

MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT
SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE
SCIENTIFIQUE

REPUBLIQUE DU MALI

UN peuple - Un But - Une Foi

UNIVERSITE DES SCIENCES DES
TECHNIQUES ET DES TECHNOLOGIES
DE BAMAKO



U.S.T.T-B

ANNEE UNIVERSITAIRE 2019-2020

FACULTE DE MEDECINE ET
D'ODONTO-STOMATOLOGIE



N°.....

THESE

**EVALUATION DES CONNAISSANCES ET
COMPORTEMENTS DES ELEVES DES ETABLISSEMENTS
SECONDAIRES DE BOUGOUNI SUR LE VIH/SIDA**

Présentée et soutenue publiquement le 09/01/2020 devant la
Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie.

Par M. IbrahimaSAMAKE

**Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine
(Diplôme d'Etat).**

Jury

Président : Pr Samba Ibrahim DIOP

Membre : Dr Oumar MAGASSOUBA

Co-Directeur: Dr SANOGO Bakary

Directeur : Pr Soukalo DAO

DEDICACE ET REMERCIEMENTS

Je dédie ce travail

-A mon père **Fanto SAMAKE**

Instituteur de qualité, je demeure persuadé que nous avons appris ton sens élevé de l'humanisme, de l'honnêteté, de la dignité et surtout du travail bien fait. Ton soutien n'a jamais fait défaut durant ces longues années d'étude.

-A ma mère **Tènèncoura COULIBALY**

Brave mère animée d'un esprit de loyauté et d'honnêteté. Tu resteras chère mère un modèle pour nous. Je ne saurais oublier les peines que tu as dû surmonter en vue de nous assurer une bonne éducation et de nous encourager dans nos études. Aujourd'hui je te dis simplement merci pour ton amour, pour ton soutien pour toutes tes prières

-A mes sœurs **Maïmouna SAMAKE, Sanata DIAKITE, Djénébou DIAKITE et Mahawa SANGARE**

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

-A ma fiancée **Salimata DIAKITE**

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

-A mon frère **Moussa SAMAKE**

Je ne connais pas les mots exacts pour te remercier. Je peux juste dire merci pour tout grand frère je te dédie ce travail

REMERCIEMENTS

-A mon tonton **Djamayiri SAMAKE**

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

-A ma tante **Chata SAMAKE** et a toute la famille Samaké de kalabancoura vous n'avez ménagé aucun effort pour que je puisse arriver à ce jour. Le travail est donc le vôtre.

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

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

-A mon beau Frère **Seydou BALLO et toute la famille BALLO**

Vous m'avez traité comme votre propre fils et vous avez été pour moi une famille.

-A mes amis **Mohamed TRAORE, Yaya BAGAYOKO, Modibo BAGAYOKO, Alou TRAORE, Issouf DIARRA, Souleymane SINAYOKO, Ousmane BAGAYOKO, Lassine BAGAYOKO,**

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

-A mon ami **Sylvain COULIBALY** Dr en médecine. Tout ce que je pourrais dire ne suffirait pas, soyez certains et assurer de mon indéfectible amitié.

-A mes cousins et cousines **Salimata TRAORE, Mohamed SAMAKE, Oumar TRAORE, Koman SAMAKE, Bekaye SAMAKE, Fatoumata Tedy SAMAKE, Djénéba SAMAKE**

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

-A mes camarades Médecin et Interne : Dr **Keba BAMBA, Dr INOGO B Témé, Biarama DAGNOKO, Mohamed COULIBALY, Yacouba BAGAYOKO, Yacouba COULIBALY**

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

-A Mme TRAORE Amina

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

-Aux personnels du CSRéf de Bougouni singulièrement à Dr DOUMBIA Adolphe, Dr Ousmane COULIBALY, Dr CAMARA Kabiné, Dr SAMAKE Daouda, Dr Anne Marie SAMAKE, Dr Mariam CISSE, Dr Mariam DOUMBIA, Dr TRAORE Moussa

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

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

**HOMMAGE
AUX
MEMBRES DU JURY**

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DU JURY,

Professeur Samba Ibrahim DIOP

- ✓ **Professeur titulaire en anthropologie médicale et éthique en santé**
- ✓ **Enseignant chercheur en écologie humaine ; anthropologie et éthique en santé du département d'étude et de recherche de santé publique de la faculté de médecine et d'odontostomatologie,**
- ✓ **Responsable de l'unité de recherche formative en sciences humaines sociales et éthique du centre de recherche et de formation (CEREFO), VIH/SIDA/FMOS**

Cher Maître,

Nous sommes très sensibles à l'honneur que vous nous faites en acceptant de présider ce jury malgré vos multiples occupations. Vous n'avez cessé de nous fasciner par l'étendue de vos connaissances scientifiques. Votre sagesse, votre disponibilité et votre intégrité ne constituent qu'une partie de vos qualités. Veuillez trouver ici l'expression de notre profonde gratitude.

A NOTRE MAITRE ET MEMBRE DU JURY :

DR Oumar MAGASSOUBA

- ✓ **Médecin infectiologue**
- ✓ **Praticien hospitalier au CHU point G**
- ✓ **Membre de la société malienne des pathologies infectieuses et tropicales**

Cher maître,

C'est un grand honneur que vous nous faites en acceptant de siéger dans ce jury, malgré vos nombreuses occupations. La clarté de votre enseignement, votre simplicité et votre sens élevé du devoir ont forcé notre admiration. Veuillez accepter l'expression de notre profonde gratitude.

A NOTRE MAITRE ET CODIRECTEUR

Dr SANOGO Bakary

- ✓ **Médecin Réfèrent VIH/SIDA au CSRef de Bougouni**
- ✓ **praticien au CSRef de Bougouni**
- ✓ **Détenteur d'un Diplôme Universitaire en VIH/SIDA**

Cher maître,

Vous nous avez honorés en acceptant de codiriger ce travail.

Nous avons beaucoup apprécié votre bon sens et votre amour pour le travail bien fait .Votre disponibilité, votre simplicité. Nous vous remercions sincèrement.

A NOTRE MAITRE et DIRECTEUR DE THESE

Pr. Soukalo DAO

- ✓ **Professeur titulaire de maladies infectieuses et tropicales à la FMOS,**
- ✓ **Ancien chef du DER de médecine et spécialités médicales à la FMOS,**
- ✓ **Coordinateur du D.E.S de maladies infectieuses et tropicales,**
- ✓ **Enseignant chercheur à l'USTTB,**
- ✓ **Président de la Société malienne de pathologie infectieuse et tropicale (SOMAPIT),**
- ✓ **Membre de la société africaine de pathologie infectieuse(SAPI) et de la société de pathologie infectieuse de langue française (SPILF),**
- ✓ **Chef de service des maladies infectieuses au CHU du Point G.**

Cher maître

En acceptant de diriger ce travail, nous avons pris conscience de la confiance que vous avez placée en nous.

Votre amour du travail bien fait, votre culture de l'excellence, votre souci de transmettre le savoir, votre humilité, votre simplicité et votre humanisme font de vous un homme respectueux, respectable et d'une immense grandeur.

Cher Maître veuillez recevoir en toute modestie l'expression de notre immense gratitude.

SOMMAIRE

SOMMAIRE

1	INTRODUCTION	20
2	OBJECTIFS	22
2.1	Objectif général.....	22
2.2	Objectifs spécifiques.....	22
3	CADRE CONCEPTUEL.....	24
3.1	Définitions opérationnelles des concepts	24
3.2	Historique du VIH et du SIDA	24
3.3	Epidémiologie	25
3.4	Relation entre VIH et les attitudes comportementales	27
4	DEMARCHE METHODOLOGIQUE.....	30
4.1	Cadre et lieu d'étude :	30
4.2	Historique :.....	31
4.3	Aspects géographiques.....	31
4.4	Voies de communication :.....	32
4.5	Population :	32
4.6	Religion :.....	33
4.7	Economie-finance :	33
4.8	Industrie et commerce :	33
4.9	Infrastructures socio sanitaire :	33
4.10	Le personnel du centre de santé de référence :	35
4.11	Type et période d'étude :	36
4.12	Population d'étude:	36
4.13	Variables étudiées :	37
4.14	Déroulement de l'étude.....	37
4.15	Recueil des données :.....	38
4.16	Saisie et l'analyse des données	38
4.17	Aspects éthiques.....	38
5	Résultats.....	40
6	DISCUSSIONS.....	58
6.1	Approche méthodologique :	58
6.2	Caractéristiques sociodémographiques :	58
6.3	Tranches d'âge et sexe :	58

6.4 Religion :.....	58
6.5 Etablissement :.....	58
6.6 Connaissances sur le VIH/SIDA :.....	59
6.7 Attitudes sexuelles :.....	60
7 RECOMMANDATIONS	63
7.1 Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la recherche scientifique	63
7.2 Ministre de la santé :.....	63
7.3 Haut Conseil de lutte contre le SIDA :	63
7.4 Parents :.....	63
7.5 Scolaires :.....	63
8 CONCLUSION.....	64

