels des jeunes de 15-20 ans sur les MST/SIDA.

Thèse Médecine Bamako - Faculté des études supérieures Laval 1993 – Québec

7 DELAPORTE E

Viro- épidémiologie et variabilité génotype du VIH.

Programme SIDA de IORSTOM à Montpellier ADHET- PU du 13/ 05/ 97.

8 EDS- Mali

Rapport de synthèse 1995- 1996, Page 20

9 EDS – santé de la reproduction

Les jeunes en danger, Dec. 1997

10 ETANE A.

Etudes du développement pubertaire et des comportements sexuels des garçons en millier scolaire.

Thèse Médecine Bamako Mali 1998 N° 27

11 Fatoumata TRAORE

Etude de la séroprévalence et des connaissances attitudes et pratiques sur le VIH/SIDA dans le secteur de l'éducation au Mali.

Thèse Médecine Bamako Mali 2008 N° P50

12 Gentilini M, Duflo J C

Rétro virose tropicale : infection à VIH/SIDA en zone tropicale

Médecine tropicale ISBN : 2-257-14394-9; 1993 Flammarion Med. SC

13 Gilles BRUCKER, Roland TUBIANA

Prévention des risques professionnels et règle de désinfection

Doin VIH éd. 2001

14 Groupe pivot – santé – population

La santé de la reproduction des adolescents et jeunes adultes au Mali. Sep 2000

15 Htt : // documentation. Ledmed. Org/IMG/html/doc. 10797.html

16 [http://fr. wikipedia. Org/ wiki/ Virus – de – l'immunod% C3% A9 ficiency – humaine](http://fr.wikipedia.org/wiki/Virus_de_l'immunod%C3%A9ficience_humaine)

Nov. 2007

17 [Http/www. Pasteur fr. /actu/ presse/ dossier/ sida/ d%C3%A9couverte. Htm](http://www.pasteur.fr/actu/presse/dossier/sida/d%C3%A9couverte.htm)

18 [http : // www. Snv. Jussieu. Fr/ vie/ dossier/ transida/ transmission sida.htm](http://www.snv.jussieu.fr/vie/dossier/transida/transmission_sida.htm)

Les modes de transmission du VIH/SIDA

19 I. Fario

Etude de la puberté chez les jeunes adolescents

Thèse Médecine Bamako Mali 2004

20 Cellule de coordination du comité sectoriel de lutte contre le VIH/SIDA

Manuel de prise en charge pédiatrique du VIH/SIDA au Mali ; Octobre 2007

21 Maïga k.

Lumière sur la vie sexuelle.

Edition Jamana Bamako 1994, N° 66- 86.

22 Maïga O. L

Connaissances, attitudes et comportements sexuels en milieu scolaire, à l'ENS de Bougouni et au LMDS.

Thèse Médecine 2001 N° 79.

23 Malin Trop Afrique, 2002, John Libbey

Euro test, Paris P 589 virus de l'immunodéficience humaine.

24 O.N.U SIDA

Baisse des taux d'infection à VIH associé à l'évolution des comportements sexuels en Thaïlande 1998 ; 1- 2

25 O.N.U SIDA

Consensus régional sur l'amélioration de la surveillance comportementale et de la séro surveillance face au VIH. Rapport d'une conférence régionale tenue en Afrique orientale 1998, 4- 9

26 O N U SIDA/OMS

Le point sur épidémie du SIDA ; dec. 2005

27 O.N.U SIDA

Le SIDA et les rapports sexuels entre les hommes 1997, 2- 7

28 O.N.U SIDA

Migration et sida, résultats de recherche action – projet, initiative ouest africaine pour une réponse à l'épidémie du VIH/SIDA, 2000 9- 31

29 PNLs/OMS

L'épidémie à VIH population cible et activité en matière de prévention 1994, 45

30 PSI. Mali, Project jeune

Prévention du VIH/SIDA Bamako dec. 2003

31 Rosenhein M. et A. Itoua N. Gaporro

Sida et infection à VIH : aspect en zone tropicale.

Paris : Med. Tropicale, ed. Ellipses, AUPELF

32 Siaka Amara SANOGO

Connaissances, attitudes et pratiques des adolescents et les jeunes en matière d'I.S.T/SIDA en milieu scolaire dans le district de Bamako

Thèse Médecine 2001 N°102

33 Situation de l'infection à V.I.H/SIDA au Sahel

Rapport de synthèse d'une analyse situationnelle des neuf pays du Sahel

Janv. 1999, division recherche CERPOD

34 The world's youth 1996

35 www. HIV- sida. Com.

X. ANNEXES

Fiche signalétique

Nom : SAMAKE

Prénom : Moussa

Titre de la thèse : Connaissances et Attitudes sexuelles les élèves face au VIH / SIDA.

