

**MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR
ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE**

UN PEUPLE-UN BUT-UNE FOI

**UNIVERSITE DES SCIENCES, DES TECHNIQUES
ET DES TECHNOLOGIES DE BAMAKO**

FACULTE DE MEDECINE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE

Année : 2011 - 2012

N°

THEME

**CONNAISSANCES, ATTITUDES ET PRATIQUES
COMPORTEMENTALES DES ETUDIANTS DE L'INSTITUT
POLYTECHNIQUE RURAL DE FORMATION ET DE RECHERCHE
APPLIQUEE (IPR/IFRA) EN MATIERE DE VIH ET DE SIDA**

THESE

*Présentée et soutenue publiquement le --/-- / 2012
devant la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie*

Par : **Monsieur KEMDJINOUBA FRANCIS ALAMTA**
Pour l'obtention du grade de Docteur en Médecine (Diplôme d'Etat)

Jury :

Président du Jury :

Professeur : Soukalo DAO

Membres du Jury :

Docteur : Cheick Amadou Tidiane

TRAORE

Madame Théra Awa KEITA

Directeur de thèse :

Professeur : Samba DIOP

DEDICACES :

AU SEIGNEUR,

Seigneur, toi qui me relèves quand je tombe, toi qui me couvre de ton amour, tu n'as jamais su m'abandonner, ta présence dans ma vie m'a conduit en ce temps fort. Aujourd'hui je soutiens parce que tu le veux. Tu as toujours veillé sur la famille et moi et par ton amour sans limite, nous n'avons jamais manqué de quoi que ça soit. Ce travail, mon Dieu Tout Puissant, je te le dédie. Que cela serve d'exemple à tous mes frères et sœurs, montre leur l'importance du travail comme tu l'as fait avec moi. Merci Seigneur pour toutes tes merveilles, pour tout ce que tu as fait et que tu ne cesses de faire dans notre vie. Que ta Sainte main nous bénisse et nous guide sur le droit chemin.

A MON PERE : GENERAL DEDJAL ALAMTA

Mon papa adoré, aujourd'hui je peux te dire : ça y est, nous y sommes arrivés. Papa, je me rappelle de notre dispute par rapport à l'idée de me faire faire la médecine, au début je n'étais pas d'avis mais tu as insisté et tu m'as convaincu. Finalement je me rends compte que tu as raison vu la grandeur de ma joie. Par ta ténacité, j'ai compris qu'un père ne désire que ce qui est meilleur pour son enfant. Papa, aujourd'hui, je suis très content et parmi cette foule immense, je te cherche mais je ne te vois pas, mais je sais une chose, c'est que tu es plus heureux que moi car on peut dire qu'on a réussi et malgré que je ne te vois pas, je sais que tu es là. Tu t'étais battu corps et âme pour nous faire réussir, jamais nous ne baisserons les bras. Tu as été le meilleur des pères et je tiens à te dédier ce travail car en ce moment, ça nous appartient. Merci pour l'éducation que tu as su nous donner.

Que Dieu tout Puissant ait pitié de toi, qu'il pardonne tes péchés et qu'il t'accueille dans son royaume. Papa, que ton âme repose en paix.

A MA MERE : TAD-ORBE DABOU DIBAYE ANGEL

Maman, tu es toi aussi la meilleure, par ton immense amour maternel voici ton fils, il est docteur. Tu m'as donné une bonne éducation tu m'as enseignée les vrais vertus de la vie, aujourd'hui, l'enfant que tu as mis au monde, que tu appris à marcher, que tu l'as nourrit et qui est parti très loin de toi pour les raisons d'étude, revient en tant qu'homme. Cela n'a pas été trop facile pour toi parce que de temps en temps, papa partait en mission et te voila a nouveau toute seule devant nous, ton courage et ta force d'esprit ont fait de nous des enfants dignes. Papa est parti, il nous a confié à toi parce qu'il sait que tu es une bonne mère, je sais que là où il est il est en paix. Par tes petits commerces, nous n'avons jamais manqué de rien. Tu nous as toujours protégés et tu continues à le faire. Dans nos études tu es toujours là depuis le début jusqu'à maintenant, ce travail est aussi le tien.

Que Dieu notre Père veille sur toi, qu'il te comble de son amour, qu'il te protège et te donne longue vie pour que tu puisses jouir des efforts consentis toutes ces années. Merci maman.

A MA GRANDE SŒUR : TORMAL ALAMTA

Tormal Alamta dit Tatiana, si aujourd'hui je me mets à raconter à quelqu'un tout ce que tu es en train de faire pour nous sans employer les articles ni les pronoms personnels, personne n'aurait cru que tu es une fille. Vraiment je remercie le Bon Dieu pour nous avoir donné une grande sœur comme toi, parce que tu as renoncé à toi, tu as préféré remplacé le papa, tu n'as pas qu'un cœur de fille mais aussi celui d'un homme. Depuis que papa est décédé, tu n'as pas cessé de veillé sur nous, c'est toi qui payes nos pensions scolaires et qui intervies dans notre alimentation quotidienne. Papa a commencé et toi tu as terminé, me voici au bout du tunnel. Quand j'y pense, je me demande comment tu as pu faire cela ? Tu reste un model pour moi et j'espère aussi pour les autres. Seul le Bon

Dieu saura te récompenser. Merci une fois de plus pour tes encouragements dans mes études et celui de nos petits frères. Je ne saurais terminer mon message sans te dédier ce travail, qu'il soit le témoin de ton courage, ta persévérance et de ton amour.

Que Dieu tout puissant puisse te donner longue vie et te combler de ses riches bénédictions.

A MA PETITE SŒUR : NOUDJAL FLORA ALAMTA

Flora en aucun moment de la vie, je ne saurais t'oublié. Tu es petite mais tu m'as toujours soutenu, je sais que si tu avais les moyens, tu feras pareille comme ta grande sœur, ta générosité, je ne saurais te la rendre mais Dieu seul saura te venir en aide. Par rapport à la durée de mes études et à certaines difficultés d'ordre financiers dont je fais face, tu as toujours sollicité me venir en aide, malgré tes difficultés, tes bonnes intentions ne me laisseront pas indifférent. Elles sont bien longues mes études petite sœur, mais aujourd'hui, elles prennent fin. Je prie Dieu qu'il vous accorde le même courage que j'ai eu, qu'il vous aide à réussir dans vos vies. Flora ce travail est aussi le tien et tout au fond de moi j'espère qu'il te fera plaisir.

Que Dieu nous donne longue vie, la santé, son amour infini, qu'il fasse de nous ses vrais enfants et qu'il nous donne des nombreux moments pour jouir des efforts de ce travail.

A MON PETIT FRÈRE : NADJIKIMADJE RICHARD ALAMTA

La recherche du savoir nous a éloigné, cela n'a pas été facile pour moi car tu es pour moi un frère et en même temps un ami et rien ne pourra remplacer ces moments. Merci pour les conseils et les encouragements. Dieu merci, tu as déjà fini tes études, que tous nos efforts restent un exemple pour nos petits frères, le chemin semble bien long mais le courage et la persévérance le raccourcissent.

Tu as un grand esprit et j'espère qu'ensemble nous saurons veiller sur notre chère maman. Tu as toujours été là pour moi, tu as su m'écouter quand il fallait et tu as su faire de moi un bon grand frère. Je remercie Dieu pour toutes les qualités qu'il t'a fait don. Ce travail est aussi le tien à présent.

Que l'Eternel Dieu prenne soin de toi, qu'il te protège et t'accorde longue vie.

A MES PETITS FRERES :

NOUBAINDA RAOUL ALAMTA ET TARIANOUBA LETICIA ALAMTA

Mes petits frères chéris je ne saurai vous remercier pour l'amour que vous porté en moi. Durant tout ce temps où nous sommes séparés, moi à Bamako et vous au près de la maman, vous m'avez tellement manqué, j'espère que vous comprenez la raison. Et pour la même raison, je vous encourage de ne jamais baisser les bras dans les études car c'est par là que tout peut commencer, il s'agit du bonheur. Que le travail soit votre ami de tous les jours et si vous vous rappelez bien, c'est ce que le papa n'a cessé de nous dire.

Par rapport au courage que Dieu m'a donné pour aller au bout de ce combat que sont ces sept années d'étude, je prie qu'il en fasse pareille pour vous.

N.R. ALAMTA, je sais que toi aussi tu m'as soutenu dans mes longues études je tiens vraiment à te remercier et à te présenter ce travail qu'il soit à nous maintenant.

Que le bon Dieu veille sur toi, qu'il t'aide à ce que tu sois toujours meilleur et qu'il te comble de sa grâce et aussi qu'il t'accorde longue vie.

T.L. ALAMTA, notre benjamine chérie, tu t'es toujours inquiétée pour moi malgré ton jeune âge, merci pour cette affection. Que tous ces efforts te

comblent de joie et qu'il t'encourage d'avantage dans tes études, reçoit le
comme un cadeau fait par un grand frère à sa petite sœur.

Que Dieu Tout Puissant t'accorde longue vie, de l'intelligence, qu'il veille sur
toi et guide tes pas sur le droit chemin.

A AMINATA SERIBARA

A toi aussi je dédis ce travail car il a été le fruit de nos efforts. Ta
persévérance auprès de moi m'a rendu plus fort. Tu m'as aidée à traverser les
durs moments et les bons resteront graver à jamais.

Merci pour tout ce que tu m'as apporté, pour tout ce que tu as fait pour moi et
j'espère qu'en retour je t'en donnerai autant.

Que le Bon Dieu te bénisse, qu'il te fasse grâce de tous ses bienfaits, qu'il te
protège et te donne tout ce que ton cœur désire.

A ALAMTA

Par votre soutien moral et vos prières, je tiens à vous remercier et à vous
dédier ce travail : **RUFIN NARADI, YANA MOISE, NOUBATA YAMAKO,**
VANESSA RAMADJI ALAMTA, HONEY ALAMTA, AGUIRATA KORG
ALAMTA

A

- Ma tante **MIGNAL DIBAYE** (que ton âme repose en paix) ;
- mon oncle **NGUEYARA NDOTOUMBAYE** ;
- ma tante **ROYOUMTA** et son mari **DJIRAINGUE** ;
- **Dr ADOUM MAHAMAT CHARLES** et **OYAL NGARASSAL** ;
- Mes amis : **MADJIADOUM KODINDO, Dr EMMANUEL PEULAP** et
sa femme **ROSINE KUISSU, OUSMAL G., RIMTOLA,**

**GUIRIAMBAYE VINCENT, ALLASSEM MARTIAL, BEOUDAL
SERGE**

- tous ceux qui de près ou de loin m'ont assisté dans l'accomplissement de ce travail

REMERCIEMENTS :

Mes remerciements s'adressent :

A Dieu le Père,

Eternel Dieu, merci pour tous les bienfaits que tu as réalisés dans ma vie et que tu continues à le faire, tu m'as conduit dans ce pays étranger qui est le Mali, un pays que tu as su faire naître l'hospitalité. Et aujourd'hui par ta grâce je deviens docteur, merci Seigneur pour tout le courage que tu m'as donné pour aller au bout de ces sept et longues années d'études.

Au Pr SAMBA DIOP,

Professeur par votre encouragement et votre compréhension, mon travail a pu être mené à bien, votre soutien dans les circonstances que j'ai eu à traverser m'ont rendu très fort et une fois de plus merci Professeur et que le bon Dieu puisse veiller sur vous.

A TOUS LES ENSEIGNANTS DE LA FMPOS,

Pour avoir fait de moi le médecin que je suis. Que Dieu tout puissant vous protège et vous donne longue vie pour continuer à former d'autres médecins.

A MES FRERS ET SŒURS :

*FELICITE, TORMAL ALAMTA, NOUDJIAL FLORA ALAMTA, NADIKMADJE
RICHARD ALAMTA, NOUBAINDA RAOUL ALAMTA, TARIANOUBA
LETICIA ALAMTA.*

Pour vos prières et encouragements.

A MES ONCLES :

*NARADJI RUFIN ALAMTA, BOLIRI ALAMTA, YAMAKO ALAMTA,
MINGUEMADJBAYE ARTHUR DIBAYE, ALLAHRANGAR DIBAYE*

Pour vos divers soutiens, prières et encouragements.

A MES TANTES :

*MIGNAL DIBAYE (que la terre te soit légère), ROYOUMTA CADNGAR,
YAYAM CADNGAR, MONIQUE MOGOTA, SOUTOUM MANTA, YLALA,*

A ALLASSEM MARTIAL,

Pour ton assistance en informatique, ton aide dans ce domaine m'a été trop précieuse et jamais je ne l'oublierai. Je ne t'ai jamais considéré comme un simple ami mais plutôt comme un frère, que Dieu puissent te récompenser et qu'il t'accorde tout ceux dont ton cœur désire.

A AMINATA SERIBARA,

Pour ton soutien inconditionnel, pour ton amour remarquable et pour tout ce que tu m'as aidé à faire dans l'accomplissement de ce travail, je tiens à te remercier, et que le bon Dieu te soutienne dans tes études et qu'il te protège et guide tes pas jusqu'au bout, merci pour tout.

A MES AMIS :

*RIMTOLA, GUIRIAMBAYE VINCENT, ADOUM MAHAMAT EMERICK, Dr
EMMANUEL PEUNLAP. C, Dr FRANCKI, Dr DJOUFANG RODRIGUE,
ADHEMAR, MADJIADOUM KODINDO, OUSMAL .G., JOSEPH DESIRE
NGAMO, SOUNIN BA-AYETA AMES GUILLAUME, BAWA RIDWANE,*

DEOUNODJI ACHILE, MAKRIST, EMMANUEL MADANG, PAULIN PRESTON, GEREMI NGUETIGAL, Dr BEOUDAL SERGE

AU MALI ET A TOUS LES MALIENS :

Merci pour l'accueil et le sens d'hospitalité dont vous faites preuve. Un moment donné, j'ai cru me trouver au Tchad. Merci pour tout ce que vous avez fait pour moi.