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I: Répartition des élèves selon les séries.....	40
Tableau II: Répartition des participants selon la religion.....	40
Tableau III: Répartition des participants selon l'ethnie.....	43
Tableau IV: Répartition de nos participants selon le niveau d'instruction de leur père	43
Tableau V: Répartition des élèves selon les établissements	44
Tableau VI: Répartition des participants selon les voies de transmission du VIH.....	45
Tableau VII: Répartition des élèves selon leur croyance a une possibilité de transmission du VIH en serrant la main d'une personne séropositive ou en partageant les mêmes sanitaires ou la même craie que cette personne.....	45
Tableau VIII: Répartition des élèves selon le type d'analyse utilisé pour le diagnostic de la séropositivité.....	46
Tableau IX: Répartition des élèves selon leurs sources d'information sur le VIH/SIDA	46
Tableau X: Répartition de nos participants selon la connaissance d'un centre de dépistage	47
Tableau XI: Répartition des élèves selon le centre de dépistage.....	47
Tableau XII: Répartition des participants selon le nombre de test utilisé pour la confirmation du VIH	47
Tableau XIII: Répartition des participants selon ce qu'on doit faire pour réduire la transmission du VIH	48
Tableau XIV: Répartition des élèves selon le niveau d'étude où ils ont entendu parler de sexualité .	48
Tableau XV: Répartition de nos participants selon la possibilité d'être infecter par le VIH sans présenter les signes	49
Tableau XVI: Répartition des élèves selon la croyance au VIH/SIDA.....	49
Tableau XVII: Répartition des participants selon la possibilité de guérir du VIH/SIDA si on se fait traiter très tôt.....	49
Tableau XVIII: Répartition des participants selon l'augmentation de risque entre partenaire multiple et risque d'infection par le VIH/SIDA	50
Tableau XIX: Répartition des élèves selon la possibilité de diminution de risque d'infection par le VIH/SIDA si on utilise le préservatif.....	50
Tableau XX: Répartition de nos participants selon le port d'un préservatif.....	50
Tableau XXI : Répartition des participants selon la cause de l'utilisation du préservatif.....	51
Tableau XXII: Répartition des participants selon leurs sources d'approvisionnements en préservatif	51
Tableau XXIII: Répartition des élèves selon le groupe de population le plus exposé au VIH/SIDA.	52
Tableau XXIV: Répartition des participants selon la volonté d'enseigner la sexualité à l'école.....	52
Tableau XXV: Répartition des élèves selon le niveau d'enseignement de la sexualité	53
Tableau XXVI: Répartition des élèves selon le fait que la sexualité doit rester un sujet tabou entre enfant et parent.....	53
Tableau XXVII: Répartition des élèves selon le fait d'avoir ou pas un partenaire sexuel.....	53
Tableau XXVIII: Répartition des participants selon le fait d'avoir eu des rapports sexuels	54
Tableau XXIX: Répartition des participants selon l'âge de leur premier rapport sexuel.....	54
Tableau XXX: Répartition des élèves selon le port du préservatif pendant leur premier rapport sexuel	54
Tableau XXXI: Répartition des participants selon le fait d'avoir eu des rapports sexuels occasionnels	55

Tableau XXXII: Répartition des élèves selon le port de préservatif au cours des rapports sexuels occasionnels 55

Tableau XXXIII: Répartition des élèves selon volonté à utiliser le préservatif même si le partenaire s'oppose 56

Tableau XXXIV: Répartition des participants selon l'existence d'un problème lors de l'utilisation du préservatif 56

Tableau XXXV: Répartition des élèves selon le problème due a l'utilisation du préservatif 56

LISTE DES FIGURES

Figure 3: Répartition des participants selon la tranche d'âge 41

Figure 4: Répartition des élèves selon le sexe 42

SIGLES ET ABREVIATIONS

SIGLES ET ABREVIATION

- ADN** : Acide désoxyribonucléique
- ARN** : Acide ribonucléique
- ARNm** : Acide ribonucléique messenger
- ARV** : Anti retro viraux
- BAD** : Banque africaine de développement
- CD4** : Cluster of différenciation de sous type 4.
- CDC**: Center for Disease Control
- CMDT** : Compagnie malienne de développement textile
- CMV** : Cytomegalo virus
- CSCom**: Centre de santé communautaire
- CS Réf** : Centre de santé de référence
- D.C.I.** : Dénomination commune internationale
- HTLV** : Human T Lymphotrophie Virus
- I.F.M** : Institut de formation des maîtres
- INNRT** : Inhibiteurs non nucléosidiques de la reserve transcriptase
- INRT** : Inhibiteurs nucléosidiques de la reserve transcriptase
- IP** : Inhibiteurs de protéase
- IST** : Infections sexuellement transmissible
- LAV** : Lymphoadenopathyassociated virus
- LKFB** : Lycée Kalilou Fofana de Bougouni
- NFS** : Numération formule sanguine
- ONG** : Organisation non gouvernementale
- ONU** : Organisation des nations unies
- PNLS** : Programme national de lutte contre le sida
- PTME** : Prévention de la transmission mère enfant
- SIDA** : Syndrome de l'immunodéficience acquise
- TME** : Transmission mère enfant
- VIH** : Virus de l'immunodéficience humaine

INTRODUCTION

1 INTRODUCTION

Le syndrome de l'immunodéficience acquise (SIDA) a été reconnu en 1981 chez les homosexuels américains et a été rapidement considéré comme une maladie virale transmissible par voie sanguine et par voie sexuelle. Il s'est progressivement étendu à l'ensemble des continents sous forme d'une pandémie frappant des millions d'hommes, de femmes et d'enfants(1).

Selon le rapport de l'ONU SIDA et l'OMS 2017, il y avait 36,7 millions de personnes vivant avec le VIH, 34,5 millions d'adultes, 17,8 millions de femmes (15 ans et plus) 2,1 millions d'enfants (< 15 ans)(2).

Dans le monde entier, 1,8 million de personnes ont été infectées par le VIH en 2016, Depuis 2010, les nouvelles infections par le VIH chez les adultes ont diminué d'environ 11 %, passant de 1,9 million à 1,7 million en 2016, Les nouvelles infections par le VIH chez les enfants ont diminué de 47 % depuis 2010, de 300 000 en 2010 à 160 000 en 2016, (2).

Les décès liés au SIDA ont diminué de 48 % depuis le niveau le plus élevé de 2005, En 2016, 1 million de personnes sont mortes de suite des maladies liées au sida dans le monde contre 1,9 millions en 2005 et 1,5 millions en 2010, (2).

En 2016, il y avait 19,4 millions de personnes vivant avec le VIH en Afrique orientale et australe, Les femmes et les filles représentent plus de la moitié 59 % du nombre total de personnes vivant avec le VIH en Afrique orientale et australe, L'Afrique orientale et australe représente 43 % du total mondial des nouvelles infections par le VIH, En 2016, il y avait environ 790 000 nouvelles infections par le VIH en Afrique orientale et australe, Les nouvelles infections à VIH ont diminué de 29 % entre 2010 et 2016. (2)

Le Mali a enregistré son premier cas de VIH dans les années 1985 dans le service de gastro-entérologie de l'hôpital Gabriel TOURE par l'équipe du professeur Aly GUINDO (3).

Plusieurs programmes de lutte ont depuis été mis en place par le gouvernement. Mais la lutte ne prendra son envol et ne connaîtra un véritable tournant qu'à partir de l'année 2003 avec la réforme institutionnelle impulsée et organisée par les plus hautes autorités de la république. (3).

Selon EDSM-V la prévalence du VIH dans la population générale de 15-49 ans au Mali est de 1,1 %. La prévalence du VIH est nettement plus élevée parmi les femmes (1,3 %) que parmi les hommes (0,8 %). La prévalence pour la région de Sikasso est de 0,9%. C'est à Bamako que la prévalence des femmes et des hommes est la plus élevée (respectivement 1,7 % et 1,6 %). À l'opposé, c'est dans la région de Mopti qu'elle est la plus faible (0,8 % pour les femmes et 0,4 % pour les hommes). (4)

Les jeunes de 15-24 ans constituent une population à risque, dans la mesure où, à cette période de la vie, les relations sexuelles sont généralement instables et la pratique du multi partenariat sexuel plus fréquente(4).

Il est donc apparu nécessaire qu'on s'intéresse tout particulièrement à cette population pour évaluer la connaissance des moyens de transmission du VIH/SIDA et certains aspects du comportement sexuel tels que l'âge aux premiers rapports sexuels, le multi partenariat et l'utilisation du condom.

