

Ministère de l'Enseignement  
Supérieur



République du Mali

Un Peuple – Un But – Une Foi

\*\*\*\*\*

UNIVERSITE DES SCIENCES, DES TECHNIQUES ET DES  
TECHNOLOGIES DE BAMAKO (USTTB)

FACULTE DE MEDECINE ET D'ODONTO-  
STOMATOLOGIE

ANNEE UNIVERSITAIRE : 2015-2016

N°.../P

*THESE*

# Connaissances, Attitudes et Pratiques Comportementales

des élèves du Lycée Fily Dabo SISSOKO de Djélibougou face aux IST et VIH SIDA

Présentée et soutenue le 11/01/ 2016 Devant la  
Faculté de Médecine et d'odonto-stomatologie

**Par :**

**Mr. Mahamadou Karamoko COULIBALY**

**Pour obtenir le Grade de docteur en Médecine**

**Diplôme d'état**

*Jury*

**Président : Pr. Boubacar MAIGA**

**Membre : Dr. Abou KONE**

**Co-directrice : Dr. Lalla Fatouma TRAORE**

**Directeur de: Pr. Samba DIOP**

# DEDICACE ET REMERCIEMENTS

Je dédie ce travail :

**\*A Mes Très Chers Parents \***

Tous les mots du monde ne sauraient exprimer l'immense amour que je vous porte, ni la profonde gratitude que je vous témoigne pour tous les efforts et les sacrifices que vous n'avez jamais cessé de consentir pour mon instruction et mon bien-être.

C'est à travers vos encouragements que j'ai opté pour cette noble profession, et c'est à travers vos critiques que je me suis réalisé.

J'espère avoir répondu aux espoirs que vous avez fondés en moi.

Je vous rends hommage par ce modeste travail en guise de ma reconnaissance éternelle et de mon infini amour.

Que Dieu Tout Puissant vous garde et vous procure santé, bonheur et longue vie pour que vous demeuriez le flambeau illuminant le chemin de vos enfants.

## **REMERCIEMENTS :**

### **A Mon Cher Tonton Drissa COULIBALY**

Ton aide, ta générosité, ton soutien ont été pour moi une source de courage et de confiance. Qu'il me soit permis aujourd'hui de t'assurer mon profond amour et ma grande reconnaissance. Que Dieu t'apporte Bonheur, longue vie et t'aide à réaliser tes vœux.

### **A Mes Chères Tantes Fanta DEMBELE et Djénéba COULIBALY**

Qui font partie de ces personnes rares par leur gentillesse, leur tendresse et leur grand cœur. Qu'elles trouvent ici, le témoignage de tout mon amour et ma reconnaissance pour leur inlassable soutien. Je vous souhaite une vie pleine de réussite, de santé et de bonheur.

**A Mes Chers Frères et Sœurs**, pour m'avoir encouragé et soutenu durant toutes ces années études et permis de réaliser cette expérience. Avec toute mon estime, affection et respect, je vous souhaite santé, bonheur et prospérité.

**A Monsieur Thimoté Kassogué et Dr Mamadou D COULIBALY** pour m'avoir accompagné tout au long de cette étude et m'avoir transmis leurs valeurs professionnelles dans leur exercice sociologique et médicales.

**A L'ensemble des enseignants aussi bien permanent que vacataire, le collectif des élèves ainsi que le personnel de l'administration du lycée Fily Dabo SISSOKO au premier rang Mr le Proviseur Mamadou DEMBELE** pour m'avoir permis de mener à bien ce noble travail au sein du dit établissement dans une ambiance sereine.

**A Mes Chers Promotionnaires de la FMOS**

Je manque de mots pour exprimer fidèlement la chaleureuse ambiance qui a régné au cours de notre formation. Trouvez ici le couronnement des expériences que nous avons partagées.

**Au Personnel du Cabinet \*DJONKALA\***

**A Tous Mes Enseignants tout au long de mes études.**

**A Tous ceux qui ont opté pour cette pénible tâche de promouvoir la santé.**

# **HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY**

## **A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DU JURY**

### **Professeur Boubacar MAIGA**

- **MD, PHD en Immunologie.**
- **Maître de conférences en Immunologie.**
- **Médecin chercheur au Centre de Recherche et de Formation du Paludisme(MRTC).**
- **Modérateur de PROMED -Francophone pour les maladies infectieuses**

Cher Maître,

C'est un grand honneur que vous nous faites en acceptant de présider le jury de cette thèse malgré vos multiples occupations.

Nous avons trouvé, Cher Maître, en cet acte le témoignage de votre attachement aux principes de nos facultés, qui sont la FMOS et FPH.

Nous vous prions Cher Maître et président du jury de trouver ici l'expression de notre profonde gratitude.

## **A NOTRE MAITRE ET JUGE DE THESE**

**Docteur Abou KONE**

- **Mastère en Santé Publique.**
- **Directeur Technique de l'ASACO de Koulouba.**

Cher Maître

Nous vous remercions d'avoir accepté de juger ce travail.

Votre amour Cher Maître, pour le travail bien fait, votre grande simplicité et vos qualités humaines forcent estime et admiration.

Veillez recevoir Cher Maître, ici le témoignage de toute notre reconnaissance et de notre profond respect.