A MES AMIS MALIENS :

CHEICK OUMAR GUINDO, DIABATE SIDIKI DEMBELE, SIDI TOURE, MAKI BAH, AROUNA DJEDI, GENEVIEVE MOUKORO, SABOU DOUMBIA, ADAMA TRAORE, JEANNETTE, KOUEDIA BOUNDY

A L'ETAT MAJOR LES BATISSEURS:

Pour la confiance que vous avez placée en moi en m'acceptant dans votre état major et faire de moi un membre du bureau, jamais je n'oublierai notre collaboration et l'esprit d'équipe que nous avons. En votant Aissata Julye kone pour se présenter à la candidature au poste de secrétariat général de la FMPOS alors que tous nous savons que c'est une fille, vous m'avez aidé à comprendre que même une fille peut faire des grandes choses et qu'il suffisait juste de lui accorder une chance.

A MES PETITS FRERES DE LA FMPOS :

GADJINGAR SOLLERS, HERVEY, HASSANIE DASSIDI, HOUSNA DASSIDI, NADJILAR OSEE, NDOUTA CARINE, DOBEL ESTELLE, OURDE DAOUD,

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

A notre Maître et président du jury

Professeur Sounkalo DAO

- **Professeur titulaire de maladies infectieuses et tropicales**
- **Investigateur clinique au SEREFO sur le VIH/TB**
- **Président de la SOMAPIT (Société Malienne de Pathologies infectieuses et Tropicales)**
- **Chef de DER de médecine et spécialités médicales**

Honorable maître,

C'est un grand honneur et un réel plaisir que vous nous faites en acceptant de présider ce jury malgré vos multiples occupations. Vous nous avez profondément marqué par votre personnalité et votre simplicité. La qualité de vos enseignements, votre savoir-faire et votre rigueur scientifique font de vous un maître admiré de tous.

Veillez agréer cher maître, l'expression de notre profonde reconnaissance et de nos sincères remerciements.

A notre maître et juge

Dr Cheik A. T. TRAORE

- **Médecin chef du centre de santé de Macina**
- **Chevalier du mérite de la santé**
- **Diplômé interuniversitaire (DIU) « Organisation et ménagement des systèmes publiques de prévention vaccinale des pays en développement »**

Honorable maître,

Vous nous avez marqué dès votre abord, par votre simplicité, votre gentillesse. Vous dégagez la joie de vivre, vous avez accepté de siéger dans ce jury malgré vos multiples occupations.

Veillez accepter cher maître nos sincères remerciements.

A notre Maître et juge

Mme THERRA Awa KEITA, juriste éthicienne

- **Master en éthique de la recherche à l'université de Pretoria et à l'université du Kwazulu-Natal (Afrique du Sud)**
- **Auxiliaire d'enseignement et de recherche en éthique et en responsabilité médicale au sein de l'unité d'enseignement et de recherche en Ecologie humaine, anthropologie et éthique/bioéthique du DER de santé publique spécialité, Faculté de médecine et d'odontostomatologie, USTB.**

Honorable maître,

Nous sommes très honorés par la spontanéité avec la quelle vous avez accepté de siéger dans ce jury. Votre rigueur dans le travail, vos qualités humaines font de vous un maître apprécié de tous.

Veillez agréer cher maître l'expression de notre sincère admiration et de notre profonde reconnaissance.

A notre Maître et directeur de thèse

Professeur Samba DIOP

- **Maître de conférences en anthropologie médicale**
- **Enseignant chercheur en écologie humaine, anthropologie et éthique en santé du DER de santé publique de la Faculté de médecine et d'odontostomatologie**
- **Responsable de l'unité de recherche formative en sciences humaines, sociale et éthique de SEREFO/VIH/SIDA/FMOS**

Honorable maître,

C'est un honneur que vous nous avez fait en acceptant de nous confier ce travail fort intéressant. Grace à votre encadrement de qualité et vos encouragements, nous avons pu mener à bien ce travail qui est en quelques sortes le vôtre. Les mots nous manquent et ne sauraient vraiment exprimer ce que nous ressentons à votre égard. Votre rigueur scientifique, votre simplicité et votre disponibilité inqualifiable font de vous un maître apprécié de tous. Plus qu'un formateur vous avez été un véritable père pour nous, toujours prêt à nous prodiguer des conseils et même parfois à servir quand il le fallait. Vous nous avez appris le sens du travail bien fait, la recherche constante de l'excellence et l'humilité qui sont des qualités requises pour un bon médecin.

Cher maître, nous espérons avoir été à la hauteur de vos attentes et que nous ne vous avons pas déçu. Si tel était le cas, nous vous demandons sincèrement pardon et qu'ALLAH vous bénisse et vous accorde longue vie afin que vous puissiez encore transmettre votre savoir à d'autres générations.

Veillez agréer cher maître l'expression de notre profonde considération et de vos sincères remerciements.

LISTE DES ABREVIATIONS

ARV : Antirétroviraux

BAD : Banque Africaine de Développement

BT : Brevet de Technicien

CBG : Chimie Biologie Géologie

CDC: Center for Disease Control

CDV: Centre de Dépistage Volontaire

CENOU: Centre National des Œuvres Universitaires

CNIECS : Centre National d'Information, d'Education et de Communication pour la Santé

CNTS : Centre National de Transfusion Sanguine

CPN : Consultation Périnatale

CSN : Cadre Stratégique National

CTA : Collège Technique Agricole

DER : Département d'Enseignement et de Recherche

DEUG : Diplôme d'Etudes Universitaires Générales

DNESRS : Direction Nationale de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique

DUTS : Diplôme Universitaire de Technicien Supérieur

EDS : Enquête Démographique et de Santé

FMPOS : Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odontostomatologie

HCNLS : Haut Conseil National de Lutte contre le Sida

HIV: Human Immunodeficiency Virus

HTLV: Human T-cell Leukemia Virus.

IMAARV : Initiative Malienne d'Accès aux Antirétroviraux

IPR/IFRA : Institut Polytechnique Rural de Formation et de Recherche Appliquée

ISBS : Enquête Intégrée sur les IST/VIH et les Comportements

IST : Infection Sexuellement Transmissible

LAV : Virus Associé aux Lymphadenopathies

MVA : Maitrise en Vulgarisation Agricole

ONG : Organisation Non Gouvernementale

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONU : Organisation des Nations Unies

PNLS : Programme National de Lutte Contre le Sida

PPTE : Pays Pauvre Très Endetté

PTME : Programme Transmission Mère Enfant

PVVIH : Personne vivant avec le Virus de l'Immunodéficience Humaine

RGPH : Recensement Général de la Population et de l'Habitat

USA: United State of America

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

SOMMAIRE :

I.	<u>Introduction :</u>	1
II.	<u>Enoncé du problème :</u>	4
III.	<u>Cadre théorique :</u>	5
IV.	<u>Objectifs :</u>	7
V.	<u>Cadre conceptuel :</u>	8
VI.	<u>Démarche méthodologique :</u>	19
VII.	<u>Résultats :</u>	29
VIII.	<u>Commentaires et discussions :</u>	50
IX.	<u>Conclusion et recommandations :</u>	57
X.	<u>Référence :</u>	60
XI.	<u>Annexes :</u>	63

INTRODUCTION :

Découvert pour la première fois en 1981 chez les homosexuels américains et son agent causal le virus de l'immunodéficience humaine (VIH), isolé en 1983 à partir d'un prélèvement sur les ganglions lymphatiques à l'institut Pasteur de Paris, le sida (syndrome d'immunodéficience acquise) dévient rapidement un problème majeur de santé publique et de développement économique à travers le monde et en particulier en Afrique Subsaharienne [3].

Ainsi depuis plus d'une vingtaine d'années, hommes, femmes et enfants se sont confrontés à l'épidémie du VIH et de sida qui a causé de millions de décès [3]. Les victimes causées par le sida font de ce fléau un défi à l'ordre mondial où de nombreux organismes et programmes nationaux de lutte contre le VIH et les infections sexuellement transmissibles (IST) en relèvent perpétuellement.

Dans le monde, en 2001 on a estimé à environ 28,6 millions le nombre de personnes vivant avec le VIH, parmi lesquels, 13,6 millions de femmes et 2 millions d'enfants. Pendant la même période, on a estimé à 1,8 millions le nombre de décès dû au VIH [4].

En 2009, toujours à l'échelle mondiale, on a estimé à 33,3 millions le nombre de personnes vivant avec le VIH parmi les quels 15,9 millions de femmes et 2,5 millions d'enfants ; ont été enregistrées 2,2 millions, les nouvelles infections dues au VIH avec un total de décès estimé à environ 1,8 millions de personnes dû au VIH [4].

En Afrique Subsaharienne, le nombre de personnes vivant avec le VIH en 2001 était estimé à 20,3 millions avec 10,9 millions de femmes et 1,8 millions d'enfants et un décès total d'environ 1,4 millions de personnes dû au VIH [4].

En 2009 les estimations faites sur les populations de l'Afrique Subsaharienne donnaient un nombre d'environ 22,5 millions de personnes vivant avec le virus, parmi lesquels, 12,1 millions de femmes et 2,3 millions d'enfants. Au cours de cette même année, on a enregistré environ 1,5 millions de nouveaux cas d'infections dues au VIH. Le nombre de décès dû au VIH pendant cette époque était d'environ 1,3 millions [4].

En Afrique du sud, l'épidémie du VIH est la plus importante avec 5,6 millions, le nombre de personnes vivant avec le VIH, enregistré au cours de l'année 2009 [5].

En Afrique de l'Ouest, une petite diminution de prévalence a été recensée lors d'une enquête menée auprès des ménages ainsi que des personnes fréquentant des dispensaires prénatales [5].

Au Mali, le premier cas de sida a été diagnostiqué en 1987 dans le service de gastro-entérologie de l'hôpital Gabriel Touré par l'équipe du professeur Aly Guindo et depuis l'infection ne cesse de croître au Mali comme un peu partout dans le monde [2].

L'enquête démographique et de santé (EDS) réalisée en 2001, trouve un taux de prévalence à 1,7% avec une baisse en 2006 à 1,3% [6]. Cette baisse du taux de prévalence témoigne l'existence de diverses structures de surveillance épidémiologique et de lutte contre le VIH et de sida sur le territoire malien à savoir :

- La création du programme national de lutte contre le sida (PLNS) ;
- La création du haut conseil national de lutte contre le sida (HCNLS) ;
- En 2004, la mise en place de l'initiative malienne d'accès aux antirétroviraux, elle a permis l'effectivité de la gratuité de la prise en charge des personnes infectées par le VIH.

De nos jours, les jeunes de 15 – 24 ans sont les plus exposés aux risques d'infection et constituent environ 20% de la population mondiale [7]. En 1997, Plus de 3 millions des jeunes étaient infectés par le VIH avec une proportion plus élevée dans les pays en développement soit avec un pourcentage de 90% [5].

L'épidémie du VIH et de sida n'épargne personne, toutes les classes sociales sont concernées, même les étudiants.

ENONCE DU PROBLEME :

Le sida est une épidémie qui décime de millions d'individus dans le monde avec une proportion beaucoup plus élevée en Afrique subsaharienne soit 67% de personnes infectées en l'an 2008 [5]. La couche la plus touchée est représentée par les jeunes. Les étudiants appartiennent à cette couche sociale très vulnérable et leurs vulnérabilités semblent être dues :

- Au manque d'informations sur le sida et les maladies sexuellement transmissibles ;
- Au manque d'éducatons sur la sexualité et ses conséquences ;
- Au manque d'éducatons sur la santé de reproduction ;

Il serait important de réfléchir sur les moyens probables de protections comme l'utilisation du préservatif et d'éducatons de la sexualité pour pouvoir diminuer le taux de contamination lié au VIH et de sida dans le milieu estudiantin.

L'abstinence et la fidélité semblent être des moyens efficaces de lutte contre le sida car près de la moitié des femmes (53%) et 2/3 des hommes avaient confirmé que le recours à ces moyens de préventions permettait de réduire le risque de contracter le VIH [8]. Le sida est une réelle menace tant sur le plan sanitaire que social.