Question de recherche :

Le niveau de connaissance des élèves des établissements secondaires de Bougouni sur le VIH et leurs comportements face au VIH/SIDA

Hypothèses de recherche :

- Les élèves des établissements secondaires de Bougouni ont une bonne connaissance sur le VIH/SIDA
- Les élèves des établissements secondaires de Bougouni se comportent mal face au VIH/SIDA

2 OBJECTIFS

2.1 Objectif général

Evaluer les connaissances, et comportements des élèves sur le VIH/SIDA

2.2 Objectifs spécifiques

a. Décrire les connaissances des élèves sur le VIH/SIDA

c. Déterminer les comportements des élèves sur le VIH/SIDA

CADRE CONCEPTUEL

3 CADRE CONCEPTUEL

3.1 Définitions opérationnelles des concepts

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

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

3.2 Historique du VIH et du SIDA

- En 1958, le premier sérum positif pour le VIH fut reconnu à posteriori
- En 1977, les premiers cas vraisemblables furent reconnus à posteriori aux Etats-Unis.
- En 1981, ce fut la récupération des premiers cas lorsque le docteur Michael GOTTLIEB de l'université de Californie à Los Angeles eut la surprise d'observer en un mois quatre malades d'une trentaine d'années souffrant tous d'une pneumonie à *Pneumocysti jirovesi* et ayant un effondrement de leur système immunitaire(5)
- En 1982, ce fut la première définition du SIDA
- En 1983, le VIH1, fut isolé sous le nom de L.A.V (Lymphadenopathy)

Associated Virus) dans les cultures de lymphocyte T provenant d'un patient atteint de syndrome de lymphadenopathie à l'Institut Pasteur par l'équipe du professeur Luc MONTAGNIER (5)

- En juin 1984, SAFAI-GALLO et son équipe reconnaissent 100% des patients atteints de SIDA positif pour l'anticorps anti-HTLV- 3 (Human T

Lymphotropic Virus) qui fut identifié au LAV et rebaptisé VIH(5).

- En 1985, confirmation de l'activité de la Zidovudine (AZT) sur le virus et commercialisation du premier test de sérologie du VIH

- En 1986, ce fut l'identification du VIH2.

- En 1993, la classification du CDC d'Atlanta (center for disease control) des virus du SIDA.

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

- En 1996, développement des trithérapies.

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

3.3 Epidémiologie

L'infection est pandémique dans tout le monde entier. Elle est due exclusivement au VIH1. L'infection à VIH2 représente moins de 1% (limitée en Afrique de l'Ouest)(6).

✓ **Nombre de personnes vivant avec le VIH/ SIDA dans le monde en 2017(6)**

□ 36,9 millions (dont 35,1 millions adultes et 1,8millions d'enfants de moins de 15 ans)

- 6,1 millions en Afrique de l'ouest.
- 5,2 millions en Asie et pacifique.
- 1,8 millions en Amérique latine.
- 19,6 millions en Afrique de l'est et du centre.
- 1,4 million en Europe de l'est et Asie centrale.
- 2,2 millions en Europe occidentale et centrale et Amérique du nord
- 220.000 en Amérique du nord et Moyen-Orient
- 310.000 dans les Caraïbes.

✓ **Nombre de nouveaux cas d'infection à VIH en 2017(6)**

- 1,8 millions (1,4 millions-2,4 millions) dans le monde
- 800000 en Afrique de l'est et du sud.
- 280.000 en Asie et pacifique.
- 100.000 en Amérique latine.
- 370.000 en Afrique de l'ouest et du centre.
- 18.000 en Afrique du nord et en Moyen orient.
- 70.000 en Europe occidentale et centrale et Amérique du nord
- 15.000 dans les caraïbes.
- 130.000 Europe de l'est et l'Asie centrale

✓ **Nombre de décès liés au SIDA en 2017(6)**

- 940.000 (670.000 – 1,3 millions) dans le monde
- 380.000 en Afrique de l'est et sud.

- 170.000 en Asie et pacifique.
- 37.000 en Amérique latine.
- 10.000 dans les caraïbes.
- 9.800 en Afrique du nord et Moyen orient.

3.4 Relation entre VIH et les attitudes comportementales

Au Mali comme ailleurs, il est établi que la transmission sexuelle est le mode de propagation du VIH le plus important. Cette propagation repose essentiellement sur des comportements de l'être humain (rapports sexuels non protégés, vagabondage sexuel, mauvaise utilisation du préservatif, I.S.T mal traitée ou non traitées)(7). Ces comportements sont favorisés par la pauvreté, par des relations inégalitaires entre homme et femme, ou entre personnes âgées et les plus jeunes(7). La sexualité humaine relève du domaine des comportements. La forte mobilité des chauffeurs routiers accroît la propagation géographique du VIH(3). Souvent obligés de partir pour l'étranger pour trouver du travail, ils sont séparés de leurs familles et nombreux sont ceux qui ont recours aux professionnelles de sexe en ayant des rapports sexuels pas toujours protégés. Ils ont également des rapports avec une multitude de partenaires non régulières (vendeuses, gargotières, aides ménagères)(7). Le service est souvent rendu avec une contrepartie financière pour la femme, pour les rapports sans préservatifs(8).

Une fois contaminés ces couples provisoires présentent une probabilité élevée de contaminer d'autres personnes, car se déplaçant en permanence. Les professionnelles de sexe entretiennent des relations sexuelles de type vaginal et/ou anal très souvent non protégés avec des partenaires multiples non réguliers. Elles s'exposent de cette façon aux risques d'infection et exposent de même leurs clients(8).

Les jeunes représentent une population importante et sont tous particulièrement exposés aux risques de contacter ou de transmettre une infection à VIH en occurrence ceux dont les comportements sont liés aux activités socio-économiques (courtiers, vendeuses, aides ménagères). Les jeunes qui arrivent en villes du fait de l'exode rural, laissés à eux-mêmes, se livrent à des comportements non contrôlés(8).

Les jeunes garçons ont des relations fréquentes avec les professionnelles de sexe(8).

Ils sont souvent employés comme apprentis dans le secteur du transport ou ils aident les chauffeurs sur les longues distances. Dans ce cadre ils ont parfois des relations avec des hommes beaucoup plus âgés(8).

Les jeunes femmes et filles qui travaillent comme employées de maison sont souvent exploitées par leurs employeurs. Ces rapports souvent non protégés et elles subissent parfois des abus sexuels de la part des adolescents des familles d'accueil(9).

La sexualité entre homme englobe fréquemment le rapport anal non protégé, ou ce type de rapport comporte un risque élevé de transmission du VIH en particulier pour le partenaire passif mais aussi un large pourcentage de ces homosexuels sont mariés et également ont des rapports sexuels non protégés avec d'autres femmes(10).

Les toxicomanes pour la plus part utilisent du matériel d'injection non stérile, mais aussi procèdent à des échanges rituelles de ces matériels, s'exposant ainsi à un risque pour le VIH en même temps que leurs partenaires au cours des rapports sexuels non protégés(10).

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

DEMARCHE METHODOLOGIQUE

4 DEMARCHE METHODOLOGIQUE

4.1 Cadre et lieu d'étude :

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

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

4.1.1 SITUATION DES ETABLISSEMENTS D'ENQUETE

➤ L'IFM (Institut de Formation des Maitres)

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

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

➤ LKFB (Lycée Kalilou Fofana de Bougouni)

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

➤ La chaîne grise

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

4.2 Historique :

Bougouni l'une des plus vieilles villes du Mali est la capitale du «Banimonotié».

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

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

Bougouni est jumelée à la ville française d'Aurillac.

4.3 Aspects géographiques

➤ Situation géographique :

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

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

-au nord par les cercles de Kati et Diola, (région de Koulikoro)

-au sud par la république de Côte d'Ivoire

-au sud-est par les cercles de Kolondiéba et Sikasso

-à l'ouest par le cercle de Yanfolila

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

➤ **Climat et végétation :**

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

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

➤ **Hydrographie :**

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

4.4 Voies de communication :

Elles sont constituées pour l'essentiel de :

-Axe Bamako-Bougouni

-Axe Bougouni-Sikasso-Côte d'Ivoire

-Axe Bougouni-Yanfolila-Guinée (Conakry)

Une centrale téléphonique depuis 1984 et la téléphonie mobile (Orange Mali et Malitel) en 2004. La ville compte quatre (4) stations radio FM (Banimonoté, Bédiana,

Kafokan et Arc en ciel).

4.5 Population :

La population générale du cercle est 620.190 habitants selon le DNSI 2018 soit une densité de 21 habitants au km². De plus en plus le cercle attire de nombreux immigrants venant de l'intérieur du pays et des pays voisins à cause des activités d'exploitations d'or. L'émigration a enregistré ces dernières années un retour massif d'émigrants originaires du cercle ou d'autres localités du pays à cause des événements encourus en Côte d'Ivoire.