## **A NOTRE MAITRESSE ET CO-DIRECTRICE DE THESE**

**Docteur Lalla Fatouma TRAOR2**

- **Chargée de l'organisation et de gestion des hôpitaux à l'agence nationale d'évaluation des hôpitaux ;**
- **Postulante PHD en santé publique.**

Chère Co-directrice

C'est un honneur que vous nous avez fait en acceptant de nous confier ce travail fort intéressant. Grâce 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 vraiment pour exprimer ce que nous ressentons à votre égard. Votre rigueur scientifique, votre simplicité et votre disponibilité inqualifiable font de vous une personne appréciable de toutes.

## **A NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR DE THESE**

### **Professeur Samba DIOP**

- **Maître de conférences en Anthropologie médicale**
- **Enseignant-chercheur en Ecologie humaine, Anthropologie et Ethique en santé au DER de Santé publique**
- **Responsable de l'unité de recherche formative en sciences humaines, sociales et éthique de SEREFO /VIH/SIDA**
- **Responsable du cours <<Anthropologie de la lutte contre la cécité : Aspects sociaux et Ethiques >> Centre Hospitalier Universitaire de l'Institut d'Ophtalmologie Tropicale d'Afrique**
- **Responsable du cours <<Sciences et éthique>> du DEA d'anthropologie, Institut supérieur pour la formation à la recherche appliquée (ISFRA), Université de Bamako**
- **Responsable du cours << Culture et éthique>> du centre d'enseignement virtuel en Afrique, Ecole nationale des ingénieurs (ENI), Université de Bamako.**

Cher Maître

Votre très bonne compréhension et le respect dont vous avez su faire preuve à notre égard, nous ont séduits tout au long de la réalisation de ce travail.

Veillez accepter, Cher Maître notre Directeur, toute notre gratitude pour avoir dirigé cette thèse avec abnégation, sincérité, professionnalisme, disponibilité et compétence.

## **SIGLES ET ABREVIATIONS :**

**ACTG:** *AIDS Clinical Trials Group*

**ADN :** Acide désoxyribonucléique

**ANRS :** Agence Nationale de la Recherche sur le SIDA

**ARN:** Acide ribonucleique.

**ARV:** Anti Retro Viral.

**AZT:** Azidothymidine.

**CDC:** Centers for Disease Control and Prevention.

**EDSM-V :** Enquête démographique et de santé du Mali, 5<sup>ème</sup> édition.

**EIA :** Entretien individuel approfondi.

**ELISA:** Enzyme-Linked Immuno-Sorbent Assay.

**F.A.O :** Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture.

**FG:** Focus Group.

**F→H :** femme séropositive pour le VIH ayant un rapport sexuel avec un homme séronégatif pour le VIH.

**H→F :** homme séropositif pour le VIH ayant un rapport sexuel avec une femme séronégative pour le VIH.

**HTLVIII:** Human T-Cell Lymphotropic Virus III.

**IEC :** Information, éducation et communication.

**IMAARV :** Initiative Malienne d'accès aux antirétroviraux

**IST:** Infections sexuellement transmissible.

**LAV:** Lymphadenopathy Associated Virus.

**LIA :** Line immuno assay.

**NSP :** Ne sait pas.

**OMS:** Organisation mondiale de la santé.

**ONU/SIDA :** Organisation des nations unies pour la lutte contre le Sida.

**P :** Participant

**PCR :** Polymérase Chain réaction.

**PNLS :** Programme National de Lutte Contre le Sida

**PVIH :** Personnes vivants avec le VIH.

**RDC:** République démocratique du Congo.

**RIPA :** Radio immuno précipitation assay.

**RS :** Rapport sexuel.

**SIDA:** Syndrome d'immunodéficience acquise

**VIF:** Viral Infectivity Factor

**VIH:** Virus immuno déficience.

**% :** Pourcentage.

## TABLE DES MATIERES :

I. Introduction.....	1
II- Cadre Conceptuelle .....	4
2-1- Synthèse de la revue critique de la littérature.....	5
2-2- Justificatif de l'étude.....	26
2-3- Hypothèses de recherche.....	27
2-4- Objectifs.....	28
III- Démarche méthodologique .....	29
3-1- Type d'étude.....	30
3-2- Choix et description des sites d'études.....	30
3-3- Population d'étude.....	30
3-3-1 Critères d'inclusion.....	30
3-3-2- Critères de non inclusion.....	31
3-3-3- Echantillonnage.....	31
3-4- Calendrier d'étude.....	32
3-5- technique et outils d'enquête.....	32
a- Quantitative.....	32
b- Qualitative.....	33
3-6- Saisie, traitement et analyse des données.....	33
3-7- Produit attendu.....	33
3-8- Considération éthique.....	34
3-9- Tableau des variables étudiées.....	35
3-10- Diagramme de GANTT (chronogramme de la thèse).....	37
IV- Résultat .....	38

V- Commentaire et Discussion .....	75
VI- Conclusion et Recommandation .....	84
VII. Références Bibliographiques .....	88
ANNEXE.....	90

## **LISTE DES FIGURES :**

**Figure1** : Répartition graphique des élèves enquêtés en fonction de la tranche d'âge.

**Figure2** : Répartition graphique des élèves enquêtés en fonction de leur connaissance de l'agent responsable du VIH/SIDA.