CADRE THEORIQUE :

C'est une étude descriptive menée auprès des étudiants de l'IPR/IFRA dans le but d'évaluer leurs connaissances, attitudes et comportements en matière de VIH et de sida pour mieux appréhender le concept et envisager des solutions qui leur seront utiles pour une vie saine sans sida.

a- Justification :

Malgré les efforts consentis par les divers Etats des continents dont l'Afrique, l'Amérique, l'Europe, l'Asie et l'Australie dans la lutte contre le VIH et le sida, dans l'espoir d'atteindre les objectifs du millénaire pour le développement à l'horizon 2015 [5], les nouvelles infections ne font que croître en nombre dans ces Etats [4]. Dans un but bien précis de diminuer ou d'arrêter la croissance des nouveaux cas il serait important de faire une étude approfondie à différents niveaux du secteur social et économique sur les connaissances, les attitudes et les comportements de la population relative à ce fléau. Ceci nous amène à apprécier l'effort fait par l'EDS-IV au sein de la population générale car en 2006, l'EDS-IV a cherché à évaluer les niveaux de connaissances du VIH et de sida et de ses modes de transmission ainsi que les connaissances des moyens de prévention de l'infection dans la population générale. Cette étude a montré que le niveau de connaissance du VIH et de sida au Mali était de 80% chez les femmes et 90% chez les hommes [8]. D'après les études faites par l'ONU/sida et OMS, la population comprise entre 15 ans et 25 ans était la plus touchée [7]; l'enquête « connaissance, attitude et pratique comportementale des jeunes de 15 ans à 25 ans vis-à-vis de la santé de la reproduction » réalisée par le centre national d'information, d'éducation et de communication pour la Santé (CНИЕCS) montre que des jeunes avaient besoin d'informations dans le domaine de la santé de la reproduction et révèle également que 17,2% des jeunes recevaient leurs informations à l'école qu'ils considéraient comme une source

crédible et préférée [9]. Les étudiants à Bamako et dans certaines régions du Mali comme Ségou et Koulikoro, sont des provenances multiples, on y rencontre une diversité d'éducatrices, de croyances et d'attitudes ; les connaissances, attitudes et pratiques comportementales de ces étudiants en matière de VIH et de sida reposent sur la nécessité d'évaluer leurs pré-requis à propos du VIH et de sida. A cet égard nous nous sommes rapprochés des étudiants de l'IPR/IFRA pour mener notre étude.

b- Hypothèse :

On pense que le milieu étudiantin est un milieu à risque parce que l'étudiant est vulnérable tant sur le plan social, émotionnel que financier, il serait nécessaire d'évaluer ses connaissances et comportements en matière de VIH et de sida afin de mieux les informer des conséquences néfastes de ce fléau.

OBJECTIFS:

I- OBJECTIF GENERAL :

Evaluer les connaissances, les attitudes et les comportements des étudiants de l'IPR/IFRA en matière de VIH et de sida.

II- OBJECTIFS SPECIFIQUES :

- Evaluer le niveau de connaissances des étudiants de l'IPR/IFRA en ce qui concerne le VIH et le sida ainsi que les moyens de préventions et sources d'information ;
- Evaluer les attitudes des étudiants de l'IPR/IFRA face au VIH et de sida ;
- Déterminer le comportement des étudiants de l'IPR/IFRA en ce qui concerne leur mode de vie, leur sexualité face au VIH et de sida ;
- Déterminer les besoins en information et en éducation des étudiants de l'IPR/IFRA à propos du VIH et de sida.

CADRE CONCEPTUEL

A- HISTORIQUE [15 ; 16 ; 17 ; 18]

En 1981, *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) d'Atlanta (USA) signalent cinq cas rapprochés d'adultes atteints de pneumonie due à *Pneumocystis carinii*, un parasite normalement peu courant et connu comme favoriser par l'immunodépression. La multiplication du nombre de cas de pneumocystose et d'autres infections associées à une dépression immunitaire sans étiologie amène à définir en 1982 un nouveau syndrome : le syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA).

L'hypothèse d'une origine infectieuse est rapidement soupçonnée, devant la propagation touchant des groupes faisant évoquer une contamination par voie sexuelle (d'abord homosexuel masculin puis rapidement hétérosexuel) et sanguine (hémophilies, toxicomanes puis transfusés). En 1983, le virus a été isolé à Paris à l'institut Pasteur, à partir d'un prélèvement de ganglion lymphatique.

Il est baptisé LAV en France puis HTLV-III (*Human T-cell leukemia virus*) aux Etats Unis en 1984 et enfin HIV-I (*human immunodeficiency virus*) en 1986 dans l'ensemble du monde. En 1985, on découvre chez une personne originaire du cap vert un second virus responsable du sida, baptisé VIH-2. A partir des échantillons biologiques conservés dans les bibliothèques, on fait remonter vers la fin des années 1950, les premiers cas humains connus d'infection par le VIH.

En 1985, alors que le nombre de cas de sida déclaré dans le monde était de 11000, une conférence internationale sur le sida a eu lieu en Atlanta. Elle sera la première des séries de conférences mondiales qui ont eu lieu ensuite

une fois par an puis tous les 2 ans, la quinzaine et la dernière en date ayant eu lieu à Bangkok en juillet 2004.

En 1985 et 1987, apparaissent les tests sérologiques permettant de mettre en évidence les anticorps du VIH, ouvrant la porte à un diagnostic formel de l'infection. Cette première période 1981-1987 était aussi l'époque des doutes sur le mode de transmission (possibilité de transmission par piqûre de moustiques évoquée à un moment puis refusée), sur l'ampleur que va prendre la pandémie, et sur la signification de la séropositivité aux nouveaux tests (quels sont les risques qu'une personne séropositive développe le sida ou transmette le virus à une autre personne?)

Et pendant ces dernières années on assiste à une forte mobilisation nationale et internationale :

Au niveau institutionnel, politique, scientifique et associatif, les associations des personnes infectées et affectées font leur apparition et prennent une place active à tous les niveaux. Les Nations Unis créent une agence mondiale chargée de la lutte contre la pandémie, nommée ONUSIDA, au Mali, le PNLS, HCNLS et bien d'autres, et c'est ainsi que d'autres structures de lutte contre le sida furent créées dans les divers Etats du monde.

B- MALI FACE AU VIH ET SIDA [1 ; 2]

1- Contexte administratif et géographique

Le Mali est un pays situé au cœur du Sahel. Il couvre une superficie de 1.241.238 km². Il est limité au Nord par l'Algérie, à l'Est par le Niger et le Burkina Faso, au Sud par la côte d'Ivoire et la Guinée Conakry et à l'Ouest par le Sénégal et la Mauritanie. Il est partagé entre trois zones climatiques : une zone sahélienne, une zone saharienne et une zone soudano guinéenne. Il est arrosé par deux grands fleuves : le Niger et le Sénégal. Partant des

résultats du RGPH-2009 (Recensement Général de la Population et de l'Habitat), la population malienne était estimée à 14.517.176 habitants en 2009 dont 49,6% d'hommes et 50,4% de femmes. Les principaux groupes ethniques sont : Bambara, Malinké, Sarakolé, peulh, Dogon, Sonrhäi, Bobo, Bozo, Touareg, Tamasheq et les Arabes.

Sur le plan administratif, le Mali est découpé en 8 régions administratives et un district.

2- Contexte épidémiologique

Par rapport à l'ensemble des pays de l'Afrique, subsaharienne, le taux de séroprévalence générale du VIH au Mali reste faible. Les résultats préliminaires de l'enquête démographique et de santé (l'EDS IV), réalisée d'avril à décembre 2006 et publiés en avril 2007 montrent une régression de l'épidémie au sein de la population générale.

Tableau I : résultats sur la prévalence du VIH au Mali réalisée par l'EDS en 2001 et 2006

Cible	Séroprévalence en 2001 selon l'EDSMIII	Séroprévalence en 2006 selon l'EDSM IV
Femmes âgées de 15 à 49 ans	2,0%	1,4%
Hommes âgés de 15 à 49 ans	1,3%	0,9%
Population générale	1,7%	1,3%

La prévalence chez les femmes enceintes selon les données des sites sentinelles de 2005 est de 3,4%.

Selon les enquêtes au sein de la population des donneurs de sang menées en 2002, la séroprévalence dans cette population est de l'ordre de 3,5%.

Les résultats de l'ISBS 2006 font ressortir que les groupes particulièrement à risque étudiés demeurent à un niveau élevé de risque d'infection des IST/VIH.

Tableau II : Répartition de la population selon le niveau de risque réalisée par ISBS

Cible	Prévalence VIH selon ISBS 2006
Professionnelles de sexe	35,3%
Vendeuses ambulantes	5,9%
Routiers	2,5%
Coxeurs	2,2%
Aides familiales	2,2%

3- Contexte socioculturel et économique

Selon le CSN (cadre stratégique national), les déterminants de l'épidémie sont essentiellement de six différents types :

- Les comportements hétérosexuels à risque exposent la population au VIH ;
- L'important flux de migration externe et interne accroît la vulnérabilité face au VIH et au sida ;
- L'étendue de la pauvreté rend les populations davantage vulnérables aux ravages de l'épidémie ;

- Le risque accru chez la femme reflète les inégalités entre hommes et femmes, se référant aux croyances, coutumes et usages qui définissent les caractéristiques et les conduites « masculines » et « féminines » ;
- Malgré des progrès enregistrés en la matière depuis l'avènement de la démocratie, les droits humains demeurent problématiques au Mali ;
- La perdurance de la stigmatisation, le silence, la discrimination, le déni et le manque de confidentialité mettent en péril les efforts pour la prévention, l'instauration d'une culture de soins de proximité et augmentent l'impact de l'épidémie.

L'impact économique du sida concerne tous les secteurs sur les plans micro et macro économiques : la main-d'œuvre est réduite et les coûts directs augmentent.

4- Cadre Stratégique National de lutte contre le sida 2006- 2010

L'approche consignée dans le cadre stratégique national (CSN 2006-2010) repose sur la mise en œuvre concomitante de trois axes stratégiques. Leur opérationnalisation est sous-tendue par le renforcement des compétences et capacités critiques de l'ensemble des parties prenantes publiques, privées et de la société civile. Chaque axe stratégique comprend un objectif et des résultats attendus.

AXE I :

Promouvoir un environnement favorable à l'appropriation, la durabilité et la bonne gouvernance de la lutte.

Objectif :

Faire en sorte que toutes les couches de la société s'approprient de la pertinence de la lutte.

Résultats attendus :

- La société accorde une importance priorité à la lutte contre le VIH et le sida ;
- Le leadership soutenu est engagé aux niveaux national, local, la communauté et familial ;
- Le dispositif et les mécanismes de la lutte sont connus et reconnus par tous ;
- La lutte est perçue comme contribuant à la consécration de la démocratie et la lutte contre la pauvreté.

AXE II :

Réduire les risques et les vulnérabilités liées à l'épidémie.

Objectif :

Vitaliser la prévention du VIH tout en liant à une culture de soins à portée nationale et réduire les vulnérabilités des individus, des familles et des communautés en assurant la politique nationale d'accès universel de proximité.

Résultats attendus :

- L'incidence du VIH parmi les populations à haut risque d'infection, les femmes en âge de procréer et les jeunes est réduite ;
- Les stéréotypes et comportements sexistes, ainsi que les inégalités entre les sexes en ce qui concerne le VIH et le sida sont combattus ;
- Un large ensemble de programmes intégrés de prévention, de prise en charge, de soins, de traitement et de soutien sont mis en œuvre.

AXE III :

Atténuer les impacts sociaux, économiques et culturels de l'épidémie.

Objectif :

Assurer le soutien social, économique et culturel des individus, des familles et des communautés affectés par le VIH et le sida.

Résultats attendus :

- La lutte contre le VIH et le sida converge avec la lutte contre la pauvreté et le développement durable ;
- Les impacts sociaux, économiques et culturels du VIH et du sida sont limités ;
- Les impacts du VIH et du sida sur la croissance sont limités.

5- Les progrès réalisés dans les domaines principaux de la lutte contre le VIH et le sida au Mali :

a- Prévention de la transmission sexuelle

Le ministère de la santé a développé (à travers le CNI ECS) des compétences de production et diffusion des messages.

Chaque année le secrétaire exécutif du haut conseil national de lutte contre le sida mène une campagne de sensibilisation sur les thèmes essentiels de la prévention.

Il existe au niveau national des supports de formation standardisés.

On note une forte implication de la société civile, notamment l'existence d'un noyau dense de plus de 150 ONG et associations nationales et

internationales intervenant dans les zones les plus reculées du pays et très souvent auprès des couches les plus vulnérables au VIH et au sida.

L'intégration du projet marketing social des contraceptifs dont le préservatif dans le système de santé est importante à souligner.

L'engagement des leaders religieux, leaders communautaires et des associations des personnes vivant avec le VIH et le sida a été déterminant dans la lutte contre le VIH et le sida.

b- Sécurité transfusionnelle :

Le ministère de la santé a élaboré un projet de politique nationale de transfusion sanguine en 2002. Le dispositif mis en place comprend le centre national de transfusion sanguine (CNTS) à Bamako avec des antennes dans les régions.

c- Sécurité en milieu de soins et gestion des déchets biomédicaux :

La politique nationale de lutte contre le VIH et le sida prône l'application des précautions universelles dans l'ensemble des structures de soins. Le Ministère de la santé et ses partenaires œuvrent à renforcer les capacités des services de santé pour une application rigoureuse dans un nombre important de structures au niveau national.

d- PTME :

La stratégie du PTME (programme de transmission mère-enfant), initiée en 2001 par le gouvernement du Mali fait partie intégrante de l'initiative malienne d'accès aux antirétroviraux (IMAARV). Les directives nationales sont élaborées et diffusées aux auteurs des sites.

Le nombre de sites PTME est passé de 1 en 2001 à 88 en 2006 réparties à Bamako, dans toutes les capitales régionales et dans plusieurs cercles. 61,9% des femmes vues en CPN (consultation prénatale) ont été conseillées et dépistées pour le VIH. Des séropositives ont reçu un traitement pour réduire la transmission mère-enfant.

e- CDV :

Le nombre de CDV (centre de dépistage volontaire) est passé de 2 centres en 2001 à 40 centres en 2006 réparties dans l'ensemble du territoire dont :

- 5 à Bamako ;
- 7 à Koulikoro ;
- 10 à Ségou ;
- 7 à Sikasso ;
- 1 à Tombouctou ;
- 7 à Mopti ;
- 2 à Kayes ;
- 1 à Gao.

f- Prise en charge aux ARV :

Les médicaments antirétroviraux ont été introduits avec une subvention de l'Etat à travers l'initiative malienne d'accès aux antirétroviraux, puis la gratuité de l'accès aux ARV (antirétroviraux) déclarée par le Président de la république en 2004. Au 31 décembre 2006, 11508 patients ont reçu le traitement antirétroviral dont 7926 régulièrement suivis. En décembre 2006, 31 sites de prise en charge réparties à Bamako et dans l'ensemble des 8 régions.

g- La gestion des informations stratégiques :

La gestion des informations stratégique est constituée de plusieurs volets dont: la notification des cas à travers les systèmes nationaux d'information, la surveillance, les études et recherche, le suivi et évaluation.