4.6 Religion :

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

4.7 Economie-finance :

Le cercle de Bougouni a une économie rurale particulièrement agropastorale. Des ONG telles que Save the Children, l'HELVETAS, l'AID-MALI, CAECE Djiguissèmè opèrent dans la zone dans des secteurs clés comme la santé, l'éducation, la décentralisation, la foresterie, l'hydraulique villageoise.

4.8 Industrie et commerce :

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

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

4.9 Infrastructures socio sanitaire :

Le cercle de Bougouni compte 43 CSCOM fonctionnels dont quatre(04) dans la ville de Bougouni, une clinique a la Mine d'or de Morula, 5 cabinets médicaux dont 4 dans la ville et 1 à Koumantou, 3 cabinets de soins dont 2 dans la ville et l'autre à Bablena, 4 infirmeries au compte de la CMDT et les écoles secondaires dont 3 dans la ville et l'autre à Koumantou, un centre confessionnel à Banantoumou, 112 Maternités rurales reparti dans le cercle. La plupart de ces structures en dehors des maternités sont gérées par les infirmiers. Ce pendant on note la présence des médecins dans les Cabinets, quatre CSCOM, et le centre confessionnel. Par rapport à la logistique du centre de santé de référence,

quatre(04) ambulances en bon état dont une médicalisée sont disponibles et assurent les évacuations à tous les niveaux. Ces ambulances ont été mises en circulation à partir de 2008.

➤ **Au niveau du CSRéf :**

Ce centre fut un dispensaire à partir de 1949 dirigé par le médecin colonel Vermier qui fut son premier médecin, ensuite érigé en CSRéf en 1996. Il est situé dans le quartier Médine en plein centre de la ville de Bougouni à droite, au bord de la route bitumée allant de Massablacoura à la préfecture. Comme dans beaucoup de cercles dans la région de Sikasso, dans le cadre de l'amélioration de la qualité des soins du programme santé IV de la Banque Africaine de Développement (BAD), le centre de santé de référence de Bougouni est en entière rénovation. Mais à travers les prévisions en locaux et en équipements on peut s'attendre à un centre qui répondra aux normes de la qualité en matière de prestation.

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

➤ **Autres structures :**

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

Il existe aussi : Trois Cabinets médicaux dans la ville de Bougouni ;

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

Un Cabinet médical à Koumantou ;

Deux infirmeries scolaires au lycée et à l'IFM ;

Quatre (6) officines pharmaceutiques dans la ville de Bougouni.

Une officine pharmaceutique à Koumantou

4.10 Le personnel du centre de santé de référence :

Il est composé de :

7 Médecins spécialistes : 1 en chirurgie générale, 2 en gyneco-obtetric; 1 en santé communautaire ; et 1 en pédiatrie ; 1 en odontostomatologie et un Ophtalmologue

1 Médecin santé publique ;

1 Pharmacien ;

8 Médecins généralistes repartis entre les unités ;

2 Assistants Médicaux en Santé publique ;

1 Assistant Médical en Santé Mentale ;

1 Assistant Médical en bloc opératoire ;

1 Assistant Médical en Anesthésie Réanimation ;

2 Assistants Médicaux en Ophtalmologie ;

1 Assistant médical en ORL

1 Assistant médical en radiologie

2 techniciens supérieurs de santé en laboratoire

3 Techniciens de Santé en Laboratoire

2 Techniciens Supérieurs de Santé en Hygiène Assainissement ;

9 Sages-femmes ;

5 Infirmières Obstétriciennes;

12 Techniciens de Santé en Santé Publique ;

2 Matrones ;

6 Chauffeurs ;

4 Comptables ;

1 Secrétaire ;

4 Techniciens de surface.

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

4.11 Type et période d'étude :

Il s'agissait d'une étude transversale descriptive qui s'est étalée sur une période de 6 mois allant du 1^{er} Avril au 1^{er} OCTOBRE 2018

4.12 Population d'étude:

Nous avons calculé la taille de l'échantillon selon la formule suivante

$$N = t^2 \times p(1-p) / m^2$$

➤ Explication:

n = taille d'échantillon requise

t = niveau de confiance à 95% (valeur type de 1,96)

p = prévalence estimative du VIH(0,9)

Nous n'avons pas la prévalence exacte de la ville alors nous avons pris la prévalence de la région qui était de 0,9%

m = marge d'erreur à 5% (valeur type de 0,05)

$$N = 1,96^2 \times 0,9(1-0,9) / 0,05 = \mathbf{180}$$

➤ **Critères d'inclusion:**

Tous les élèves âgés de 15 à 24 ans étudiants dans l'un des établissements secondaires choisis et qui ont accepté de participer à l'étude

➤ **Critères de non inclusion:**

Tous les élèves ayant un âge inférieur à 15 ans ou supérieur à 24 ans et ou n'ayant pas accepté de participer à l'étude

4.13 Variables étudiées :

Chez tous les élèves, nous avons recueilli les variables suivantes :

- Sociodémographiques : l'âge, le sexe, l'origine, l'ethnie, le niveau d'instruction personnel et des deux parents

-les comportements

-les connaissances

4.14 Déroulement de l'étude

Les élèves étudiants dans les établissements secondaires sélectionnés ont été informés dans leurs classes. Après avoir expliqué la nature de l'étude et obtenu le consentement, libre et éclairé de l'élève, nous avons procédé succinctement à une distribution d'une fiche contenant une série de questions préalablement établies après une explication détaillée de la manière de répondre aux questions.

Les élèves ont répondu aux questions de façon individuelle et discrète en leur domicile et un élève a été choisi par classe pour récupérer les réponses ensemble devant l'enquêteur et rendu sur place à l'enquêteur pour une discrétion totale des réponses. Les établissements ont été sélectionnés de façon aléatoire pour apprécier les différences de niveau de connaissance et des comportements des élèves

4.15 Recueil des données :

Nous avons effectué notre travail grâce à des fiches d'exploitation préalablement établies, comportant les éléments en rapport avec la maladie (le VIH/SIDA) et les comportements

4.16 Saisie et l'analyse des données

Les logiciels Word, Excel, Power Point, Epi info, ou SPSS ont servi pour la saisie et l'analyse des, donnés.

4.17 Aspects éthiques

Le consentement éclairé des participants était verbal et clairement expliqué toujours demandé et obtenu.

La confidentialité et l'anonymat des participants étaient assurés par un enregistrement sans noms ni numéro ne permettant de retrouver et de reconnaître aucun participant après l'enquête

Dans le souci de préserver les considérations éthiques, les enseignants et les responsables d'étude ont été informé par écrit.

✓ Valeur sociale de l'étude:

Elle a permis à beaucoup de nos participants de se poser beaucoup de questions sur leurs propres attitudes vis-à-vis du VIH/SIDA mais aussi de s'informer d'avantage sur la maladie.

Au cours de l'étude l'accent a été mis sur l'écoute des patients et l'enregistrement de point de vue

✓ Comme valeur scientifique de l'étude:

Elle a permis de conforter les théories précédentes qui affirmaient que la bonne connaissance du VIH et le changement des comportements à risque des populations jeunes auraient une importance capitale dans la lutte contre le VIH/SIDA.

RESULTATS

5 Résultats

L'étude a porté sur **280** élèves répertoriés durant la période allant du **1^{er} AVRIL** au **1^{er} OCTOBRE 2018** dans les établissements secondaires de **Bougouni**.