## **LISTE DES TABLEAUX :**

**Tableau I:** Répartition mondiale à la fin 2012 des adultes et des enfants vivant avec le VIH d'après « le point sur l'épidémie mondiale du SIDA » de l'ONUSIDA/OMS 2013

**Tableau II:** Statistiques et caractéristiques du VIH et du SIDA en Afrique de 2001 en 2012, selon l'ONUSIDA, décembre 2013

**Tableau III:** Modes détaillés de la transmission par voie sexuelle extrait du rapport du groupe de travail FIP/OMS « pharmacien et SIDA ».

**Tableau IV:** Variables étudiées.

**Tableau V:** Diagramme de GANTT (chronogramme de la thèse)

**Tableau VI:** Répartition des élèves enquêtés en fonction du sexe

**Tableau VII:** Répartition des élèves enquêtés en fonction du statut matrimonial

**Tableau VIII:** Répartition des élèves enquêtés en fonction de l'année d'étude scolaire.

**Tableau IX:** Répartition des élèves enquêtés en fonction de leur croyance à l'existence du VIH/SIDA.

**Tableau X:** Répartition des élèves enquêtés en fonction de leur connaissance de la gravité de l'infection à VIH/sida.

**Tableau XI:** Répartition des élèves enquêtés en fonction de leur connaissance sur la définition de séropositivité.

**Tableau XII:** Répartition des élèves enquêtés en fonction de leur connaissance sur la définition du sida maladie.

**Tableau XIII:** Répartition des élèves enquêtés en fonction de leur connaissance sur l'existence d'un traitement pour le VIH/sida.

**Tableau XIV**: Répartition des élèves enquêtés en fonction de leur connaissance du but du traitement de l'infection à VIH/sida.

**Tableau XV** : Répartition des élèves enquêtés en fonction de leur connaissance sur les moyens de transmission de l'infection à VIH/sida.

**Tableau XVI**: Répartition des élèves enquêtés en fonction de leur connaissance sur le mode de transmission de l'infection VIH/sida

**Tableau XVII**: Répartition des élèves enquêtés en fonction de leur connaissance sur les moyens de protection.

**Tableau XIII**: Répartition des élèves enquêtés en fonction de leur connaissance sur le lieu de procurement du préservatif.

**Tableau XIX**: Répartition des élèves enquêtés en fonction de leur connaissance sur le nombre de fois qu'on peut utiliser un préservatif.

**Tableau XX**: Répartitions des élèves enquêtés ayant connu une personne séropositive.

**Tableau XXI**: Répartition des élèves enquêtés selon leur avis d'héberger un proche ou un parent séropositif dans leur foyer.

**Tableau XXII**: Répartitions des élèves enquêtés en fonction de leur connaissance du lieu où se fait le dépistage volontaire et anonyme.

**Tableau XXIII**: Répartition des élèves enquêtés selon le fait d'avoir effectué le test de dépistage du VIH/Sida.

**Tableau XXIV**: Répartition des sujets ayant effectué le test de dépistage selon leur conseiller.

**Tableau XXV**: Répartition des élèves enquêtés selon le fait d'être prêt à effectuer le test de dépistage du VIH/Sida.

**Tableau XXVI**: Répartition des élèves enquêtés en fonction des motifs du dépistage.

**Tableau XXVII**: Répartition des élèves enquêtés en fonction des motifs de refus du dépistage du VIH/SIDA.

**Tableau XXIII**: Répartition des élèves enquêtés selon le fait qu'une personne séropositive doit garder son statut secret.

**Tableau XXIX** : Répartition des élèves enquêtés en fonction de leur connaissance sur les IST.

**Tableau XXX**: Les types d'IST cités par les élèves enquêtés.

**Tableau XXXI**: Répartition des élèves enquêtés en fonction de leur source d'information.

**Tableau XXXII**: Répartitions des élèves enquêtés selon leur connaissance générale sur le VIH/SIDA en fonction du sexe.

**Tableau XXXIII**: Répartition des élèves enquêtés selon leur connaissance générale sur le VIH/SIDA en fonction de l'année d'étude.

**Tableau XXXIV**: Répartition des élèves enquêtés selon le fait d'avoir eu un rapport sexuel.

**Tableau XXXV**: Répartition des élèves enquêtés en fonction de l'âge au premier rapport sexuel.

**Tableau XXXVI**: Répartition des élèves enquêtés en fonction d'utilisation du préservatif lors du premier rapport sexuel.

**Tableau XXXVII**: Répartition des élèves enquêtés en fonction des motifs du port du préservatif lors du premier rapport sexuel.

**Tableau XXXVIII**: Répartition des élèves enquêtés en fonction des motifs de non d'utilisation du préservatif lors du premier rapport sexuel.

**Tableau XXXIX**: Répartition des élèves enquêtés en fonction du nombre de partenaires dans les 12 derniers mois précédents.

**Tableau XL**: Répartition des élèves enquêtés en fonction des types du rapport sexuel.

**Tableau XLI**: Répartition des élèves enquêtés en fonction de type de partenaires sexuels (les).

**Tableau XLII**: Répartition des élèves enquêtés en fonction d'utilisation du préservatif avec les professionnels(les) du sexe.

**Tableau XLIII** : Répartition des élèves enquêtés en fonction des pratiques homosexuels.

**Tableau XLIV**: Répartition des élèves enquêtés en fonction d'utilisation du préservatif lors des rapports homosexuels.