C- CONCLUSION [2]

Depuis le premier cas du sida au Mali en 1987, le gouvernement malien a mis en place un programme national de lutte contre le VIH et le sida (PNLS). Dans le cadre de ce programme, un plan à court terme et deux plans à moyen terme ont été exécutés. Ils ont permis la mise en place d'une politique de sécurisation de la transfusion sanguine, l'amorce d'un dépistage anonyme et volontaire et l'information, l'éducation et la communication en faveur de la population générale et quelques groupes à risques dont les professionnelles de sexe.

A partir de 2003, pour optimiser la réponse à l'épidémie et pour étendre les services de prévention, de prise en charge, de soins et de soutien à grande échelle, le Mali a entrepris les mesures importantes :

- Une déclaration de la politique nationale de lutte contre le VIH et le sida fut adoptée le 7 avril 2004 ;
- Le haut conseil national de lutte contre le sida (HCNLS) a été réorganisé pour comporter une représentation égalitaire entre le secteur public, le secteur privé et la société civile ;
- S'inspirant des « trois principes directeurs » prônés par l'ONUSIDA, l'approche générale inscrite dans le cadre stratégique national de la lutte contre le VIH et le sida repose fortement sur la multisectorialité, l'intersctorialité et la bonne gouvernance ;
- La prise en charge globale des maladies est assurée à titre gratuit ;

- L'Etat met à disposition des ressources internes significatives gratuites notamment des fonds PPTE ;
- L'Etat a mobilisé des ressources externes importantes auprès de la BAD, la banque mondiale et le fonds mondial contre le sida, la tuberculose et le paludisme ;
- Le mainstreaming de la lutte est intégré dans le cadre stratégique de lutte contre la pauvreté et pour la croissance de 2^{ème} génération.

DEMARCHE METHODOLOGIQUE

1- TYPE D'ETUDE

Il s'agit d'une étude transversale, prospective et descriptive qui a été réalisée d'Aout en Septembre 2011.

2- LIEU D'ETUDE

Le lieu d'étude est l'Institut Polytechnique Rural de Formation et de Recherche Appliqué (IPR/IFRA) de KATIBOUGOU

3- PRESENTATION DE L'IPR/IFRA

a- Historique :

L'institut polytechnique rural de formation et recherche appliquée, dénommé IPR/IFRA est l'une des plus vieilles institutions de formation des agents du développement rural de la sous région. C'est un établissement d'enseignement supérieur rattaché à la Direction Nationale de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique (DNESRS).

Il est situé à 70 Km du District de Bamako et à 3,5 Km de Koulikoro, capitale régionale de la 2^{ème} région administrative. Son domaine couvre 380 ha le long du fleuve Niger.

En 1897 la station Agronomique Expérimentale de Kati fut transférée à koulikoro au lieu baptisé depuis Katibougou. En 1902 une Ecole de maitres laboureurs y était ouverte.

De 1913 à 1920 l'école fut remplacée par un centre de station agricole qui devrait servir à l'encadrement du secteur agricole. Katibougou gardait cependant son rôle de station agronomique expérimentale avec des pépinières d'arbres fruitiers et de la culture maraîchère.

En 1952 le collège technique agricole ouvre ses portes et formera des aides conducteurs des travaux agricoles jusqu'en 1963.

Le collège technique Agricole (C.T.A) était un établissement régional créé pour les territoires du Sénégal, du soudan (le Mali actuel), de la Haute Volta (Burkina Faso), du Niger et de la Mauritanie.

L'institut polytechnique Rural de katibougou créé en 1965 a hérité des structures du C.T.A, de l'école Normale et de l'école des Assistants d'élevage de Bamako.

Le caractère régional de ces ex-écoles a été conservé par l'IPR qui dispose pour les besoins de la formation de la recherche et de la production d'un domaine 380 ha.

En 1996 l'institut polytechnique Rural (IPR) devint Institut Polytechnique Rural de Formation et de Recherche Appliquée IPR/IFRA de Katibougou.

a- Mission :

L'IPR/IFRA a pour mission :

- La formation d'ingénieurs en agronomie, zootechnie et eaux et forêts ;
- La formation des techniciens supérieurs de différents filières de l'élevage, de l'agriculture, des eaux et forêts et du génie rural ;
- La promotion de la recherche scientifique et technologique ;
- La formation des communautés rurales décentralisées.

b- Organisation administrative :

L'Établissement est dirigé par un Directeur Général qui est aidé dans ses tâches par deux Directeurs Adjoints, le Chef d'Exploitation, le Secrétaire Principal et l'Intendant Econome.

- L'intendant Econome est chargé de la gestion financière de l'établissement.
- Le chef d'Exploitation et responsable de la gestion des activités Agro-Sylvo-Pastorales tant académique que productives.
- Les deux directeurs adjoints sont chargés de la formation académique ; l'un est à katibougou chargé études et le second à l'Annexe de Bamako.
- Le secrétariat principal est dirigé par un Administrateur principal qui est chargé de la gestion des activités administratives notamment :
 - La réception du courrier à l'arrivée dans l'Institut ;
 - L'expédition du courrier départ de l'IPR/IFRA ;
 - La communication (téléphone, fax, Internet) ;
 - La gestion des dossiers administratifs du personnel et des étudiants ;
 - Ventilation des courriers
 - Service du secrétariat dactylo etc.

c- Organisation pédagogique :

La Direction des études supervise les activités de formation et de recherche en collaboration avec les Départements d'Enseignement et de Recherche (DER) qui sont au nombre de quatre :

- DER des Sciences économiques et sociales ;
- DER des Eaux et Forêts et de Génie Rural ;
- DER des Sciences et Techniques Agricoles ;
- DER des Sciences et Technique d'Elevage

• **Le conseil des professeurs :**

Il regroupe les enseignants de rang magistral, il se réunit deux fois par ans pour la planification des activités pédagogiques et de recherche et pour examiner les résultats des évaluations d'études.

- **Le conseil de discipline :**

Il a la compétence de traiter des questions de discipline concernant les étudiants.

- **L'assemblée d'institut :** se prononce sur le budget et le fonctionnement de l'Institut.

d- La ferme agro-Sylvo-Pastorale :

Elle comporte trois secteurs qui sont subdivisées en unités de production

- Secteur élevage ;
- Secteur agriculture ;
- Secteur eaux et forêts et du génie rural.

e- Conditions d'admission :

L'IPR/IFRA comporte actuellement trois cycles de formation :

- L'un prépare au diplôme de techniciens supérieurs pour une durée de deux ans ;
- L'autre prépare au diplôme d'ingénieurs pour une durée de trois ans.
- En plus des deux cycles précédents, s'ajoute le cycle de Maîtrise en vulgarisation Agricole d'une durée de 4 ans.

- **Accès au cycle Technicien Supérieur :**

L'accès se fait pour les bacheliers ou tout autre diplôme équivalent et le professionnels titulaires du brevet de Technicien (BT) dans les filières de l'agriculture, de l'élevage, des eaux et forêts et du génie rural.

- Les bacheliers doivent être âgés de vingt cinq (25) ans au plus ;
- Les professionnels de trente cinq (35) ans au plus.

Le choix des candidats se fait par sélection après examen des dossiers.

Accès au cycle Ingénieur :

- Les candidats nationaux titulaires du diplôme d'Etudes Universitaires Générales (DEUG) dans les filières Chimie Biologie Géologie (CBG) et ayant vingt trois (23) ans au plus sont soumis à un concours direct.
- Peuvent accéder par voie de concours professionnel, les candidats nationaux ayant un diplôme équivalent au DEUG.
- Les étrangers titulaires d'un diplôme reconnu équivalent au DEUG dans les spécialistes concernées sont admis sur examen de dossiers.

Les anciens ingénieurs de l'IPR qui ont suivi une formation de quatre ans après le baccalauréat ou autres diplôme équivalents sont admis sur étude de dossiers en deuxième année dans la limite des places disponibles.

- **Accès au cycle de maitrises en Vulgarisation Agricole : MVA** ouvert en 2002, le cycle vise la formation des spécialistes en vulgarisation agricole, la durée est de 04 ans.

L'accès se fait par sélection de dossier des titulaires du Diplôme de Technicien Supérieur ancien régime de l'IPR (DEF+4) ou de tout autre diplôme reconnu équivalent dans les domaines de l'agriculture, de l'élevage, des eaux et forêts et du génie rural. Les candidats doivent au préalable avoir au moins trois années d'expérience en vulgarisation et être âgés de 45 ans au plus.

Les titulaires du Diplôme universitaire de Technicien Supérieur (DUTS) sont exemptes de la première année du cycle, commencent en deuxième année poursuivent la formation en 3^e année et terminent le cycle en quatrième année.

4- POPULATION D'ETUDE ET ECHANTILLONNAGE

a- Population d'étude :

L'étude a été faite sur les étudiants régulièrement inscrits à l'IPR/IFRA pour l'année académique 2010-2011. Elle prend en compte tous les étudiants remplissant les critères d'inclusion.

b- Echantillonnage :

Dans le cadre de l'année universitaire en cours, l'Institut Polytechnique Rural de Formation et de recherche Appliquée compte 960 étudiants selon la direction générale de l'institut.

Sur la base que 50% des étudiants ont des pré-requis en matière de VIH et de sida, au risque de 5% et avec une précision de 5%, nous avons obtenus un échantillon de 385 étudiants

$$n = \frac{z^2 pq}{i^2}$$

- $p=1-q$, proportion attendue dans la population (à partir d'étude pilote, revue littérature...)
- Z , valeur dépendante du risque d'erreur α choisi ($z = 1,96$ pour $\alpha=5\%$)
- i , la précision voulue

n =taille de l'échantillon

c- Critères d'inclusion :

Ne peuvent prendre part à l'étude que :

- Tous les étudiants fréquentant à l'IPR/IFRA ;
- Tous les étudiants acceptant volontiers de répondre aux questionnaires.

d- Critères de non inclusion :

Dans le cadre de cette étude portant sur l'évaluation des connaissances, des attitudes et du comportement des étudiants de l'IPR/IFRA en ce qui concerne le VIH et de sida, ne sont pas inclus :

- Tous les étudiants non inscrits pour l'année 2010-2011 ;
- Les étudiants absents à notre passage ;
- Les étudiants qui refusent de répondre aux questionnaires.

e- Description de la recherche :

L'enquête avait été menée dans les salles de classe de l'IPR/IFRA pendant les moments d'inactivité pédagogique.

Le secrétaire général des étudiants de l'IPR /IFRA avait été informé de l'enquête par la réponse de la note de leur Directeur Général à notre Doyen faisant suite à ma demande d'autorisation de recherche.

Vous trouverez ces documents administratifs au niveau des annexes, il s'agit :

- De la lettre adressée au Doyen de la FMPOS par mon directeur de thèse ; le Pr SAMBA DIOP, attestant ma demande de recherche ;
- La note de service adressée au Directeur Général de l'IPR/IFRA par le Doyen de la FMPOS ;
- La réponse faite au Doyen de la FMPOS par le Directeur Général de l'IPR/IFRA confirmant son accord pour la recherche.

L'enquête était faite auprès des étudiants qui avaient rempli les critères d'inclusion à l'étude. Elle était faite sur la base du consentement éclairé tout en insistant sur la confidentialité. Une fiche de questionnaire avait été faite. Cette fiche, avait été remise par nous même à tous les étudiants acceptant librement de prendre part à la recherche. Le questionnaire était rempli par l'étudiant dénoué

de toute influence, selon sa propre logique. Aucun temps de remplissage ne lui était imposé. L'enquête était faite du lundi au vendredi de 8h à 16h jusqu'à couvrir le nombre d'échantillons voulu.

5- PRODUITS ATTENDUS :

Cette étude permettra de :

- Faire un appel à la prise de conscience des étudiants de l'IPR/IFRA en matière de VIH et de sida ;
- Mettre à la disposition des jeunes et des étudiants de l'IPR/IFRA les moyens d'information sur le sida afin de d'améliorer leur connaissance en matière de VIH et de sida ;
- Amener les étudiants à adopter une attitude responsable ;
- Contribuer à limiter les comportements à risque des étudiants et de l'ensemble de la jeunesse ;
- Prendre certaines mesures radicales venant du secteur administratif pour mieux surveiller l'épidémie au niveau de l'IPR/IFRA, c'est-à-dire, permettre à la direction générale de l'IPR/IFRA d'adopter une politique de communication pour un changement de comportement ciblé sur les étudiants et ceci dans le but d'apporter une amélioration des connaissances à propos du sida des étudiants ;
- Au gouvernement d'adopter une politique de sensibilisation centrée sur le sida et ses méfaits à l'endroit des jeunes ainsi que la distribution gratuite des préservatifs.