Tableau I: Répartition des élèves selon les séries

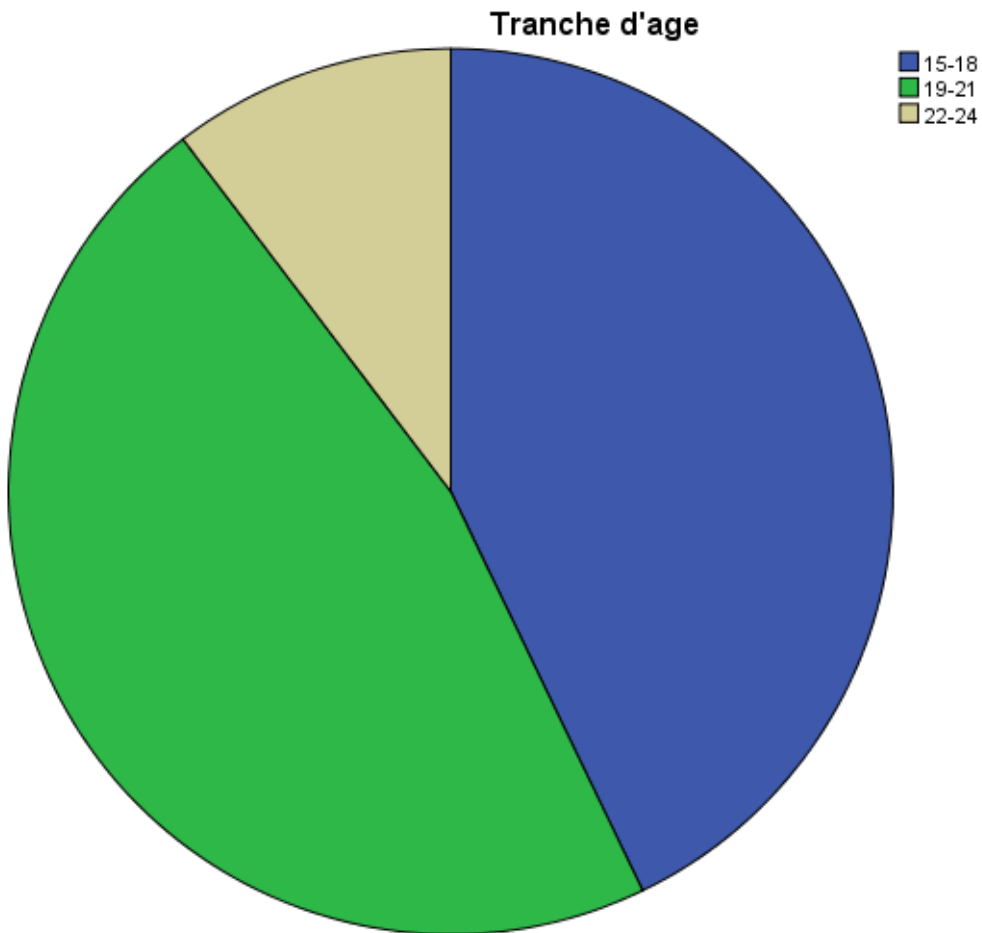
Série	Effectifs	Pourcentage
Science exacte	78	27,9
Science économique	95	33,9
Science sociale et économique	20	7,1
Langue et lettre	27	9,6
Généraliste	60	21,4
Total	280	100

La science économique était la plus représentée avec 95 élèves soit 33.9%

Tableau II: Répartition des participants selon la religion

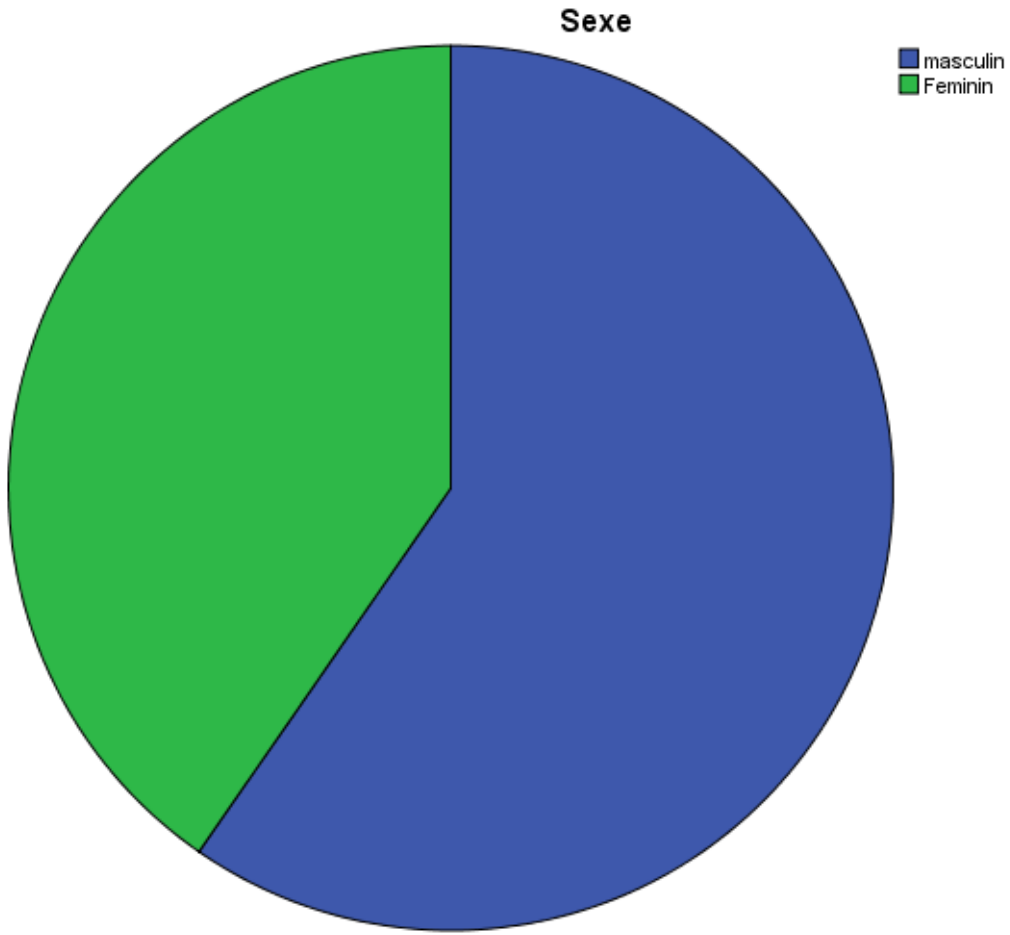
Religion	Effectifs	Pourcentage
Musulman	258	92,1
Chrétien	17	6,1
Animiste	5	1,8
Total	280	100,0

La religion était la plus représentée avec 92,1% soit 258 élèves



La tranche d'âge la plus représentée était de 19 à 21 ans soit 46,8%

Figure 1: Répartition des participants selon la tranche d'âge



Le sexe masculin était la plus représenté avec 59,6%

Figure 2: Répartition des élèves selon le sexe

Tableau III: Répartition des participants selon l'ethnie

Ethnie	Effectifs	Pourcentage
Bambara	147	52,5
Sonrhäi	7	2,5
Dogon	10	3,6
Malinké	21	7,5
Senoufo	24	8,6
Bobo	8	2,9
Sarakolé	6	2,1
Peulh	41	14,6
Autre	16	5,7
Total	280	100

L'ethnie bambara tait la plus représentée avec 52,5%

Tableau IV: Répartition de nos participants selon le niveau d'instruction de leur père

Niveau	Effectifs	Pourcentage
Analphabète	87	31,1
Primaire	47	16,7
Secondaire	59	21
Supérieur	87	31,1
Total	280	100,0

Le niveau analphabète et le niveau supérieur étaient les plus représenté avec 31,1

Tableau VI : Répartition des élèves selon le niveau d'instruction de leur mère

Mère	Effectifs	Pourcentage
Analphabète	133	47,5
Primaire	72	25,7
Secondaire	39	13,9
Supérieur	36	12,9
Total	280	100

47,5% de nos participants avaient une mère analphabète

Tableau V: Répartition des élèves selon les établissements

Etablissement	Effectifs	Pourcentage
Kalilou Fofana	124	44,3
Chaine grise	91	32,5
IFM	65	23,2
Total	280	100,0

Le lycée Kalilou Fofana était le plus représenté avec 124 élèves soit 44.3%

Tableau VI: Répartition des participants selon les voies de transmission du VIH

Transmission	Effectifs	Pourcentages
Rapport sexuel	224	80
Transfusion de sang	168	60
Objets souillés	109	38,9
Brosse à dent	15	5,4
Piqûre de moustique	23	8,2
Par la sueur	1	0,4
Par une embrassade	5	1,8
De la mère a l'enfant	157	56,1

La transmission par le rapport sexuel a été le plus cité soit par 224 de nos participants soit 80%

Tableau VII: Répartition des élèves selon leur croyance a une possibilité de transmission du VIH en serrant la main d'une personne séropositive ou en partageant les mêmes sanitaires ou la même craie que cette personne

Transmission	Effectifs	Pourcentage
Oui	15	5,4
Non	263	93,9
Pas de réponse	2	0,7
Total	280	100

Seulement 5,4% de nos participants avaient dit oui soit 15 élèves

Tableau VIII: Répartition des élèves selon le type d'analyse utilisé pour le diagnostic de la séropositivité

Séropositivité	Effectifs	Pourcentage
Par une analyse d'urine	15	5,4
Par analyse de sang	265	94,6
Total	280	100

265 de nos participants pensent que la séropositivité est dépistée par une analyse de sang soit 94.6%

Tableau IX: Répartition des élèves selon leurs sources d'information sur le VIH/SIDA

Sources	Effectifs	Pourcentages
Médias	163	58,2
Ecole	182	65,0
Hôpital	187	66,8
Amis	74	26,4
Causerie	66	23,6
Internet	90	32,1
Conférences	63	22,5

La plus grande partie des élèves s'informaient sur le VIH/SIDA dans les centres de santé soit 66,8% de nos participants

Tableau X: Répartition de nos participants selon la connaissance d'un centre de dépistage

Dépistage du VIH	Effectifs	Pourcentage
Oui	221	78,9
Non	59	21,1
Total	280	100

78.9% de nos participants connaissaient un centre dépistage du VIH soit un effectif de 221 élèves