**Tableau XLV**: Répartition des élèves enquêtés en fonction d'utilisation du préservatif lors du dernier rapport sexuel.

**Tableau XLVI**: Répartition des élèves enquêtés en fonction de la consommation de drogues.

**Tableau XLVII**: Répartition des élèves enquêtés en fonction de type de drogues consommée.

**Tableau XLVIII**: Répartition des élèves enquêtés en fonction leur réaction devant un(e) ami(e) séropositif (ve).

# INTRODUCTION

## I. INTRODUCTION

Le Virus de l'Immunodéficience Humaine (VIH), responsable du Syndrome de l'Immunodéficience Acquise [(SIDA),Phase ultime de l'infection par le virus d'immunodéficience humaine] frappe aujourd'hui le monde entier et modifie l'avenir de certaines sociétés par ses conséquences multiples, particulièrement dans les pays en voie de développement[1]

Le V.I.H détruit certains globules blancs, les lymphocytes T4, ou CD4, qui constituent la base active de l'immunité anti-infectieuse. Cette destruction provoque donc une déficience du système immunitaire. On réserve le nom de sida, ou de sida déclaré, aux formes majeures de cette déficience immunitaire : baisse du taux de lymphocytes T4 au-dessous de 200 par millimètre cube de sang, – le taux normal étant de 500 à 1 000 lymphocytes T4 par millimètre cube – et développement d'une des formes majeures de la maladie. Une personne séropositive pour le V.I.H. (dont le sang contient des anticorps spécifiquement dirigés contre le virus du sida, ce qui témoigne de son infection par ce virus) peut être asymptomatique et ne présenter aucun signe de déficit immunitaire. Elle est néanmoins porteuse du virus, et donc susceptible de le transmettre[2].

Dans les pays les plus durement touchés, le VIH a réduit l'espérance de vie de plus de 20 ans, ralenti la croissance économique, et aggravé la pauvreté des ménages. Dans la seule Afrique subsaharienne, l'épidémie a rendu orphelins plus de 12 millions d'enfants de moins de 18 ans. Dans ces pays, la pyramide naturelle des âges a été faussée de manière spectaculaire par le VIH, avec des conséquences potentiellement graves, s'agissant du transfert des connaissances et des valeurs d'une génération à l'autre [3].

Le VIH/SIDA touche majoritairement les jeunes adultes, à un âge où ils sont le plus productifs économiquement et sont souvent chefs de famille, ses répercussions sont considérables : réduction de l'espérance de vie, renforcement

de l'inégalité (par exemple, des enfants laissés orphelins) et accroissement de la charge supportée par les systèmes de santé [4].

Plus de la moitié des nouvelles infections se produisent chez les jeunes de 15 à 24 ans. Pourtant, on continue d'ignorer les besoins d'un milliard de jeunes à travers le monde lors de la conception des stratégies de lutte contre le VIH/sida, la formulation des politiques et l'allocation des budgets. Ceci est d'autant plus tragique que les jeunes sont plus susceptibles que les adultes d'adopter des comportements sans risque et de s'y tenir [5].

Ils sont environ 11,4 millions entre 15 à 24 ans à vivre avec le VIH/sida ; chaque jour, près de 6000 jeunes de 15 à 24 ans contractent le VIH, mais seulement une minorité d'entre eux savent qu'ils sont infectés [5].

Les résultats de l'EDS-V 2013 rapportaient que la prévalence de l'infection à VIH au Mali est de l'ordre de 1,1%. La transmission hétérosexuelle est devenue le mode de contamination le plus fréquent du VIH ; Les autres voies de transmission comme la transfusion de sang contaminé, la transmission de mère à l'enfant, les blessures par objets souillés ne sont pas à négliger [6].

En effet, toutes les études montrent que malgré les efforts consentis par l'ensemble des intervenants, cette lutte contre l'infection par le VIH s'est heurtée à un certain nombre d'obstacles tels que: l'inadaptation du cadre de coordination, l'absence de mécanisme de suivi et d'évaluation, le déficit en capacités techniques, humaines et financières et un environnement qui demeure peu favorable à l'acceptation sociale des PVIH [6].

Avec plus de 39 millions de morts à ce jour, le VIH continue d'être un problème majeur de la santé publique [7].

# CADRE CONCEPTUEL

## **2-1. SYNTHÈSE DE LA REVUE CRITIQUE DE LA LITTÉRATURE**

### **2-1-1 Définitions des termes utilisés [8]:**

**Connaissance :** Action ou acte de se faire une représentation, de s'informer ou d'être informé de l'existence de quelque chose, l'idée ainsi formée.

**Attitude :** Disposition d'esprit, déterminée par l'expérience à l'égard d'une personne, d'un groupe social ou d'une chose abstraite (problème, idée, doctrine, etc.) et qui porte à agir de telle ou telle manière.

**Comportements :** Ensemble des réactions observables chez un individu placé dans son milieu de vie et dans des circonstances données.