6- ANALYSE DES DONNEES :

Ce travail a été saisi à l'aide du Microsoft Word 2007 et l'analyse des données est faite à l'aide du logiciel SPSS17.0

7- CONSIDERATIONS ETHIQUES :

La collaboration des étudiants à la recherche est faite par rapport à leur consentement éclairé. L'anonymat des participants a été prouvé : aucune identité (nom et prénom) n'a été mentionnée sur le questionnaire appelé fiche d'enquête. Les étudiants ont été libres de choisir de participer ou de refuser de prendre part à l'étude. La recherche a pu se faire grâce à la lettre d'autorisation du Directeur Général de l'IPR/IFRA. Nous avons eu à rencontrer le secrétaire général des étudiants de l'institut pour lui expliquer la manière dont se fera notre recherche avec certains documents d'autorisation à l'appui.

8- Diagramme de GANTT

Activités	Date							
	Mars 2011- Avril 2011	Avril- Mai	Mai - septembre	Septembre -Novembre	Février	Mars 2012	Avri 1 2012	Juin 2012
Recherche bibliographique du protocole	✓							
Correction du protocole par le directeur de thèse		✓						
Début de l'étude			✓					
Collecte et analyse des données et fin de l'étude				✓				
Première correction du document par le directeur					✓			
Deuxième correction du document par le directeur						✓		
Correction par le jury							✓	
Soutenance								✓

RESULTATS

Notre étude portait sur les connaissances, attitudes et comportements des étudiants de l'IPR/IFRA en matière de VIH et de sida, **385** étudiants se sont portés volontaire pour la réalisation de cette étude. Ils étaient choisis de façon aléatoire dans les différentes salles de l'IPR/IFRA. Et voici les résultats que nous avons observés :

A- DONNEES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES :

Tableau III : Répartitions de l'échantillon en fonction de l'âge.

âge	effectif	Pourcentage (%)
[20-22]	159	41,3
[23-25]	125	32,5
[25-27]	43	11,2
[17-19]	37	9,6
>27 ans	21	5,4
Total	385	100,0

Classe d'âge de [20-22] était majoritaire dans notre étude avec un pourcentage de **41,3 %**.

Tableau IV : Répartitions de l'échantillon en fonction du sexe.

Sexe	effectif	Pourcentage (%)
Masculin	276	71,7
Féminin	109	28,3
Total	385	100,0

Dans notre échantillon, le sexe masculin était le plus représenté avec **71,7%** contre **28,3%** de sexe féminin.

Tableau V : Répartition de l'échantillon en fonction de la nationalité

Nationalité	effectif	Pourcentage (%)
Maliennne	350	90,9
Nigérienne	12	3,1
Tchadienne	9	2,3
Burkinabé	5	1,3
Camerounaise	3	0,8
Autres	2	0,5
Ivoirienne	2	0,5
Guinéenne	1	0,3
Sénégalaise	1	0,3
Total	385	100,0

Autres : République Centre Africaine, Gabon

La nationalité malienne était largement majoritaire avec **90,9%** de représentation.

Tableau VI : Répartition de l'échantillon en fonction d'ethnie.

Ethnie	effectif	Pourcentage (%)
Bambara	84	21,8
Minianka	50	13,0
Sénoufo	45	11,7
Dogon	42	10,9
Peulh	39	10,1
Autres	36	9,4
Malinké	19	4,9
sonrhäi	12	3,1
Bowo	12	3,1
Bozo	12	3,1
Soninké	10	2,6
Mossi	9	2,3
Sarakolé	6	1,6
Somono	6	1,6
Kel-Tamasheq	3	0,8
Total	385	100,0

Autres : Bassa, Sara, Haoussa, Sangho, Wolof, Laga

L'ethnie bambara était plus représentée avec **21,8%** suivi des Minianka avec **13,0%** contre **0,8%** de tamasheq.

Tableau VII : Répartition de l'échantillon en fonction du régime matrimonial.

Régime matrimonial	effectif	Pourcentage (%)
Célibataire	321	83,4
Marié	64	16,6
Total	385	100,0

Dans notre échantillon, les célibataires étaient majoritaires avec un pourcentage de **83,4%**.

Tableau VIII : Répartition de l'échantillon en fonction de la religion.

Religion	effectif	Pourcentage (%)
Musulmane	316	82,1
Chrétienne	63	16,4
Autres	6	1,5
Total	385	100,0

Autres : animistes, sectes, pas de religion

Les musulmans avaient occupés une proportion de **82,1%** contre **16,4%** des chrétiens.

Tableau IX : Répartition de l'échantillon en fonction des régions d'origine où ils ont fait leur secondaire.

Région d'origine	effectif	Pourcentage (%)
Sikasso	124	32,3
Ségou	75	19,9
Mopti	41	10,6
Autres	40	10,4
Koulikoro	34	8,9
Bamako	31	8,1
Kayes	27	7,0
Gao	7	1,8
Tombouctou	6	1,6
Total	385	100,0

Autres : Sarh, Moundou, Bangui, Libreville, Abidjan, Yaoundé, Conakry, Niamey, Dakar

La majorité des étudiants soit **32,3%** avait fait leur secondaire dans la région de Sikasso.

Tableau X : Répartition de l'échantillon en fonction du niveau d'étude.

Niveau d'étude	effectif	Pourcentage (%)
Première année	130	33,8
deuxième année	97	25,2
Troisième année	79	20,5
Cinquième année	56	14,5
Quatrième année	20	5,2
Sixième année	3	0,8
Total	385	100,0

Les étudiants de la première année prédominaient avec **33,8%**.

B- CONNAISSANCES

Tableau XI : Répartition de l'échantillon en fonction de leur aperçu sur la définition du sida.

Connaissez-vous définir le sida	effectif	Pourcentage (%)
Oui	336	87,3
Non	49	12,7
Total	385	100,0

La définition du sida était connue par **87,3%** des étudiants et seulement **12,7%** ignoraient.

Tableau XII : Répartition de l'échantillon en fonction de la définition du sida.

Définition du sida	effectif	Pourcentage (%)
Bonne	288	74,8
Ne sais pas	49	12,7
Passable	38	9,9
mauvaise	10	2,6
Total	385	100,0

Une grande partie des étudiants soit **74,8%** avait donné la bonne définition du sida.

Tableau XIII : Connaissance de la définition du sida en fonction des régions d'origine

Région d'origine	pouvez-vous définir le sida		Total
	oui	non	
Bamako	24(77,4%)	7(22,6%)	31(100,0%)
Kayes	22(81,5%)	5(18,5%)	27(100,0%)
Sikasso	113(91,1%)	11(8,9%)	124(100,0%)
Ségou	61(81,3%)	14(18,7%)	75(100,0%)
Mopti	37(90,2%)	4(9,8%)	41(100,0%)
Tombouctou	6(100,0%)	0(0,0%)	6(100,0%)
Gao	7(100,0%)	0(0,0%)	7(100,0%)
Koulikoro	30(88,2%)	4(11,8%)	34(100,0%)
Autres	36(90,0%)	4(10,0%)	40(100,0%)
Total	336	49	385

KHF=10,085 P=0,259 ; il n'y a pas de lien la définition du sida et les régions d'origine ddl=8

Autres : Sarh, Moundou, Bangui, Libreville, Abidjan, Yaoundé, Conakry, Niamey, Dakar

Tous les étudiants ressortissant de Tombouctou et de Gao connaissaient la définition du sida avec **100%** de pourcentage.

Tableau XIV : Définition du sida en fonction du sexe.

Définition du sida	Sexe des sujets		Total
	Masculin	Féminin	
Bonne	204(70,8%)	84(29,2%)	288(100,0%)
Passable	26(68,4%)	12(31,6%)	38(100,0%)
Ne sais pas	39(79,6%)	10(20,4%)	49(100,0%)
mauvaise	7(70,0%)	3(30,0%)	10(100,0%)
Total	276	109	385

KHF=1,826 P=0,609 ; il n'existe pas de lien entre sexe et la définition ddl=3

Les hommes prédominaient sur les femmes en ce qui concerne la bonne définition du sida soit avec **70,8%**, mais seulement peu de femmes avaient déclaré ne pas savoir la définition du sida soit **20,4%** contre 79,6% des hommes.

Tableau XV : Répartition de l'échantillon en fonction de leurs moyens d'informations sur le sida.

Moyens d'information sur le sida	effectif	Pourcentage (%)
Médias	84	21,8
Médias + amis + discussion + documentation	75	19,5
Discussions	36	9,3
Médias + discussion	31	8,0
médias + amis + discussions	28	7,3
Médias + documentation	21	5,4
Documentations	20	5,2
Amis	18	4,7
Médias + amis + documentation	18	4,7
médias + discussion + documentation	17	4,4
Amis + discussions	16	4,2
Médias + amis	10	2,6
Discision + documentation	8	2,1
Amis + documentation	3	0,8
Total	385	100,0

Un grand nombre d'étudiants soit **21,8%** avaient reçu leur information sur le sida à partir des **médias**.

Tableau XVI : Répartition de l'échantillon en fonction de leur connaissance sur les moyens de transmission du sida.

Moyen de transmission du sida	effectif	Pourcentage (%)
En se coupant avec des objets souillés + lors des rapports sexuels non protégés + de la mère à l'enfant	103	26,7
En se coupant avec des objets souillés + lors des rapports sexuels non protégés + en recevant du sang + de la mère à l'enfant + en donnant du sang	89	23,1
En se coupant avec des objets déjà souillés + lors des rapports sexuels non protégés + en recevant du sang + de la mère à l'enfant	85	22,1
En se coupant avec les objets souillés + lors des rapports sexuels non protégés	30	7,8
Lors des rapports sexuels non protégés	28	7,3
Lors des rapports sexuels non protégés + de la mère à l'enfant	21	5,5
Lors des rapports sexuels non protégés + en recevant du sang + de la mère à l'enfant	14	3,6
Lors des rapports sexuels non protégés + en recevant du sang + de la mère à l'enfant + en donnant du sang	11	2,9
En se coupant avec des objets souillés + lors des rapports sexuels non protégés + en donnant du sang	4	1,0
Total	385	100,0

En se coupant avec des objets déjà souillés + lors des rapports sexuels non protégés + de la mère à l'enfant étaient les moyens de transmissions les plus cités avec un pourcentage de **26,7%**.

Tableau XVII : Répartition de l'échantillon en fonction de leurs connaissances sur les moyens de prévention.

Moyen de prévention	effectif	Pourcentage (%)
Abstinence + fidélité + préservatifs	251	65,2
Fidélité + préservatifs	58	15,1
Abstinence + fidélité	19	4,9
Fidélité	16	4,1
Abstinence + préservatifs	13	3,4
Préservatifs	12	3,1
Médicaments + abstinence + fidélité	8	2,1
Abstinence	8	2,1
Total	385	100,0

Parmi les moyens de prévention énumérés, les plus cités par les étudiants étaient : l'abstinence, la fidélité et les préservatifs avec un pourcentage **65,2%**

Tableau XVIII : Répartition de l'échantillon en fonction de leur opinion sur le traitement

Traitement du sida	effectif	Pourcentage (%)
Le traitement bien conduit améliore la qualité de vie et la prolonge	194	50,4
Le traitement bien conduit améliore la qualité de vie et la prolonge + le traitement est une trithérapie	52	13,5
le traitement bien conduit améliore la qualité de vie et la prolonge + le traitement est une monothérapie	50	13,0
les personnes infectées ne peuvent plus transmettre la maladie + le traitement bien conduit améliore la qualité de vie et la prolonge + le traitement est une monothérapie	29	7,5
Les personnes infectées ne peuvent plus transmettre la maladie + le traitement bien conduit améliore la qualité de vie et la prolonge	25	6,5
Le traitement est une trithérapie	12	3,1
Le traitement bien conduit améliore la qualité de vie et la prolonge + le traitement est une bithérapie	12	3,1
Le traitement permet de guérir définitivement + le traitement est monothérapie	11	2,9
Total	385	100,0

Un peu plus de la moitié des étudiants, soit **50,4%**, avait souligné que le traitement bien conduit améliorerait la qualité de vie et la prolonge.

C- ATTITUDES

Tableau XIX: Répartition de l'échantillon en fonction de ceux qui ont connu un malade du sida ou qui en serait mort de sida.

Malade du sida	effectif	Pourcentage (%)
Non	280	72,7
Oui	105	27,3
Total	385	100,0

Au-delà de la moitié des étudiants soit **72,7%**, n'avaient jamais connu une personne vivant avec le VIH(PVVIH)

Tableau XX : Répartition de l'échantillon en fonction de leur attitude face aux séropositifs

Attitude face aux séropositifs	effectif	Pourcentage (%)
Continuer à la fréquenter + manger avec elle + dormir avec elle	243	63,1
continuer à la fréquenter + manger avec elle	55	14,3
Continuer à la fréquenter + manger avec elle + dormir avec + avoir des rapports sexuels en utilisant les préservatifs	32	8,3
Rien	27	7,0
Continuer à la fréquenter	20	5,2
Manger avec elle	8	2,1
Total	385	100,0

La majorité des étudiants de notre échantillon soit **63,1%** admettait qu'il serait possible de continuer à fréquenter, manger et dormir avec une personne séropositive sans craindre un risque d'infection au VIH.

Tableau XXI ; Répartition de l'échantillon en fonction de leur propre moyen de protection

Moyen de protection	effectif	Pourcentage (%)
Fidélité + préservatifs	157	40,8
Abstinence	96	24,9
Fidélité	64	16,6
Préservatifs	54	14,0
Aucune protection	10	2,6
Ne sais pas	4	1,0
Total	385	100,0

La fidélité et l'utilisation des préservatifs étaient les moyens de protection de la plupart de notre échantillon soit **40,8%**.

Tableau XXII : Répartition de l'échantillon en fonction des échanges concernant les matériels d'hygiène, de coiffures, de piercing et autres.