Tableau XI: Répartition des élèves selon le centre de dépistage

Centre	Effectifs	Pourcentage
CSRéf	146	52,1
Cabinet médical	43	15,4
Centre EVEIL	32	11,4
Total	221	78,9

Le centre de santé de référence(CSRef) a été le plus cité avec 52.1%

Tableau XII: Répartition des participants selon le nombre de test utilisé pour la confirmation du VIH

Nombre de test	Effectifs	Pourcentage
1 test suffit	84	30
2 tests	75	26,8
3 tests	79	28,2
Pas de réponse	42	15
Total	280	100

La majorité de nos participants pensent qu'il faut 1 tests pour confirmer

Tableau XIII: Répartition des participants selon ce qu'on doit faire pour réduire la transmission du VIH

Réduire	Effectifs	Pourcentages
Limiter les partenaires	86	30,7
S'abstenir des rapports sexuels	113	40,4
Choisir un partenaire non infecté	128	45,7
Utiliser les préservatifs	203	72,5
Traiter précocement les IST	44	15,7

L'utilisation du préservatif était la plus évoquée soit 72,5 élèves

Tableau XIV: Répartition des élèves selon le niveau d'étude où ils ont entendu parler de sexualité

Niveau	Effectifs	Pourcentage
Premier cycle	25	8,9
2ème cycle	235	83,9
Secondaire	20	7,1
Total	280	100

235 de nos participants ont entendu parler de sexualité au 2ème cycle soit 83.9%

Tableau XV: Répartition de nos participants selon la possibilité d'être infecter par le VIH sans présenter les signes

Présenter les signes	Effectifs	Pourcentage
Oui	117	41,8
Non	146	52,1
Pas de réponse	17	6,1
Total	280	100

La majorité de nos participants pensent qu'il n'est pas possible d'être infecter par le VIH sans présenter les signes de la maladie soit 52.1%

Tableau XVI: Répartition des élèves selon la croyance au VIH/SIDA

Croyance au VIH	Effectifs	Pourcentage
Oui	264	94,3
Non	16	5,7
Total	280	100

5.7% de nos participants ne croyaient pas en l'existence du VIH/SIDA soit un effectif de 17 élèves

Tableau XVII: Répartition des participants selon la possibilité de guérir du VIH/SIDA si on se fait traiter très tôt

Guérir	Effectifs	Pourcentage
Oui	107	38,2
Non	173	61,8
Total	280	100

107 participants pensaient qu'il était possible de complètement guérir du VIH/SIDA si on se fait traiter très tôt

Tableau XVIII: Répartition des participants selon l'augmentation de risque entre partenaire multiple et risque d'infection par le VIH/SIDA

Partenaire et risque	Effectifs	Pourcentage
Oui	232	82,9
Non	44	15,7
Pas de réponse	4	1,4
Total	280	100,0

82.9% de nos participants pensent que plus on a des partenaires sexuels, plus grand est le risque d'attraper le VIH/SIDA

Tableau XIX: Répartition des élèves selon la possibilité de diminution de risque d'infection par le VIH/SIDA si on utilise le préservatif

Risque	Effectifs	Pourcentage
Oui	241	86,1
Non	37	13,2
Pas de réponse	2	,7
Total	280	100,0

241 élèves soit 86.9% pensent que l'utilisation du préservatif diminue le risque d'infection par le VIH/SIDA

Tableau XX: Répartition de nos participants selon le port d'un préservatif

Préservatif	Effectifs	Pourcentage
Oui	107	38,2
Non	173	61,8
Total	280	100,0

173 de nos participants n'avait jamais utilisé le préservatif soit 61,8

Tableau XXI : Répartition des participants selon la cause de l'utilisation du préservatif

Préservatif	Effectifs	Pourcentages
Eviter les maladies	195	69,6
Eviter les grossesses	187	66,8

195 élèves pensaient que qu'on utilise le préservatif pour éviter les maladies

Tableau XXII: Répartition des participants selon leurs sources d'approvisionnements en préservatif

Approvisionnement	Effectifs	Pourcentage
Pharmacie	117	41,8
Boutique	83	29,6
Amis	31	11,1
n'en a pas	43	15,4
vendeuse ambulante	6	2,1
Total	280	100,0

La plus part de nos participants se procuraient de préservatif a la pharmacie soit 41.8% et 2.1% se procuraient de leurs préservatif avec les vendeuses ambulantes

Tableau XXIII: Répartition des élèves selon le groupe de population le plus exposé au VIH/SIDA

Groupe	Effectifs	Pourcentage
Routiers	49	17,5
Migrants	46	16,4
Homosexuels	63	22,5
Les prostituées	122	43,6
Total	280	100,0

43.6% de nos participants pensent que les prostituées sont les plus exposées aux VIH/SIDA

Tableau XXIV: Répartition des participants selon la volonté d'enseigner la sexualité à l'école

Enseigner	Effectifs	Pourcentage
Oui	218	77,9
Non	62	22,1
Total	280	100,0

Parmi nos participants, 218 voulaient qu'on enseigne la sexualité à l'école soit 77.9%

Tableau XXV: Répartition des élèves selon le niveau d'enseignement de la sexualité

Niveau	Effectifs	Pourcentage
Primaire	31	11,1
Secondaire	187	66,8
Total	218	77,9

187 de nos participants voulaient qu'on enseigne la sexualité au niveau secondaire soit 66,8%

Tableau XXVI: Répartition des élèves selon le fait que la sexualité doit rester un sujet tabou entre enfant et parent

Tabou	Effectifs	Pourcentage
Oui	123	43,9
Non	157	56,1
Total	280	100,0

157 participants pensaient que la sexualité ne devrait pas rester comme sujet tabou entre parents et enfants

Tableau XXVII: Répartition des élèves selon le fait d'avoir ou pas un partenaire sexuel

Partenaire sexuel	Effectifs	Pourcentage
Oui	126	45,0
Non	154	55,0
Total	280	100,0

55% de nos participants n'avaient pas de partenaire sexuel au moment de l'enquête soit 154 élèves

Tableau XXVIII: Répartition des participants selon le fait d’avoir eu des rapports sexuels

Rapport sexuel	Effectifs	Pourcentage
Oui	179	63,9
Non	101	36,1
Total	280	100,0

Plus de la moitié soit 63.9% de nos participants avaient déjà eu un rapport sexuel

Tableau XXIX: Répartition des participants selon l’âge de leur premier rapport sexuel

Age	Effectifs	Pourcentage
14-17	121	43,2
18-24	52	18,6
ne me rappel pas	6	2,1
Total	179	63,9

La tranche d’âge la plus représenté était de 14 à 17 ans soit 43.2%

Tableau XXX: Répartition des élèves selon le port du préservatif pendant leur premier rapport sexuel

Préservatif	Effectifs	Pourcentage
Oui	52	18,6
Non	127	45,4
Total	179	63,9

Seulement 52 élèves sur les 179 avaient utilisé le préservatif pendant leur premier rapport sexuel

Tableau XXXI: Répartition des participants selon le fait d'avoir eu des rapports sexuels occasionnels

Occasionnel	Effectifs	Pourcentage
Oui	27	9,6
Non	253	90,4
Total	280	100,0

9.6% de nos participants avaient eu des rapports sexuels occasionnels

Tableau XXXII: Répartition des élèves selon le port de préservatif au cours des rapports sexuels occasionnels

Préservatif	Effectifs	Pourcentage
Toujours	9	3,2
Jamais	7	2,5
Parfois	11	3,9
Total	27	9,6

7 élèves parmi ceux qui ont eu des rapports sexuels occasionnels n'ont jamais porté le préservatif et 11 élèves l'ont parfois utilisé lors des rapports sexuels occasionnels

Tableau XXXIII: Répartition des élèves selon volonté à utiliser le préservatif même si le partenaire s'oppose

Utiliser	Effectifs	Pourcentage
Oui	120	42,9
Non	160	57,1
Total	280	100,0

57,7% de nos participants n'utiliseront pas le préservatif si leur partenaire s'y oppose

Tableau XXXIV: Répartition des participants selon l'existence d'un problème lors de l'utilisation du préservatif

Problème	Effectifs	Pourcentage
Oui	31	11,1
Non	76	27,1
Total	107	38,2

31 élèves ont affirmé avoir des problèmes avec le préservatif soit 11,1%

Tableau XXXV: Répartition des élèves selon le problème due a l'utilisation du préservatif

Le problème	Effectifs	Pourcentage
Allergie	6	2,1
Gène	20	7,1
Autres	5	1,8
Total	31	11,1

Plus de la moitié des élèves qui ont affirmé avoir des problèmes avec l'utilisation du préservatif se plaignent de gêne soit 20 élèves sur 31

DISCUSSIONS

6 DISCUSSIONS

6.1 Approche méthodologique :

Nous avons réalisé une étude descriptive et transversale qui s'est déroulée du 01 Avril au 01 Octobre 2018.