**I.S.T :** Maladie infectieuse qui peut être contractée ou transmise lors des rapports sexuels.

**SIDA :** Syndrome de l'ImmunoDéficiency Acquis en français, et Acquired Immuno Deficiency Syndrome en anglais.

### **2-1-2 Aperçu historique de l'infection à VIH et des ARV [9]**

Les 1<sup>ers</sup> cas d'infections à VIH remontent au début des années 1960, mais les travaux biologiques et moléculaires entrepris se situent entre 1915-1941 avant l'apparition de l'infection aux USA. L'épidémie se développe à bas bruit au cours des années 1970. La véritable histoire médiatique du SIDA débute en juin 1981, lorsqu'un syndrome de sarcome de KAPOSI, affectant les homosexuels de la côte ouest américaine est décrit, ainsi que les ressortissants de la république d'Haïti et du Zaïre (RDC pour le moment).

Les médecins, les sociologues, les biologistes et d'autres chercheurs de domaine de santé affirment que le VIH/SIDA a été identifié au moins en 1981,

et qu' on pensait que le virus provenait de l' Amérique du Nord chez les homosexuels qui auraient été contaminés par les Haïtiens, puis le virus passa aux hétérosexuels, aux toxicomanes et d' autres groupes de la population.

En Amérique, le virus passa en Europe bien que la France et la Belgique l' aient en partie importé directement en Afrique.

En 1982, plusieurs chercheurs à travers la planète commencent à se mobiliser car la maladie sort des frontières américaines, et le nom d' AIDS (SIDA en français) est utilisé pour la première fois par le scientifique Bruce Voeller.

1983 et 1984 furent les années de découverte de l' agent responsable. La découverte fut conjointement réalisée par une équipe française du Professeur. Dr. LUC MONTAGNIER et une équipe américaine du Professeur. Dr. ROBERT GALLO, les deux aux mêmes activités de recherches rétrovirales.

L' appellation qui fut donnée par l' équipe française est LAV (Lymphadenopathy Associated Virus), tandis que celle de l' équipe américaine est HTLVIII (Human T-Cell Lymphotropic Virus III).

Le comité international de taxonomie a décidé de l' appeler VIH pour les français (francophones), et HIV pour les américains (anglophones).

En Avril 1985 à Atlanta, on assiste à la première conférence internationale sur le SIDA.

Et c' est à la même année que le premier cas du VIH/SIDA a été diagnostiqué au Mali.

Plus tard on découvre un autre virus semblable au premier vers les années 1986, de ce fait, il existe le VIH1 et le VIH2 ou HIV1 et HIV2.

En Mars 1987, la zidovudine (AZT) devient le premier antirétroviral anti-VIH à obtenir une autorisation de mise sur le marché français en même temps qu'aux Etats-Unis.

Février 1994, les résultats de l'essai franco-américain ACTG-ANRS 024 démontre l'intérêt d'un traitement par AZT pendant la grossesse, l'accouchement et les premières semaines de vie de l'enfant.

**En** Juillet 1996, 10<sup>ème</sup> conférence internationale sur le SIDA à Vancouver (Canada). L'efficacité des trithérapies est confirmée.

**En** Juillet 2000, 13<sup>ème</sup> conférence internationale sur le SIDA à Durban (Afrique du Sud), les laboratoires pharmaceutiques ont annoncé des mesures concrètes afin d'aider les pays pauvres.

### **2-1-3 Situation épidémiologie :**

#### **A. Aperçu mondial de l'épidémie du SIDA**

On estimait à 2[1,9-2,2] millions le nombre de personnes nouvellement infectées par le VIH en 2014 (4 personnes par minute sont contaminées), soit l'équivalent à l'année 2013. Cela reste néanmoins inférieur aux années précédentes. Parmi les 6000 nouveaux cas par jour, plus de 80% sont dans des pays à faibles et moyens revenus et sur les 9 000 cas apparaissant chez les adultes (15-49 ans), 44,4% environ sont chez les 15-24 ans[7].

Fin 2014 on comptait environ 36,9 [34,3-41,4] millions de personnes vivant avec le VIH dans le monde, ce qui représente 1,1% de la population mondiale âgée de 15 à 49 ans[7].

**Tableau I:** Répartition mondiale à la fin 2012 des adultes et des enfants vivant avec le VIH d'après « le point sur l'épidémie mondiale du SIDA » de l'ONUSIDA/OMS 2013 [10].

	<b>Estimation basse</b>	<b>Estimation</b>	<b>Estimation haute</b>
<b>Afrique subsaharienne</b>	23 500 000	25 000 000	26 600 000
<b>Asie de l'Est</b>	650 000	880 000	1 200 000
<b>Asie du Sud et du Sud-Est</b>	2 900 000	3 900 000	5 200 000
<b>Amérique Latine</b>	1 200 000	1 500 000	1 900 000
<b>Amérique du Nord,</b>	980 000	1 300 000	1 900 000
<b>Europe Occidentale et Centrale</b>	800 000	860 000	930 000
<b>Europe orientale et Asie centrale</b>	1 000 000	1 300 000	1 700 000
<b>Afrique du Nord et Moyen-Orient</b>	200 000	260 000	380 000
<b>Les Caraïbes</b>	220 000	250 000	280 000
<b>Océanie</b>	43 000	51 000	59 000
<b>MONDIAL</b>	<b>32 200 000</b>	<b>35 300 000</b>	<b>38 800 000</b>

## **B. Une situation alarmante : Cas de l'Afrique**

L'Afrique subsaharienne, région du monde qui paye le plus lourd tribut à la maladie, abrite à peine plus de 10% de la population mondiale, mais regroupe plus de 55% des personnes vivant avec le VIH, soit quelques 25 millions, note le rapport 2013 de l'ONUSIDA (Tableau II) [10].