Echangez entre vous des matériels souillés	effectif	Pourcentage (%)
Non	210	54,5
Oui	175	45,5
Total	385	100,0

Les échanges des matériels souillés tels que les matériels de piercing, de coiffures et autres entre étudiants, étaient faits par une minorité soit 45,5% mais non par **54,5%**.

Tableau XXIII : Répartition de l'échantillon en fonction des différentes propositions sur le sida.

propositions	effectif	Pourcentage (%)
Le SIDA m'inquiète et me concerne + le sida est une maladie qui peut toucher n'importe qui	259	67,3
Le SIDA est une maladie qui peut toucher n'importe qui + le sida m'inquiète et concerne + seul les prostituées et les gens qui ont plusieurs copains (copines) peuvent avoir le sida	51	13,2
Le sida m'inquiète et me concerne + le sida est une maladie qui peut toucher n'importe qui + celui ou celle qui achète les préservatifs est un vagabond sexuel	18	4,7
Le sida est une maladie qui peut toucher n'importe qui + celui ou celle qui achète les préservatifs est un vagabond sexuel	16	4,1
Seules les prostituées et les gens qui ont plusieurs copains (ou copines) peuvent avoir le sida + le sida m'inquiète et me concerne	14	3,6
Le sida m'inquiète et me concerne + le sida est une maladie qui peut toucher n'importe qui + celui ou celle qui utilise les préservatifs avec son ami(e) est infidèle	11	2,9
Aucune proposition	11	2,9
Seul les prostituées et les gens qui ont plusieurs copains (copines) peuvent avoir le sida + celui ou celle qui achète les préservatifs est un vagabond sexuel + celui ou celle qui utilise des préservatifs avec son ami(e) est infidèle	5	1,3
Total	385	100,0

La majorité des étudiants de notre échantillon soit un pourcentage de **67,3%** avait déclaré que : « *le sida est une maladie qui les inquiétait et qui les concernait aussi, le sida peut aussi toucher n'importe qui* ».

D- COMPORTEMENTS

Tableau XXIV : Répartition de l'échantillon en fonction de leur relation sexuelle.

Avez déjà eu des rapports sexuels	effectif	Pourcentage (%)
Oui	266	69,1
Non	119	30,9
Total	385	100,0

Environ 266 étudiants soit **69,1%** contre 119 soit **30,9%** avaient déjà eu à faire des rapports sexuels.

Tableau XXV : Répartition de l'échantillon en fonction de l'âge de leur premier rapport sexuel.

Age du premier rapport sexuel	effectif	Pourcentage (%)
[18-20]	116	43,6
[15-17]	97	36,5
[21-23]	27	10,1
] <14]	24	9,0
[>24[2	0,8
Total	266	100,0

La classe d'âge de [18-20] est celle qui représente la période où une majeure partie des étudiants soit **43,6%** avaient eu leur premier rapport sexuel.

Tableau XXVI : Répartition des étudiants en fonction du nombre de partenaires sexuels qu'ils avaient eu.

Nombre de partenaire sexuel	effectif	Pourcentage (%)
1	71	26,7
6 et +	61	22,9
2	56	21,1
3	38	14,3
4	20	7,5
5	20	7,5
Total	266	100,0

Les étudiants qui ont eu un seul partenaire sexuel prédominaient avec **26,7%** de pourcentage contre **7,5%** de ceux qui en ont eu 4 et 5 partenaires sexuels.

Tableau XXVII : Répartition de l'échantillon en fonction de ceux qui ont eu des partenaires fréquentant l'institut.

Partenaires fréquentant l'institut	effectif	Pourcentage (%)
Non	163	61,3
Oui	103	38,7
Total	266	100,0

La majorité des étudiants de notre échantillon soit **61,3%** n'avait jamais eu des partenaires sexuels fréquentant l'institut.

Tableau XXVIII : Répartition de l'échantillon en fonction du nombre de leurs partenaires sexuels fréquentant l'institut.

Nombre de partenaire	effectif	Pourcentage (%)
1	62	60,2
2	27	26,2
3	6	5,8
4	4	3,9
5 et +	4	3,9
Total	103	100,0

La plus part des étudiants soit **60,2%** n'avait eu qu'un seul partenaire fréquentant l'institut contre **3,9%** de ceux qui en avaient 4 et 5 et plus.

Tableau XXIX : Répartition de l'échantillon en fonction de la nature de leurs partenaires sexuels.

Nature des partenaires	effectif	Pourcentage (%)
partenaires réguliers	190	71,4
Partenaires réguliers + occasionnels	39	14,7
partenaires occasionnels	24	9,0
Partenaires réguliers + prostituées	10	3,8
prostituées	3	1,1
Total	266	100,0

Les étudiants qui avaient des partenaires réguliers prédominaient dans notre échantillon soit avec un pourcentage de **71,4%**.

Tableau XXX : répartition des partenaires sexuels en fonction du dépistage.

Les partenaires sexuels	Avez-vous déjà pratiqué un dépistage du SIDA		Total
	OUI	NON	
partenaires réguliers	124(65,3%)	66(34,7%)	190(100,0%)
partenaires occasionnels	12(50,0%)	12(50,0%)	24(100,0%)
prostituées	2(66,7%)	1(33,3%)	3(100,0%)
Partenaires réguliers + occasionnels	16(41,0%)	23(59,0%)	39(100,0%)
Partenaires réguliers + prostituées	5(50,0%)	5(50,0%)	10(100,0%)
Total	159	107	266

KHF=9,492 P=0,050 ; il existe un lien entre le dépistage et les partenaires sexuels ddl=4

Les étudiants ayant des partenaires sexuels réguliers avaient plus pratiqué leur dépistage avec un taux de **65,3%** tandis que ceux qui avaient des partenaires occasionnels et réguliers plus prostitués, la moitié n'avait pas fait son dépistage.

Tableau XXXI : Répartition de l'échantillon en fonction de l'utilisation du préservatif.

Utilisez-vous le préservatif	effectif	Pourcentage (%)
Toujours	130	48,9
quelques fois	70	26,3
Jamais	66	24,8
Total	266	100,0

La grande partie des étudiants de notre échantillon soit **48,9%** utilisait toujours des préservatifs durant leur rapport sexuel, par contre **24,8%** n'en utilisaient jamais.

Tableau XXXII : Répartition selon l'utilisation du préservatif en fonction du sexe

Utilisation du préservatif	Sexe des sujets		Total
	Masculin	Féminin	
Toujours	83(63,8%)	47(36,2%)	130(100,0%)
Jamais	42(63,6%)	24(36,4%)	66(100,0%)
quelques fois	55(78,6%)	15(21,4%)	70(100,0%)
Total	180	86	266

KHF=5,162 P=0,076 ; il n'y a pas de lien entre le sexe et l'utilisation du préservatif ddl=2

Une proportion de **63,8%** des hommes utilisaient toujours les préservatifs. Mais **36,4%** de femmes et **63,6%** des hommes avaient déclaré n'avoir jamais utilisé les préservatifs.

Tableau XXXIII : Répartition de l'échantillon en fonction de l'utilisation du préservatif avec le partenaire régulier.

Port du préservatif	effectif	Pourcentage (%)
Oui	151	56,8
Non	115	43,2
Total	266	100,0

Environ **56,8%** des étudiants utilisaient toujours des préservatifs avec leur partenaire régulier lors de leur rapport sexuel.

Tableau XXXIV : Répartition de l'échantillon en fonction de la connaissance de leur statut sérologique

Statut sérologique	effectif	Pourcentage (%)
Non	193	50,1
Oui	192	49,9
Total	385	100,0

Plus de la moitié des étudiants soit **50,1%** ignorait leur statut sérologique.

Tableau XXXV: Répartition de l'échantillon en fonction du dépistage.

Oui ou non	effectif	Pourcentage (%)
Oui	193	50,1
Non	192	49,9
Total	385	100,0

Un peu plus de la moitié des étudiants soit **50,1%** ont eu à faire leur dépistage.

Tableau XXXVI : Répartition du dépistage en fonction de la définition du sida.

Pratique du dépistage	Pouvez- vous définir le sida		Total
	oui	non	
Oui	172(89,1%)	21(10,9%)	193(100,0%)
Non	164(85,4%)	28(14,6%)	192(100,0%)
Total	336	49	385

KHF=1,188 P=0,276 ; il n'y a pas de lien entre la définition et le dépistage ddl=1

La majorité des étudiants qui savait définir le sida avait fait leur dépistage sexuel soit un taux de **89,1%**.

Tableau XXXVII : Répartition de l'échantillon en fonction de leur raison par au refus du dépistage.

Refus du dépistage	effectif	Pourcentage (%)
pas de raison	61	31,8
La peur	50	26,0
Pas besoins car pas de rapports sexuels	40	20,8
ne connaît pas de lieu de dépistage	9	4,7
ne crois pas au sida	8	4,2
Pas besoins	8	4,2
Pas de confiance aux matériels et aux personnels des tests de dépistage	7	3,6
Pas d'information	6	3,1
La honte	3	1,6
Total	192	100,0

Les raisons évoquées par la plupart des étudiants soit **31,8%** en rapport au refus du dépistage étaient qu'il n'y avait aucune raison.

Tableau XXXVIII : Répartition de l'échantillon en fonction d'une quelconque possibilité de se dépister.

Possibilité du dépistage	effectif	Pourcentage (%)
Oui	120	62,5
Non	72	37,5
Total	192	100,0

Environ 120 étudiants soit un pourcentage de **62,5%** soutenaient la possibilité de se faire dépister.

E- LES INTERVENTIONS DANS LA LUTTE CONTRE LE VIH ET LE SIDA :

Tableau XXXIX : Répartition de l'échantillon en fonction des propositions sur l'action de l'institut et du gouvernement dans la lutte contre le sida

Les moyens de lutte	effectif	Pourcentage (%)
sensibilisation	156	40,5
sensibilisation + bonne information	65	16,9
Rien	39	10,1
dépistage au campus +sensibilisation Gratuité des préservatifs	34	8,8
Les cours sur le sida et les autres IST + sensibilisations	29	7,5
la bonne information	28	7,3
Gratuité des préservatifs	18	4,7
Les cours sur le sida et les IST	9	2,3
Appliquer la loi religieuse : "la charia"	5	1,3
un lieu d'échange sur les IST	2	0,3
Total	385	100,0

Les étudiants de notre échantillon soit **40,5%** auraient souhaité que l'action l'institut et du gouvernement dans la lutte contre le sida passe par la sensibilisation.

Tableau XXXX : Répartition de l'échantillon selon leur opinion sur la présence du lieu de dépistage au sein de l'institut

Dépistage au sein de l'institut	effectif	Pourcentage (%)
Oui	314	81,6
non	71	18,4
Total	385	100,0

La plus part des étudiants de notre échantillon soit **81,6%** confirme que la présence d'un lieu de dépistage au sein de l'institut pouvait les permettre de se faire dépister.

Tableau XXXXI : Répartition de l'échantillon concernant l'action de l'institut dans le dépistage.

Action de l'institut	effectif	Pourcentage (%)
Rien	85	22,1
Sensibiliser	74	19,2
Sensibilisation + la bonne information	53	13,8
sensibilisation + la gratuité du dépistage	48	12,5
Personnels qualifiés+ lieux de dépistage	42	10,9
exiger le dépistage lors des inscriptions	42	10,9
La bonne information	26	6,7
Donner des cours sur le sida	15	3,9
Total	385	100,0

D'après un grand nombre des étudiants de notre échantillon soit **22,1%**, l'institut ne pouvait **rien** faire pour leur amener à se dépister.

COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS

a- Approche méthodologique :

Dans le souci d'évaluer leurs connaissances, attitudes et pratiques comportementales en matière de VIH et de sida, nous avons effectué une étude transversale prospective portant sur 385 étudiants au sein de l'IPR/IFRA. Cela nous a permis d'appréhender leurs caractères sociodémographiques ainsi que leurs connaissances, attitudes et pratiques en ce qui concerne la maladie du sida.

Les limites de notre étude :

Au cours de cette étude, nous avons fait face à quelques difficultés :

- La perte de nombreuses fiches d'enquêtes que nous avons eu à remplacer;
- L'enquête s'était déroulée pendant la période de Ramadan et cela nous a rendu la tâche un peu compliquée ;
- Pour éviter de perturber les cours, nous avons mieux jugé d'expliquer le contenu et l'intérêt de l'étude tout en laissant les fiches avec les étudiants, nous n'avons pas oublié de les rappeler que nous repasserions les récupérer en fin de cours, certains ont proposé remettre les leur le jour suivant et parfois les fiches ne sont pas rendues.

b- Caractéristiques sociodémographiques :

1- La tranche d'âge et le sexe :

Dans notre étude, la tranche d'âge de 20-22 ans était majoritairement représentée avec un pourcentage de 41,3 il en est de même pour l'étude faite par **Djoufang M. Rodrigue**, qui avait retrouvé une proportion similaire de 42,9% de la tranche d'âge de 20-22 ans[12] contrairement à celles d'**Ariane M.** et de **A. Traoré** qui avaient respectivement trouvé 53,9% représentant 21-24 ans[13] et

72,8% représentant la classe de 17-19 ans[14] considérées comme majoritairement représentées.

Dans notre étude, les garçons sont plus représentés que les filles avec 71.7% de l'effectif total. Cela pourrait s'expliquer :

- Par la présence majoritaire des garçons à l'IPR/IFRA témoignant du manque d'intérêt éprouvé par les filles pour cet institut ;
- Par la faible politique scolaire des filles en Afrique au profit des travaux ménagers ;
- Par l'approche facile des garçons en ce qui concerne la question de la sexualité contrairement aux filles qui se renferment sur la question.