Cette étude portant sur 280 participants nous a permis de mieux appréhender les caractéristiques sociodémographiques, les comportements et connaissances des scolaires face au VIH/SIDA.

6.2 Caractéristiques sociodémographiques :

6.3 Tranches d'âge et sexe :

Au cours de notre étude la tranche d'âge la plus représentée a été de 19 – 21 ans avec 46,8%. Moussa Samaké avait trouvé 53,2% pour la tranche d'âge de 18 – 20 ans(11). Par contre, BOMIA M.A.D avait trouvé 90,4% dans la fourchette de 14 – 19 ans(12).

Les garçons ont été majoritaires par rapport aux filles avec 59,6% dû probablement à leur contact facile sur les questions de sexualité contrairement aux filles qui ont tendance à être un peu renfermées sur la question. Nous pensons également que le faible taux de scolarisation des filles est un facteur qui peut expliquer cet état de fait.

6.4 Religion :

L'islam a été la religion la plus représentée avec 92,1%.

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

6.5 Etablissement :

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

6.6 Connaissances sur le VIH/SIDA :

6.6.1 Entendu, source d'information et croyance au VIH/SIDA.

Dans notre étude, tous les élèves prétendent connaître les voies de transmission du SIDA. Invités à citer ces voies, 80% des élèves déclarent que le SIDA se transmet par rapports sexuels ; 60% par la transfusion sanguine ; 56,1% par la transmission verticale ; 38,9% objets souillés. Cela pourrait s'expliquer par la participation active des médias dans la lutte contre le SIDA. Les médias constituent la deuxième source d'information dans notre étude.

Les résultats similaires ont été trouvés par **Adama KONDE**(13) qui avait trouvé 96,7% les rapports sexuels, 85,2% les objets souillées, 84,5% mère/enfant.

Certaines adolescentes ont une connaissance erronée des voies de transmission du SIDA ; et pensent qu'il peut se transmettre par les moustiques 8,2%, embrassade 1,8%.

Des réponses aberrantes sont aussi retrouvées par **louis et Gresenguet**(14) en 1989 avec 7,2% et 7,5% des répondants qui croient que les baisers et 2,0% et 3,5% que les piqûres de moustiques peuvent transmettre le SIDA.

La fréquence des réponses aberrantes pourrait s'expliquer par le fait que l'information reçue à travers un ami n'est pas toujours la plus sûre, et dans notre étude, la quatrième source d'information des élèves sur les VIH/SIDA est constituée par les amis.

Dans notre étude, 94,3% des élèves (264/280) croyaient à l'existence du SIDA. Cependant malgré les efforts de sensibilisation et d'information 16 de nos participants soit 5,7% ne croyaient pas à l'existence du SIDA. Un résultat plus marqués avait été trouvé par **Moussa SAMAKE** en 2009 qui était de 10,7%(11) La majorité des élèves 55,5% savaient qu'on peut être infecté par le VIH sans avoir les signes de la maladie.

Cependant 38,2% des élèves pensaient qu'on pouvait être guéri du VIH/SIDA si on se soigne tôt. **Adama KONDE** avait trouvé 17%(13)

82,9% des élèves étaient conscientes du fait que trop de partenaires sexuels augmentaient le risque d'attraper le VIH/SIDA.

6.6.2 Mode de transmission et moyens de prévention :

Le préservatif était le moyen de prévention le plus connu avec 72,5% suivant respectivement le fait de choisir un partenaire non infecté 45,7% et s'abstenir des rapports sexuels 40,4%

Adama KONDE avait trouvé des résultats similaires soit 93,3% pour l'utilisation du préservatif, 40% pour (choisir un partenaire non infecté) et 37,9% pour (limiter le nombre de partenaire)(13)

En effet, bien que la majorité des adolescentes (72,5%) ont cité le préservatif comme moyen de prévention, son utilisation reste irrégulière, qu'il diminue le plaisir au cours de l'acte sexuel ou qu'il est refusé par les partenaires sexuels

6.6.3 Les sources d'informations sur le VIH/SIDA :

Les principales sources d'information citées par les élèves étaient les hôpitaux 68,8% ; les medias 58,2%; école 65% ; internet 32,1%

Les résultats similaires ont été trouvés par **Berthe. B** (15) au **lycée Askia Mohamed**.

Cette situation, pourrait s'expliquer par la culture des parents de polariser l'attention de leurs enfants sur la sexualité ou l'ignorance des parents eux-mêmes, car on ne peut transmettre que ce qu'on connaît.

6.7 Attitudes sexuelles :

Sur les 280 participants à notre étude, 126 soit 42,5% de l'effectif avaient un partenaire sexuel au moment de l'enquête et 179/280 soit 63,9% avait déjà eu des rapports sexuels. Des résultats similaires avaient été rapporté par

Moussa SAMAKE(11) et **Barkissa TRAORE**(5) qui avaient respectivement trouvé que 61,2% et 51,65% de leur effectif avaient déjà eu des rapports sexuels au moment de leur enquête. La plupart de nos scolaires soit 43,2% se situaient dans la tranche d'âge de 14 – 17 ans au moment de leur premier rapport sexuel

contrairement au résultat de Barkissa TRAORE qui avait trouvé 51,6% pour la tranche d'âge de 15-19(5)

Nous remarquons que nos scolaires ont une activité sexuelle précoce dont les causes sont multiples. La principale raison serait le manque d'éducation sexuelle dans la famille et la faible dispensation des cours de comportement sexuel dans les classes.

Non ou mal préparés, ils font leur première expérience par curiosité sans pour autant utilisé le préservatif. Cela est justifié par le fait que 18,6% soit 52/179 élèves de notre effectif n'ont pas utilisé le préservatif lors du premier rapport sexuel. Notons que 27 soit 9,6% ont eu des rapports sexuels avec des partenaires sexuels occasionnels et 11 soit 3,9% avaient occasionnellement utilisé le préservatif, 2,5% ne l'avaient jamais utilisé et 3,2% l'avait toujours utilisé.

Ceci est inférieur aux résultats de **Barkissa TRAORE** (5) qui avait trouvé que 16,75% de son échantillon étaient sexuellement actifs avec des rapports sexuels occasionnels. Parmi ceux-ci respectivement 13,89%, 4,93% et 5,3% avaient toujours, occasionnellement et jamais utilisé le préservatif. Dans l'étude de **BOMIA M.A.D** (12), 76% des élèves déclaraient avoir utilisé de temps en temps le préservatif au cours des rapports sexuels et 66,4% avaient déclaré de ne l'avoir jamais utilisé.

Certains de nos participants soit 66,8% pensaient que le préservatif est utilisé pour éviter les grossesses non désirées, et 69,6% pour éviter les maladies 31/107 avaient des problèmes avec l'utilisation du préservatif. Il s'agit entre autre de : « **Je ne trouve pas de gout, je suis gêné,** ». Les sources d'approvisionnement de nos participants en préservatif sont multiples mais la pharmacie suivie de la boutique sont les plus courantes.

RECOMMANDATIONS

7 RECOMMANDATIONS

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

7.1 Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la recherche scientifique

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

- ✓ Introduire dans le programme d'enseignement des cours d'éducation sexuelle au niveau secondaire.
- ✓ Demander aux leaders politiques et religieux de s'impliquer dans les activités d'information, d'éducation, pour la prévention du VIH/SIDA en milieu scolaire.
- ✓ Encourager les études et les recherches opérationnelles sur les comportements sexuels des adolescents et des jeunes.

7.2 Ministre de la santé et de l'action sociale :

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

7.3 Haut Conseil de lutte contre le SIDA :

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

7.4 Parents :

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

Scolaires :

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

CONCLUSION

8 CONCLUSION

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

Les participants avaient une bonne connaissance des voies de transmission et les mesures de prévention contre le VIH/SIDA.

80% de nos participants déclarent que le VIH se transmet par voie sexuel, 56,1% pour la transmission verticale, 55,5% savaient qu'on pouvait être infecté par le virus sans présenter les signes. Le préservatif a été cité par plus de 72% comme moyen de prévention et 82,9% étaient conscientes que trop de partenaire sexuel augmentait le risque de contracter le SIDA

Malgré cette bonne connaissance sur le VIH/SIDA, nous avons déploré des comportements à risque. Il s'agit entre autre de la précocité des rapports sexuels, la non utilisation du préservatif, le rapport sexuel avec les partenaires occasionnels, mais aussi des connaissances erronés tel que la méconnaissance de la phase asymptomatique par plus de 50% de nos participants.

D'autres études ultérieures sont nécessaires pour déterminer les causes de cette résistance au changement de comportements.