Cas des établissements d'enseignement secondaire de Bougouni

Ville de soutenance : *Bamako*

Pays d'origine : Mali

Année Universitaire : 2009-2010

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la FMPOS

Secteurs d'intérêt : Infectiologie , Santé publique

Résumé :

Le changement de comportement de l'adoption de bonne pratique face au VIH/SIDA ne sauraient aller sans un système efficace d'information , d'où la motivation de notre étude dont l'objectif est d'étudier les comportements sexuels des élèves des établissements d'enseignement secondaire de Bougouni face au VIH/SIDA .

Il s'agit d'une étude transversale et descriptive de février 2009 à janvier 2010 qui s'est déroulée dans trois établissements avec 384 participants .

La connaissance du VIH/SIDA des voies de transmission et des moyens de prévention ont été évoqués dans cette étude .La voie sexuelle et le préservatif ont été les plus cités à cette occasion . Des comportements sexuels à risque ont été observés. 61 ,2% avaient déjà eu des rapports sexuels dont 11,7% dans la

tranche d'âge de 08 à 15 an . 22,9% de ses jeunes sexuellement actifs n'étaient pas protégés lors du premier rapport sexuel .

D'autres avaient eu des rapports avec des partenaires occasionnels et certains de ses rapports n'étaient pas aussi protégé

Mots clés : Comportements –Sexuels –VIH/SIDA .

.

MINISTERE DE LA SANTE

DIRECTION REGIONALE DE LA SANTE

CENTRE DE SANTE DE REFERENCE

DE BOUGOUNI

TEL/21 65 11 83 /Fax 21 65 11 83

N°.....-...../CSRéf Bougouni

REPUBLIQUE DU MALI

Un Peuple – Un But – Une Foi

*Docteur Brahim BAMBA, médecin chirurgien,
Médecin chef du centre de santé de référence de Bougouni (Sikasso)
République du Mali drbamba03@yahoo.fr*

A monsieur

Le proviseur du lycée Kalilou Fofana

Objet :

Besoin d'enquête

Monsieur

J'ai l'honneur de venir en vous dans le cadre de l'encadrement des fins d'étude des étudiants en médecine. En effet nous avons choisi un thème :(Comportement sexuel des élèves face au VIH/SIDA), pour mener à bien cette étude nous avons choisi comme cibles les élèves de votre établissement. De telle étude nécessite l'accord et l'implication du premier responsable de la structure, c'est dans cet esprit que nous comptons sur votre bienveillance d'accepter l'étudiant SAMAKE pour des besoins d'enquête.

En comptant sur votre bonne compréhension et votre esprit d'encadreur, je vous pris de recevoir mes salutations sincères et l'expression de ma très haute considération

AMPILIATIONS

Proviseur.....1

Bougouni le 10 novembre 2009

Le Médecin Chef du CSREF de Bougouni

ARCHIVE.....1

Dr Brahim BAMBA

FICHE D'ENQUETE N°.....

I. CARACTERISTIQUES SOCIO DEMOGRAPHIQUES

1) Sexe : Age : Religion.....
Classe : Etablissement :

2) Residence :

- Vous résidez avec les deux (2) parents Vous résidez chez un tuteur
- Vous résidez avec le père seul Vous résidez tout seul
- Vous résidez avec la mère seule

II. CONNAISSANCE SUR LE VIH/SIDA :

1) Avez-vous entendu parler du SIDA? OUI NON

2) Quelle a été votre première source d'information sur le VIH/Sida

Parents Ecole Professionnel de santé Partenaire
Ami(e) Association /Organisation Télé ion lio
Journal Autres.....

3) Croyez-vous à l'existence du Sida ? OUI NON

4) Pouvez vous citez quelques voies de transmission du VIH/SIDA ?

.....
.....

5) Connaissez-vous les moyens de lutte contre les IST/SIDA ? OUI NON

6) Si oui lesquels :.....

.....

.....

III. ATTITUDES SEXUELLES

1) Avez-vous déjà eu des rapports sexuels ?

Oui Non Pas de réponse

2) Si Oui quel âge aviez-vous pour la première fois ?

Age en Année :.....Ne se rappelle Pas de réponse

3) Vous avez fait votre premier rapport sexuel par :

Curiosité Contraint e Pas de réponse

4) A cette occasion avez-vous utilisé le préservatif ?

Oui Non Pas de réponse

5) Avez-vous eu des rapports avec des partenaires sexuels occasionnels ?

Oui Non Pas de réponse

6) Si Oui avez-vous utilisé le préservatif ?

Toujours Parfois Jamais

7) Pourquoi, selon vous doit-on utiliser un préservatif pendant les rapports ?

- Eviter le VIH/SIDA
- Eviter les grossesses non désirées
- Eviter le VIH/SIDA et grossesses non désirées

8) Vous utiliser le préservatif. Selon vous, la qualité du rapport avec le préservatif est :

Très bonne Bonne Inchangée Mauvaise

9) Avez-vous un problème avec l'utilisation de préservatif ?

Allergie Gène

Autre.....

10) Quelles sont vos sources d'approvisionnement en préservatif ?

Pharmacie Centre de Santé Boutique

Autre.....

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Je le jure