2- La nationalité et l'ethnie :

Notre étude a recensé plus d'une dizaine de nationalité différentes au sein de l'IPR/IFRA, l'Etat le plus le représenté est le Mali. Les étudiants maliens occupent 90,9% de la proportion totale. On pourrait expliquer cela par la qualité des enseignants au Mali ainsi que l'accès facile aux étudiants maliens à leur institut.

L'ethnie bambara est majoritairement représentée avec 21,8% et d'après certaines études réalisées au Mali, le bambara était l'ethnie la plus peuplée.

3- Régime matrimonial et religion :

Les célibataires prédominaient avec 83,4% dans notre étude et cela a été confirmé lors de l'étude réalisée par **Ariane M [13]**, qui retrouve aussi un nombre élevé de célibataires que de mariés, soit 87,2% contre 12,8%. On peut lier cela à la tranche d'âge majoritaire de 20-22ans, elle est assez jeune pour réussir une vie de couple par manque d'expérience et aussi que les études bien améliorées ne peuvent pas s'associer à une vie de couple, il faut : les études d'abord.

Les musulmans sont plus représentés que toute autre religion avec 82,1% de pourcentage. Cela est dû au fait que le Mali compte plus de musulmans.

c- Connaissances :

Dans le but d'évaluer leurs connaissances en matière de VIH et de sida, nous avons posé aux étudiants certaines questions qui pourraient les amener à donner leur avis témoignant de leurs connaissances sur le fléau. Nous avons mentionné parmi ces questions : la définition du sida, les moyens d'information sur la maladie du VIH, les modes de transmissions, les moyens de protections ainsi que le traitement. Contrairement à **Djoufang M. Rodrigue** qui considère que tous les étudiants avaient déjà entendu parler du sida [12], nous les avons amenés à répondre à la question de savoir : oui ou non, savent-ils définir le sida ? Cela nous a permis de savoir que 12,7% des étudiants de l'IPR/IFRA ont répondu par « non » contrairement à ce que Djoufang M. Rodrigue pouvait croire.

En fonction de la définition du sida, 2,6% des étudiants avaient donné une mauvaise définition contrairement à 74,8% qui en avaient donné une bonne et 12,7% qui ne savaient pratiquement pas le définir. Ceci montre que la plupart des étudiants avaient des connaissances sur la maladie mais de façon non précise puisque 12,7% avaient déclaré ne pas savoir définir le sida, mais par conséquent avaient pu répondre à d'autres questions de la fiche d'enquête, on peut expliquer cela par le fait que les étudiants de l'IPR/IFRA ne se focalisent pas seulement sur la formation agro-pastorale mais ils s'intéressent aussi à d'autres domaines éducatifs à savoir par exemple, la médecine, l'économie le droit ...

Ceci se confirme par leurs sources d'information sur la maladie du sida, car tous ont des sources différentes mais qui leur a permis de bien répondre aux questions bien qu'une grande partie soit 21,8%, avait souligné « les medias » comme moyen d'information.

Moyens de transmission, de prévention et traitement :

En rapport avec les moyens de transmissions, 26,7% des étudiants considérés comme majoritaire avaient fait des propositions suivantes : en se coupant avec des objets déjà souillés, lors des rapports sexuels non protégés et de la mère à l'enfant tout en omettant parmi nos propositions celles ; en donnant du sang et en recevant du sang. Certains étudiants soit 23,1% avaient fait des bonnes propositions, il en est de même pour les moyens de préventions où 65,2% des étudiants avaient fait des bonnes propositions en parlant de l'abstinence, la fidélité et le préservatif mais d'autres avaient tenté d'apporter leurs idées malgré qu'elles soient incomplètes et parmi les quels 2,1% de ces étudiants avaient mentionné : les médicaments, l'abstinence et la fidélité comme moyens de prévention. Et en rapport avec le traitement du sida, plus de la moitié des étudiants soit 50,4% n'avait mentionné que le traitement bien conduit améliorerait la qualité de vie et la prolongeait tout en oubliant que le traitement était aussi une trithérapie mais cela avait été bien répondu par 13,5% des étudiants, cependant 2,9% des étudiants qui étaient passés pratiquement à côté de la bonne réponse en soulignant : que le traitement permettait de guérir définitivement et qu'il était aussi monothérapie.

Toutes ces bonnes, passables et mauvaises réponses témoignent du fait que les étudiants de l'IPR/IFRA avaient malgré leurs différentes sources d'informations, acquis des connaissances sur le sida mais de façon non spécifique, aucune formation ou cours supplémentaire sur le sida ne leur avait été dispensé. On peut aussi interpréter cela par la prise de conscience des jeunes et plus particulièrement ceux de l'IPR/IFRA sur les conséquences de la maladie du sida, car au sein de leur institut des efforts dans la lutte contre le sida étaient considérablement emmenagés, on peut citer la création du « club anti sida » par les étudiants de l'IPR/IFRA au sein de leur institut.

d- Attitudes :

Les attitudes des étudiants de l'IPR/IFRA sont littérairement théoriques, la plupart des étudiants se sont basés sur leurs connaissances personnelles pour pouvoir répondre aux questions bien que la majorité soit 72,7% n'avait jamais été en contact avec une personne vivant avec le VIH, nous avons remarqué qu'ils avaient dans l'ensemble bien répondu aux questions restantes à savoir leur attitudes face aux PVVIH où 63,1% des étudiants avaient affirmé qu'il n'y avait pas de danger à fréquenter, à manger et à dormir avec une PVVIH et en ce qui concerne les échanges des matériels pouvant être des vecteurs du VIH (paire de ciseau, matériels de coiffures, les objets de piercing, la rase barbe, ...), 54,5% des étudiants n'encourageaient pas cette pratique pour éviter le risque de contamination par le VIH et en fin à la question de savoir : leur propre avis sur la maladie, une proportion de 67,3% des étudiants avaient confirmé que le sida les inquiétait et les concernait et aussi que cela pouvait toucher n'importe qui.

Malgré que la totalité des étudiants n'avait pas donné de bonnes réponses à toutes les questions et vu le fait que la plupart des questions avait été bien répondu par la majorité, nous pouvons dire que les étudiants de l'institut polytechnique rurale de Katibougou sont conscients des dangers et des conséquences de la maladie du VIH et de sida.

e- Comportements :

Les rapports qu'ils avaient eus avec leurs partenaires sur le plan sexuel, le caractère des partenaires ainsi que leurs moyens de protection face aux différents partenaires puis la question du dépistage sont ainsi les renseignements qui nous permettaient d'évaluer les comportements des étudiants de l'IPR/IFRA en matière de VIH et de sida.

1- Le comportement sexuel :

Dans notre étude, la plupart des étudiants soit 43,6% avaient eu leur premier rapport sexuel dans la tranche d'âge de 18 à 20 ans ce qui pourrait s'expliquer par l'acquisition de l'âge de la maturité mais 9,0% avaient eu les leur à moins de 14 ans ceci pourrait s'associer au manque d'éducation des parents à leurs enfants sur le plan de la sexualité, cela confirme aussi le fait qu'en Afrique les parents se réservent d'aborder avec leurs enfants les questions de la sexualité. Dans le même cadre de notre étude, 69,1% des étudiants avaient déjà eu à faire des rapports sexuels parmi lesquels, 26,7% seulement n'avaient eu qu'en tout un seul partenaire tandis qu'une plus grande partie en avait eu plus de deux. Les étudiants qui avaient plus de six partenaires en tout, étaient majoritaires et occupaient une proportion de 22,9%. Leurs partenaires sexuels étaient des prostitués, des partenaires occasionnels et des partenaires réguliers et cela doit attirer leur attention sur la protection mais seulement 48,9% utilisaient régulièrement les préservatifs avec leurs partenaires et pourtant 50,1% ignoraient leur statut sérologique.

Ceci s'explique encore par un laisser aller des parents dans l'éducation de base des enfants en ce qui concerne la sexualité et aussi un manque d'initiative de l'institut dans la lutte contre le sida ; cela est confirmé par le rapport final de lutte contre le VIH et sida et les IST par le retard dans l'élaboration du module d'information et de sensibilisation sur les IST à l'intention de tous les secteurs [19]. Il y a aussi la télévision qui diffuse parfois les films qui ne doivent pas être à la portée des enfants tout cela compromet l'éducation du jeune enfant sur sa sexualité sans oublier l'internet.

2- Comportement lié à la protection :

Seulement 48,9% des étudiants utilisaient régulièrement les préservatifs et 50,1% ignoraient leur statut sérologique. Il y en a 50,1% qui ont eu à faire leur dépistage.

Vu que 50,1% ignoraient leur sérologie, parmi ceux qui ont fait leur dépistage, certains n'avaient pas eu leur résultat soit par peur soit par indisponibilité des agents de dépistage. Il confirme d'une part le manque de motivation et l'irresponsabilité des étudiants et d'autre part il engage la responsabilité de l'institut dans la lutte contre le VIH.

f- Les moyens de lutte contre le VIH et sida :

Depuis la découverte du virus jusqu'à nos jours, des gros moyens comme la création de l'ONUSIDA et principalement au Mali par l'engagement politique, la gratuité des ARV, la déclaration de politique de lutte contre le VIH et le sida, la création du haut conseil national de lutte contre le sida, etc. [19] sont mis en jeu dans la lutte contre le sida, la lutte continue car le sida fait toujours des ravages.

Dans notre étude, nous avons cherché à savoir les moyens de lutte ou la manière de freiner le développement du virus par les étudiants. Leur principal moyen de lutte se focalise autour de la sensibilisation, soulignée par 40,5% des étudiants qui représentaient la majorité, 16,9% des étudiants souhaiteraient mener leur lutte par une formation faite sur la maladie du sida aux étudiants en association avec la sensibilisation, d'autres étudiants soit 8,8% avaient sollicité un lieu de dépistage au sein de l'institut plus la sensibilisation.

En dehors de 22,1% des étudiants qui pensent que l'institut ne pouvait rien faire pour les amener à se faire dépister, un grand nombre pense le contraire, l'institut pourrait commencer par la sensibilisation, une formation, création du

lieu de dépistage dans l'institut, certains avaient proposé d'exiger le dépistage pendant l'inscription.

Ces mesures expliquent l'inquiétude des étudiants face au sida.

CONCLUSION :

Il s'agissait d'une étude prospective faite sur les étudiants de l'IPR/IFRA dans le domaine de la santé publique en rapport avec la lutte contre le sida. Elle portait sur les connaissances, les attitudes et les pratiques comportementales des étudiants en matière de VIH et de sida. Nous avons pu à travers cette étude évaluer les connaissances des étudiants en ce qui concerne la définition de la maladie du sida, les moyens d'information, de prévention, de transmission ainsi que des connaissances en rapport avec le traitement du sida et ceci nous a permis d'affirmer que l'ensemble des étudiants de l'IPR/IFRA, avaient une bonne connaissance de la maladie du sida.

En ce qui concerne leurs attitudes, une grande partie de ces étudiants n'avait jamais été en contact avec une PVVIH, leurs attitudes face au sida s'inspiraient de leurs connaissances à propos de la maladie. Ce manque d'expérience avec une PVVIH confirme leurs comportements à risque. Quelques étudiants menaient leur activité sexuelle au sein même de l'institut, d'autres avaient des partenaires occasionnels ou des prostitués et seulement peu de ces étudiants utilisent régulièrement les préservatifs. Ils n'accordent pas d'importance au dépistage.

Leurs comportements sexuels étaient des comportements à risque.

RECOMMANDATIONS

En rapport avec les résultats et la conclusion de notre étude, quelques recommandations avaient été formulées et s'adressent :

Au ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche scientifique :

- Mobiliser le système éducatif pour qu'il devienne le moteur d'un programme de prévention et de prise en charge généralisée pour les étudiants ;
- Introduire dans le programme d'enseignement des cours d'éducation sexuelle ;
- Encourager les études et les recherches opérationnelles sur les comportements sexuels des adolescents et des jeunes adultes.

Au ministère de la santé :

- Mettre au sein des universités et des instituts des centres de jeunes pour la prise en charge des problèmes sanitaires.
- Rendre disponible les centres de conseils et de dépistage volontaire, et surtout au niveau des universités et des instituts.
- Organiser des journées de sensibilisations sur les IST, VIH et sida au sein des universités et des instituts à travers des conférences débats, des sketches, des jeux concours.

Au Centre national des œuvres universitaire (CENOU) :

- Création des centres d'informations et de dépistage des IST et sida au sein de l'IPR/IFRA.
- Encourager les étudiants à la communication pour le changement de comportement à travers les affiches publicitaires au sein des instituts universitaires.

A l'IPR/IFRA :

- Créer au sein de l'institut un centre d'éducation et de formation sur les IST et le sida ;
- Encourager le dépistage au sein de l'institut ;
- Faire des sensibilisations par des projections de films, des affichages ainsi que journées organisées du sida ;

Aux parents :

- Aborder de temps en temps avec leurs enfants des sujets sur la sexualité ;
- Si possible encourager les enfants sur l'utilisation des préservatifs.

Aux étudiants de l'IPR/IFRA :

- Participer régulièrement aux activités de lutte contre le sida ;
- Eviter les comportements à haut risque ;
- Connaitre parfaitement son statut sérologique par le dépistage.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES :

1- RAPPORT FINAL.

Estimation des flux de ressources et dépenses nationales de lutte contre le VIH/SIDA et les IST. Année 2009 (ER-REDES) MALI.