REFERENCES

REFERENCES

1. TRAORE S. Contribution à l'étude de la séroconversion anti-HIV du SIDA chez les groupes à risques à Bamako. [Bamako]: ENMP; 1987.
2. ONUSIDA/OMS. Rapport sur l'épidémie mondiale de VIH/SIDA 2017. Mali: Cellule de Planification et de Statistique (CPS/SSDSPF), Institut National de la Statistique

- (INSTAT/MPATP), INFO-STAT et ICF International, 2014. Enquête Démographique et de Santé au Mali 2012-2013. Rockville, Maryland, USA : CPS, INSTAT, INFO-STAT et ICF International.; 2012 2013 p. 577.
3. E .PICHARD; A.GUINDO; G.GROSSETTE, FOFANA Y; MAIGA, B.KOUMARE et coll. L'infection par le VIH au Mali, Médecine tropicale. mali; 1988 oct p. pages 345-349.
 4. PNLS. Enquête Démographique et de Santé (EDSM-IV). Mali; 2013.
 5. TRAORE B dite N. Connaissances et comportements en matière du V.I.H/ SIDA en millier scolaire. [Bamako, Mali]: FMPOS; 2006.
 6. ONUSIDA. journée mondiale du SIDA. 2018 janv p. 4/6.
 7. Michel O. Les modes de transmission du virus du Sida. Planet vie. Juin 2005; Disponible sur: <https://planet-vie.ens.fr/content/modes-transmission-virus-sida>
 8. O.N.U SIDA. Migration et sida, résultats de recherche action – projet, initiative ouest africaine.
 9. O.N.U SIDA. Baisse des taux d'infection à VIH associé à l'évolution des comportements sexuels.
 10. PNLS/OMS. L'épidémie à VIH population cible et activité en matière de prévention. 1994 p. 45.
 11. SAMAKE M. CONNAISSANCES ET ATTITUDES SEXUELLES DES ELEVES FACE AU VIH/SIDA: CAS DES ETABLISSEMENTS D'ENSEIGNEMENT SECONDAIRE DE BOUGOUNI. [Bamako, Mali]; 2009.
 12. Bomia M.A.D. Connaissances attitudes et pratiques sur la santé de la reproduction en millier scolaire (second cycle et lycée). [Bamako, Mali]: Université de Bamako; 2004.
 13. KONDE A. Etude sur les connaissances, attitudes et pratiques sur les IST et VIH/SIDA au lycée notre dame du Niger. [Bamako, Mali]: Université de Bamako;
 14. GRESENGUET. G ET COLLABORATEURS. Connaissances, attitudes et croyances sur le SIDA. 1989.
 15. BERTHE B. Connaissances attitudes et pratiques des adolescents du lycée Askia Mohamed en matière de planification familiale de maladies sexuellement transmissibles et du SIDA. FMPOS; 2000.

ANNEXES

FICHE D'ENQUETE

Date de l'entretien :

I- Renseignements généraux

1-Série :

2-Age :

3 Sexe : 1=Féminin 2= Masculin

4-Résidence :

5-Ethnie :

- 1=Bambara 2=Sonrhäi 3=Dogon
4=Malinké 5=Senoufo 6=Bobo
7=Sarakolé 8=Peulh 9=Autres :

6-Religion

- 1=Musulman 2= Chrétien 3= Animiste

7-Niveau d’instruction du père

- 1=Analphabète 2=Primaire 3= Secondaire
4=Supérieur

8-Profession du père

.....

9-Niveau d’instruction de la mère

- 1=Analphabète 2= Primaire 3=Secondaire
4=Supérieur

10-Profession de la mère

.....

II- Connaissances en matière VIH/SIDA

10-Quelles sont les voies de transmission du VIH ?

- 1=Rapports sexuels 2=Transfusion du sang 3=De la mère à l’enfant
4= usage d’objets souillés 5= Par une embrassade
6= Par une piqure de moustiqu

7=Par la sueur 8= Par l'échange de brosses à dents

11-Le sida peut se transmettre en serrant la main d'une personne séropositive ou en partageant les mêmes sanitaires, ou encore la même craie que cette personne.

1=Oui 2= Non pas de réponse

12-La séropositivité est dépistée

1=Par une analyse d'urine

2=Par une analyse de sang

13-Quelles sont les sources d'information sur le VIH/SIDA ?

1=Medias 2=Ecole 3=Centre de santé/Hôpital

4=Amis 5=Causerie 6=Internet 7=Conférences

14-Connaissez-vous un centre de dépistage du VIH ?

1=Oui 2=Non

15-Si oui quels sont ces centres :

1=CSRef 2=Cabinet médical 3= Centre EVEIL

16-Combien de tests faut-il pour diagnostique la séropositivité ?

1= 1 test suffit

2=2 tests

3= 3 tests

3=Je ne sais pas

17-Que peut-on faire pour réduire la transmission du sida par voie sexuelle ?

1= Limiter le nombre de partenaire

2=S'abstenir des rapports sexuels

3=Choisir un partenaire non infectée

3=Utiliser les préservatifs

4=Traiter précocement les IST

18-A quel niveau d'étude aviez-vous entendu parler de sexualité ?

1=1er cycle 2= 2ème cycle 3= secondaire

19-Peut-on être infecté par le virus du sida sans avoir les symptômes de la maladie du sida ?

1= Oui 2=non 3=je ne sais

20-Croyez-vous à l'existence du sida ?

1=Oui 2=non

Si non, pourquoi ?

.....
.....

21-Peut-on guérir du sida, si on se fait traiter très tôt ?

1=Oui 2=Non 3=je ne sais pas

22-Plus on a des partenaires sexuels, plus grand est le risque d'attraper le virus du sida ?

1=Oui 2= Non 3=Je ne sais pas

23-L'utilisation de condom diminue-t-elle les risques de transmission du VIH

1=Oui 2=Non 3=Je ne sais pas

24-Avez-vous déjà utilisé un préservatif ?

1=Oui 2=Non

Si non pourquoi ?

25-Pourquoi pensez-vous qu'un homme doit porter un préservatif pendant les rapports sexuels ?

1=Eviter les maladies 2=Eviter les grossesses

3=Autres (à préciser)

.....
.....

26- A quel moment doit-on porter le préservatif ?

.....

27- A quel moment doit-on enlever le préservatif ? -----

28-Quelles sont les sources d'approvisionnement en préservatif que vous connaissez ? -----

29-Quels sont les groupes de population les plus exposés au sida selon vous ?

1=Routiers 2=Migrants 3=Homosexuels

4=les Prostituées occasionnelles

30-Aimeriez-vous qu'on enseigne la sexualité à l'école ?

1=Oui 2= Non

31-Si oui à quel niveau d'étude ?

1=Primaire 2=Secondaire

32-Selon vous la sexualité doit-elle rester comme un sujet tabou entre parents et enfant ?

1=Oui 2= Non

III- Comportement sexuel

33-Avez-vous présentement un partenaire sexuel ?

1=Oui 2= Non

34-Avez-vous déjà eu des rapports sexuels

1=Oui 2= Non

35-Si oui, quel âge aviez-vous pour la première fois ?

1=Ans 2= je ne me rappelle pas

36-A cette occasion, avez-vous utilisé un préservatif ?

1=Oui 2= Non

37-Avez-vous eu des rapports sexuels avec des partenaires occasionnels ?

1=Oui 2=Non

Si oui, avez-vous utilisé un préservatif ?

1=Toujours 3 Jamais

2=Parfois

38-Combien de partenaires sexuels avez-vous eu jusqu'à ce jour ?

PRENOMS: Ibrahima

TEL : 75543299/66426521

Adresse e-mail : docteuribrahim180@gmail.com

TITRE : Evaluation de la connaissance et comportements des élèves des établissements secondaires de Bougouni

ANNEE UNIVERSITAIRE: 2017-2018 VILLE DE SOUTENANCE: Bamako

PAYS D'ORIGINE: Mali

SECTEUR D'INTERET: Santé publique, Infectiologie

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la faculté de médecine et d'odontostomatologie

RESUME :

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

Il s'agit d'une étude transversale et descriptive de 7 mois allant du 1^{er} AVRIL au 1^{er} OCTOBRE 2018 qui s'est déroulée dans trois établissements avec 280 participants.

La connaissance du VIH/SIDA des voies de transmission et des moyens de prévention ont été évoqués dans cette étude .La voie sexuelle et le préservatif ont été les plus cités à cette occasion. Des comportements à risque ont été observés. 63,9% avaient déjà eu des rapports sexuels dont 43,2% dans la tranche d'âge de 14 à 15 ans. 18,6% de ses jeunes sexuellement actifs n'étaient pas protégés lors du premier rapport sexuel. D'autres avaient eu des rapports avec des partenaires occasionnels et certains de ses rapports n'étaient pas aussi protégés

Mots clés : Comportements –Sexuels –VIH/SIDA.

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue 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 nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

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

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

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