Le sida a fait chuter l'espérance de vie au-dessous de 40 ans dans neuf pays africains (Botswana, Lesotho, Malawi, Mozambique, République centrafricaine, Rwanda, Swaziland, Zambie et Zimbabwe)[10].

L'Afrique australe abrite à elle seule environ 13,2 millions de porteurs du virus, soit presque 37% du total mondial des personnes vivant avec le VIH alors qu'elle ne regroupe que 2% de la population mondiale. En Afrique du Sud, pays le plus touché au monde, où vivaient quelques 6,1 millions de personnes atteintes par le virus fin 2012[10]. L'épidémie ne montre aucun signe de déclin. Dans les pays les plus touchés de cette partie du continent, l'espérance de vie d'un enfant né entre 1995 et 2000 est tombée à 49 ans, au lieu de 62 si l'épidémie ne s'était pas propagée[1].

Ainsi, en Afrique de l'Est, l'Ouganda, le Burundi et l'Ethiopie enregistrent une légère baisse des taux de prévalence, et le Kenya devrait suivre bientôt. D'après l'ONUSIDA, en Afrique australe, l'épidémie n'est sans doute pas encore à son pic, mais les antirétroviraux (ARV), même s'ils ne guérissent pas la maladie, commencent enfin à arriver[1].

**Tableau II:** Statistiques et caractéristiques du VIH et du SIDA en Afrique de 2001 en 2012, selon l'ONUSIDA, décembre 2013[10].

<b>AFRIQUE SUBSAHARIENNE</b>					
<b>Statistiques et caractéristiques du VIH et du SIDA en 2001, et 2012</b>					
	Adultes et enfants vivant avec le VIH	Nombre de femmes vivant avec le VIH	Nouvelles infections à VIH, adultes et enfants	Prévalence chez l'adulte %	Décès dus au SIDA, adultes et enfants
<b>2001</b>	21.700.000	11 100 000	2 600 000	5,8	1 500 000
<b>2012</b>	25. 000.000	12 900 000	1 600 000	4,7	1 200 000

### C. La situation au Mali :

Pour une population malienne de 16 millions d'habitants, plus de 180 000 personnes sont infectées par le virus du sida, et chaque jour 13 contractent la maladie, pendant que 11 autres en meurent. Le taux de prévalence du VIH/SIDA au Mali est passé de 1,7% à 1,1% en 2013 selon l'EDSM-V dans la population de 15 à 49 ans ; Plus élevé chez les femmes, soit 1,3% que chez les hommes (0,8%). Cependant malgré une prévalence en recul, le Mali enregistre selon l'ONUSIDA 3000 nouvelles infections par an[11].

### 2-1-4 Notions de virologie fondamentale :

#### A. Description du VIH[12]

Le VIH appartient à la famille des *retroviridae*, vaste famille de virus à ARN équipés d'une enzyme structurale appelée transcriptase inverse ou reverse transcriptase (RT). Il est classé dans le genre des *lentivirus* qui a pour caractéristique d'entraîner des infections virales lentes toujours mortelles.

### **A-1. La structure du VIH**

Le génome du virus est composé d'un ARN simple brin, présent en double exemplaire représenté au centre du schéma (marron). Cet ARN est retranscrit en ADN dans le cytoplasme de la cellule hôte par l'action d'une enzyme : la transcriptase inverse. C'est à partir de cet ADN, intégré dans le génome de l'hôte que sont exprimées les différentes protéines virales. Le virus possède la particularité de disposer de deux capsides :

- Une capside intérieure (« capside ») permet de protéger le matériel génétique du virus.
- Une capside extérieure (« matrice »).

La membrane délimitant le virion est constituée d'une bicouche lipidique.

On y retrouve deux protéines essentielles au cycle de réplication :

- Laglycoprotéine p41, protéine transmembranaire traversant la membrane du virion. Elle intervient dans la fusion des membranes du virus et du lymphocyte T CD4.
- Laglycoprotéine p 120, protéine membranaire, elle permet la fixation du virus aux récepteurs des cellules infectées.

### **A-2 Structure du génome viral**

Le génome du virus du SIDA se compose d'un ARN simple brin de 9181 nucléotides. Il comporte trois gènes principaux (Gag, Pol, et Env.), ainsi que quelques gènes de régulation, de petite taille. Il comporte de plus des séquences spécifiques, situées à ses extrémités.

Une fois rétro transcrit sous la forme d'un ADN double brin, il s'exprime par le biais de deux ARN messagers, qui aboutissent à la synthèse de trois protéines. Ces protéines sont ensuite clivées par des protéases, pour aboutir aux différentes protéines virales.

Le génome comporte donc :

- 3 gènes principaux: Gag, Pol et Env.
- des gènes de régulation: vif, vpr, tat, rev, vpu.

Les protéines sont produites sous forme de précurseurs.

Les ARN sont les copies complètes de l'ensemble du génome viral.