2- PLAN OPERATIONNEL 2007-2010. HCNLS

Cadre stratégique national de lutte contre le VIH et le sida (CSN° 2006-2010).

3- ONUSIDA/OMS.

Le point sur l'épidémie mondiale du SIDA. décembre 2008, Genève 2008.
WW.UNAIDS.org.

4- ONUSIDA.

Rapport sur l'épidémiologie mondiale du sida. Estimations et données VIH et sida de 2001 à 2009.

5- ONUSIDA.

Rapport sur l'épidémie mondiale du sida 2010. ONUSIDA 2011.

6- Samake S, Traoré SM, Ba S, et al.

Enquête démographique de santé Mali (EDS-M IV 2006) Bamako, Mali juin 2006. 405p.

7- ONU/SIDA et OMS.

Le point sur l'épidémiologie mondiale du VIH/sida, Décembre 1999.

8- Ministère de la santé du Mali.

Rapport final Enquête Démographique et de Santé EDSIV. En 2006. Décembre 2007

9- M. Ousmanel.

« Connaissances, attitudes et comportements sexuels en matière de MST/SIDA en milieu scolaire, école normale secondaire de Bougouni et lycée MDM de Sikasso ». Thèse méd. Bamako.

10- OMS. Classification clinique du sida.

Cours de thérapeutique, sur : l'ordonnance médicale, anticoagulants, les laxatifs et purgatifs et en fin les ARV pour l'année universitaire 2009 – 2010. Université de Bamako (FMPOS). P.47, P.48, P.49, P.50.

11- les Anti rétroviraux (ARV).

Cours de thérapeutique, sur : l'ordonnance médicale, anticoagulants, les laxatifs et purgatifs et en fin les ARV pour l'année universitaire 2009 – 2010. Université de Bamako (FMPOS). P.25 – 41

12- Djoufang M. Rodrigue.

« Connaissances, attitudes et pratiques comportementales des étudiants de la FAST matière de VIH/sida ». Thèse de Méd. Bamako 2010 - 2011.

13- Ariane M.

« Connaissance, attitudes et pratiques comportementales liées aux IST et au VIH/SIDA des étudiants de la FMPOS ». Thèse de Méd., 2008 – 2009.

14- A. Traore.

« Connaissances, attitudes et pratiques comportementales des jeunes de moins de 20 ans face aux IST/SIDA ». Thèse de Méd. Bamako 2006 ; 06-P-67.

15- DESCLAUX. A.

Le Dépistage VIH et le Conseil en Afrique subsaharienne. Dimensions médicales et sociales.

Paris, Karthala. 2000, 326 p

16- LOT F. V.

Epidémiologie : situation actuelle et tendances

in : VIH : Edition 2004

Rueil-Malmaison : Doin, 2004, pp. 39-51

17- ONUSIDA.

Cadre conceptuel et base d'action : Stigmatisation et discrimination associées au VIH/sida. Suisse 2002 : 23p.

18- PICARD. C.

VIH. Et maladies opportunistes.

PARIS, Malmaison. Octobre 2000. P.505

19- RAPPORT FINAL.

Estimation des Flux de Ressources et de Dépenses Nationales de lutte contre le VIH/SIDA ET LES IST Année 2007-2008 (EF- REDES) MALI

ANNEXES :

Annexes I :

FICHE SIGNALITIQUE :

NOM : KEMDJINOUBA ALAMTA

PRENOM : Francis

PAYS D'ORIGINE : TCHAD

ANNEE DE SOUTENANCE :

VILLE : Bamako

**TITRE : CONNAISSANCES, ATTITUDES ET PRATIQUES
COMPORTEMENTALES DES ETUDIANTS DE L'IPR/IFRA EN
MATIERE DE VIH ET DE SIDA.**

LIEU DE DEPOT : bibliothèque de la FMPOS

E-MAIL : falamta09@yahoo.fr

Annexe II :

RESUME :

Il s'agissait d'une étude réalisée à l'IPR/IFRA sur un total de 385 étudiants parmi les quels ; 71,7% d'hommes et 28,3% de femmes. Dans cette étude, la tranche de 20-22 était majoritaire avec un taux de 40,8%.

Elle nous a permis d'analyser le niveau de connaissances, d'attitudes et comportements de ces étudiants en matière de VIH et de sida.

Les étudiants, dans l'ensemble, avaient une bonne notion sur le sida malgré leurs diverses sources d'informations car il n'existe pas au sein de leur institut une structure fixe pour une éducation sur la santé de reproduction. C'est ainsi que 87,3% avaient pu bien définir le sida. En ce qui concerne les moyens de préventions, 65,2% des étudiants avaient souligné, l'abstinence, la fidélité et le préservatif.

En ce qui concerne leurs attitudes face au VIH, la plus part de ces étudiants n'avait jamais été en contact avec une PVVIH soit un pourcentage de 72,7%.

En rapport avec leurs comportements, plus de la moitié soit 69,1% des étudiants avaient déjà eu à faire une ou plusieurs fois des rapports sexuels. Environ 9,0% avaient eu leur premier rapport sexuel à l'âge de 14 ans. En ce qui concerne les partenaires sexuels, 71,4% avaient des partenaires réguliers, 9,0%, des partenaires occasionnels et 1,1% des prostitués. Et seulement 48,9% utilisaient régulièrement le préservatif. Environ 50,1% des étudiants avaient déjà fait leur dépistage et 49,9% connaissaient leur statut sérologique.

Les étudiants sollicitaient organiser leur lutte contre le sida en :

Créant un centre de dépistage au sein de l'institut soit 81,6% des étudiants,

Recevant une aide de la par de l'institut et du gouvernement de le sensibilisation.

En somme les étudiants de l'IPR/IFRA avaient une bonne connaissance du sida mais adoptaient un comportement à risque d'où l'intérêt d'une bonne sensibilisation.

Mots clés : Connaissances, Attitudes, Comportement, VIH, sida, étudiants, IPR/IFRA, Katibougou, Mali

SPECIFICATION SHEET

NAME: KEMDJINOUBA ALAMTA

FIRST NAME: Francis

ORIGINE COUNTRY: CHAD

PERIODE:

TOWN: Bamako

THESIS TITLE: KNOWLEDGE, ATTITUDES AND PRACTICAL OF STUDENTS OF IPR/IFRA'S BEHAVIOR AS FAR AS HIV AND AIDS IS CONCERNED

FORMAL DEPOSIT PLACE: Faculty of Medicine; Pharmacy and Odontostomatology Library

INTEREST SECTOR: Public health

MAIL: falamta09@yahoo.fr

Abstract:

This study have been carried out at IPR/IFRA, among 385 students collected 71,7% was represented by men and 28,3% by women; with the age bracket of 20-22 years old and the majority rate of 40,8% for these ages.

This allowed us to analyze the knowledge, attitude and behavior of these students about HIV and AIDS

Students as a whole had a good basic knowledge about AIDS despite their various sources of information, because they did not received any education on health reproduction and about AIDS. Only 87, 3% were able to define AIDS properly. With regard to prevention, 65, 2% of students mentioned abstinence, fidelity and condom.

Regarding to their attitude in view of HIV, most of students had never heard about PVVIH, that is a percentage of 72, 7%.

Concerning the behavior side, more than half, that is 69, 1% of students have already had several times sexual relations. About 9, 0% had their first sexual relation at the age of 14. With regard to sexual partners 71, 4% had regular partners, 9, 0% was occasional partners and 1,1% was prostitutes. Only 48, 9% was using condom regularly. About 50, 1% of students have already been detected and 49, 9% knew their serological statute.

Students wanted to organize their fight against AIDS by:

Creating a screening unit within the school that is 81, 6% of students,

Receiving an assistance from the school and the government

All in all students of IPR/IFRA had a good knowledge of AIDS, but was having a behavior at risk, so they need to be aware of this situation.

Key words: knowledge, attitudes, behavior, HIV, AIDS, students, IPR/IFRA, Katibougou, Mali

Annexe III :

FICHE D'ENQUETE

Le présent questionnaire est un travail qui entre dans le cadre des recherches concernant l'élaboration d'une thèse de doctorat en médecine à la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odontostomatologie (FMPOS).

Il ne pourra en aucun cas vous porter préjudice. Nous vous remercions pour votre entière collaboration.

Date : _/ _/ _

Numéro fiche : _ _ _ _

A) Données sociodémographiques

Q1 : Age : _ _

Q2 : Sexe : _____

Q3 : Nationalité : _____

Q4 : Ethnie : _____

Q5 : Niveau d'études : _____

Q6 : Religion : _____

Q7 : Statut matrimonial : _____

Q8 : Région d'origine (région dans laquelle vous avez fait votre secondaire) : _____

Cochez la ou les réponses qui vous paraissent les plus justes.

B) Connaissances

Q9 : Pouvez vous donner une définition du SIDA ? 1) Oui 2) Non
si oui, définissez le en quelques lignes : _____

Q10 : Quels sont vos moyens d'information sur le VIH ?

Médias

Discussions

Documentation

Amis(es)

Autres

Préciser : _____

Q11 : Quels sont les moyens de transmission du SIDA ?

1. En mangeant avec une personne vivant avec le VIH
2. En recevant du sang
3. En se coupant avec des objets déjà utilisés
4. De la mère à l'enfant
5. Lors des rapports sexuels non protégés
6. En donnant du sang
7. Par piqûre de moustique

Q12 : Quels sont les moyens de prévention du SIDA ?

- | | |
|---|--|
| 1. Abstinence <input type="checkbox"/> | 4. Vaccination <input type="checkbox"/> |
| 2. Médicaments <input type="checkbox"/> | 5. Préservatifs <input type="checkbox"/> |
| 3. Fidélité <input type="checkbox"/> | 6. Moustiquaire <input type="checkbox"/> |

Q13 : Concernant le traitement du SIDA :

1. Les personnes infectées ne peuvent plus transmettre la maladie
2. Le traitement permet de guérir définitivement
3. Le traitement bien conduit améliore la qualité de vie et la prolonge
4. Le traitement est une monothérapie
5. Le traitement est une bithérapie
6. Le traitement est une trithérapie

C) Attitudes

Q14 : Avez-vous personnellement connu quelqu'un qui a le SIDA ou qui serait décédé du SIDA : **1.** Oui : ____ **2.** Non : ____

Q15 : Si vous savez qu'une personne est séropositive dans votre milieu, accepteriez vous de :

- Continuer à la fréquenter ? : ____
- Manger avec elle ? : ____
- Dormir avec elle ? : ____
- Avoir des rapports sexuels en utilisant les préservatifs ? : ____

Q16 : Quels sont vos moyens de protection contre le SIDA ?

- | | | | |
|----------------------|--------------------------|----------------|--------------------------|
| 1. Aucune protection | <input type="checkbox"/> | 4. Abstinence | <input type="checkbox"/> |
| 2. Fidélité | <input type="checkbox"/> | 5. Ne sais pas | <input type="checkbox"/> |
| 3. Préservatifs | <input type="checkbox"/> | 6. Autres | <input type="checkbox"/> |

Q17 : Échangez-vous entre étudiants le même matériel de coiffure, d'épilation, de piercing, et autres matériels d'hygiène : **1.** Oui : ____ / **2.** Non : ____

Q18 : Concernant les propositions suivantes répondre par d'accord ou pas d'accord :

- Le SIDA m'inquiète et me concerne : ____
- Seul les prostituées et les gens qui ont plusieurs copains (copines peuvent avoir le SIDA) : ____
- Le SIDA est une maladie qui peut toucher n'importe qui :

- Celui ou celle qui achète les préservatifs est un vagabond sexuel : _____
- Celui ou celle qui utilise des préservatifs avec son ami(e) est infidèle : _____

D- Comportements

Q19 : Avez-vous déjà eu des rapports sexuels ? : Oui : ___/ non : ___

Q20 : A quel âge avez-vous eu votre premier rapport sexuel ? : _____

1. [12-14] ; 2. [15-17] ; 3. [18-20] ; 4. [21-24]

Q21 : Combien de partenaires sexuels avez-vous déjà eu ? : _____

1. 2. 3. 4. 5. 6 et plus

Q22 : Avez-vous déjà eu des partenaires de la résidence universitaire ?

1. Oui : _____ 2. Non : _____

Si oui combien ? _ _ _ _ _

Q23 : Vos partenaires sexuels sont des :

1. Partenaires réguliers :
2. Partenaires occasionnels :
3. Prostituées :

Q24 : Utilisez-vous les préservatifs :

1. Toujours :
2. Jamais :
3. Quelques fois

Q25 : Avec votre partenaire régulier, utilisez-vous les préservatifs ? :

1. Oui : ___/ 2. Non : ___/

Q26 : Connaissez-vous votre statut sérologique au sida ?

1. Oui : ___ / 2. Non : ___/

Q27 : Avez-vous déjà pratiqué un dépistage du sida ?

1: Oui : ___ / 2. Non : ___/

Si non pourquoi ? :

- Si non pourriez vous le faire ?

1. Oui : ___ / 2. Non : ___/

E) Lutte contre le SIDA

Q28 : D'après vous que peut faire votre institut et le gouvernement pour vous aider à lutter contre le sida : _____

Q29 : La présence des lieux de dépistage au sein de l'institut, peut-elle vous permettre de vous faire dépister ?

1. Oui : ___ / 2. Non : ___/

Q30 : D'après vous, que peut faire l'institut pour vous pousser à vous faire dépister : _____

SERMENT D'HIPPOCRATE :

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

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

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront 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 religion, de race, de parti ou de classe 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 avec mes maîtres, je rendrai à leur enfants l'instruction que j'ai reçu de leurs pères.

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

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

JE LE JURE