### **A-3. Cycle de réplication du VIH**

#### ○ **Mécanisme d'entrée du virus dans les cellules :**

Le virus du SIDA utilise pour entrer dans les cellules hôtes les protéines de sa membrane et celles de la cellule hôte. La protéine virale gp 120 possède en effet un domaine de liaison à la protéine CD 4. Le virus du SIDA est ainsi capable de se fixer spécifiquement aux lymphocytes T4, qui portent cette protéine membranaire. Cette fixation de gp 120 à CD 4 conditionne l'ensemble des étapes suivantes permettant la pénétration de la nucléocapside virale dans le lymphocyte.

La fixation de la gp 120 à la protéine CD 4 permet de démasquer une autre protéine membranaire virale : gp 41. Celle-ci s'insère alors dans la membrane du lymphocyte, permettant la fusion des deux membranes, et ainsi l'entrée du matériel virale dans la cellule.

D'autres cellules peuvent être infectées comme des monocytes, des cellules dendritiques, cellules de Langerhans, des cellules micro gliales dans le cerveau.

#### ○ **La réplication virale**

Après pénétration dans ces cellules, le virus s'intègre à leur matériel génétique. La production de nouveaux virus dépend du type et de l'état de la cellule infectée, et est régulée par des gènes viraux. Le virus peut rester à l'état de provirus latent, sous forme d'ADN pro viral intégré dans le génome de la cellule hôte. S'il se réplique, les virus nouvellement produits quittent la cellule hôte en bourgeonnant à sa surface. Ils infectent ensuite de nouvelles cellules, et peuvent se disséminer dans l'organisme.

La réplication du VIH dans l'organisme a lieu dans de nombreux tissus (ganglions lymphatiques, cerveau, muscles, etc.) Et/ou liquides biologiques (sang, liquide broncho-alvéolaire, etc.), dans lesquels on retrouve les cellules cibles du VIH. L'infection des cellules cibles explique la baisse élective de l'immunité liée à la disparition des lymphocytes CD4 et des macrophages, ainsi que le tropisme particulier du virus pour les ganglions et le système nerveux central. Les organes lymphoïdes, qui sont le siège de la production et de la maturation des cellules du système immunitaire, sont ainsi atteints, dans les stades précoces de l'infection.

En dépit de la réponse immunitaire du sujet infecté, l'infection par le VIH est chronique : le VIH a la capacité de se répliquer constamment dans l'organisme, et sa grande variabilité génétique lui permet d'échapper à la réponse immunitaire.

La réplication constante du VIH est considérée comme responsable de la disparition progressive des lymphocytes T CD4 par des mécanismes directs (destruction des cellules infectées) et indirects. Les lymphocytes T CD4 progressivement détruits sont d'abord rapidement renouvelés, jusqu'à ce que l'altération des organes lymphoïdes centraux ne permette plus leur régénération. L'activation chronique des cellules immunocompétentes induite par la persistance du VIH dans l'organisme serait également impliquée dans l'évolution vers un déficit immunitaire profond. Ce dernier permet l'émergence d'infections opportunistes et l'évolution vers le stade SIDA.

○ **Les étapes de la réplication**

La première étape est l'**attachement** (1) du virus sur le lymphocyte T4, par reconnaissance entre la protéine virale gp120 et la protéine CD4 du lymphocyte (ainsi qu'un corécepteur).

Les deux membranes (du virus et du lymphocyte) fusionnent, ce qui permet la **pénétration** (2) de la nucléocapside (les deux capsides + le matériel génétique, etc.) du virus dans le cytoplasme.

Les deux capsides vont alors se dissocier, libérant l'ARN viral dans le cytoplasme : c'est la phase de **décapsidation** (3) du virus.

Grâce à la transcriptase inverse virale, l'ARN viral est rétro transcrit en ADN double brin. Cet ADN pénètre dans le noyau, et il va y avoir son **intégration** (4) au génome du lymphocyte. Il est ensuite transcrit en ARN.

Après avoir été transcrits par l'ARN polymérase de la cellule, les ARN messagers viraux sont traduits en trois précurseurs protéiques. Ces précurseurs sont clivés par des protéases, pour donner les différentes protéines du virus, c'est l'étape de **traduction** (5).

Les protéines virales et l'ARN viral sont assemblées (**assemblage** (6)) pour reformer des virus (sans membrane). Les protéines virales membranaires sont intégrées à la membrane du lymphocyte.

Le virus bourgeonne (**bourgeonnement** (7)), emportant un fragment de la membrane du lymphocyte.

Il va y avoir alors, une **libération** (8) des nouveaux virus dans le milieu extérieur. Ils peuvent infecter de nouveaux lymphocytes T4.

#### **A-4. Une particularité du VIH : Sa grande variabilité [13]**

Celle-ci tient au processus même de multiplication de ces virus qui sont obligés de transformer leur ARN génomique en ADN pour s'intégrer dans la cellule hôte. La transcriptase inverse fait des erreurs lors de la copie de l'ARN, et provoque les mutations. Mais tous les virus ne se multiplient pas à la même vitesse ni avec la même intensité dans une cellule hôte, et tous n'utilisent pas les mêmes cibles pour se multiplier. C'est pourquoi tous les VIH ne se multiplient pas de façon identique dans l'organisme. En évoluant dans l'organisme, au bout de quelques mois, les virus circulant chez une même personne peuvent être différents entre eux (2 à 3%), et différents des virus provoquant l'infection. C'est ainsi que l'on distingue deux types de VIH chez l'homme : le VIH-1 et le VIH-2. Pour chaque type, il est possible de dégager un certain nombre de sous-types, sur la base de comparaison de séquences. Ainsi, pour le VIH-1, on ne compte pas moins de 9 sous-types.

C'est principalement dans des régions d'Afrique que se localisent d'importants foyers de VIH-2. Ailleurs, il est retrouvé sporadiquement. En Europe occidentale, le VIH-2 est rencontré de façon occasionnelle, c'est au Portugal que l'infection est la plus vive, suivi de la France.

Il reste cependant nécessaire, de bien différencier lors des diagnostics ces deux virus, car ils présentent des caractéristiques virologiques et cliniques distincts, justifiant une prise en charge individualisée.

## **B. Modes de transmission [14]**

### **B-1. Les modes détaillés de transmission du virus**

Le virus est présent dans les liquides biologiques de l'organisme des personnes infectées. On le retrouve donc dans : le sang, le sperme, le liquide séminal, les sécrétions anales, les sécrétions vaginales et le lait maternel.

Les trois principaux modes de transmission sont donc : la transmission par voie sexuelle, la transmission par voie sanguine et la transmission verticale (mère/enfant).

#### **o La transmission par voie sexuelle**

C'est le mode de transmission le plus fréquent dans le monde, survenant lors des rapports sexuels non protégés.

La contamination se fait par l'intermédiaire des muqueuses buccales, génitales, rectales, lorsqu'elles sont en contact avec des sécrétions ou du sang contaminé. La muqueuse rectale est la plus susceptible d'être infectée.

**Tableau III:** Modes détaillés de la transmission par voie sexuelle, extrait du rapport du groupe de travail FIP/OMS « pharmacien et SIDA ». [14].

Type de rapport		Risque estimé par acte
<b>Hétérosexuel</b>	Vaginal	0,1% avec 0,15% (H →F) et 0,09% (F→H)
	Anal	Risque x10/voie vaginale
	Buccogénital	Quelques cas décrits
<b>Homosexuel</b>	Anogénital	Pratique réceptive : 0,5 à 3% ; pratique Active : 0,01 à 0,18%
	Buccogénital	Pratique réceptive : 0,04%
	Bucco anal	Absence de données

**Légende :**

H→F : homme séropositif pour le VIH ayant un rapport sexuel avec une femme séronégative pour le VIH.

F→H : femme séropositive pour le VIH ayant un rapport sexuel avec un homme séronégatif pour le VIH.

Il existe des facteurs favorisant l'infection :

- Transmission légèrement plus importante de l'homme à la femme (rôle probable des lésions vaginales ulcérales).
- Episode récent de maladies sexuellement transmissibles
- Pratique de la sodomie.
- Etat avancé et gravité de la maladie, en pratique  $cd4 < 200/mm^3$ .
- Tout rapport dans un contexte de saignements (règles.)
- Premier rapport sexuel.
- Ectopie du col de l'utérus.

○ **La transmission par voie sanguine**

Ce mode de transmission du VIH s'applique à des sujets s'exposant à du sang potentiellement contaminé de façon accidentelle ou non. Ainsi ce risque est augmenté chez les toxicomanes, les transfusés et les professionnels de santé, ceux-ci étant susceptibles d'être en contact direct avec du sang d'une personne extérieure.

○ **La transmission verticale**(mère/enfant).

La transmission du virus lors de l'accouchement est le premier mode de contamination chez le jeune enfant. Le risque lors de la grossesse et de l'accouchement est estimé à :

-20% lorsque aucune thérapeutique n'est utilisée chez la mère, et ce risque est augmenté avec la charge virale de la femme ou dans un contexte de rupture prolongé des membranes.

-5 à 10% si une thérapeutique est utilisée pendant la grossesse, l'accouchement et durant les 6 premières semaines de vie du nouveau né. De plus, ce pourcentage peut être diminué en effectuant un accouchement par césarienne.

Lors de l'allaitement, le risque de contamination par le lait maternel est évalué entre 5 et 7%.

**B-2. Les « idées fausses » sur la transmission du virus[14]**

Le VIH n'est transmissible que dans des circonstances précises. De nombreuses idées circulent à propos de modes de transmission erronés.

Tout d'abord, le virus est en trop faible quantité dans la salive, la sueur, les larmes ou l'urine pour qu'il puisse se transmettre par l'intermédiaire de ces liquides : ceux-ci ne sont donc pas considérés comme contaminants.

Le VIH ne se transmet pas :

- Par les gestes de la vie quotidienne : une poignée de mains, des caresses, des baisers, tousser.
- Par l'utilisation d'équipements publics : toilettes, douches et bains, piscines.
- Par le partage d'objets courants : verres et couverts, plats d'aliments, vêtements.
- Par des piqûres d'insectes, les morsures d'animaux.

C'est parfois, plus précisément à l'intérieur de certaines populations qu'il faut contrer des idées fausses de diverses origines qui vont dans le sens de croyances ou de rituels favorisant la transmission du virus.

### **B-3. Les conditions de transmission du virus [15]**

Quatre(04) conditions doivent être requises pour que le VIH puisse se transmettre :

- Le virus doit pouvoir sortir de la personne infectée ; Cela ne peut se faire que par une muqueuse, ou par une blessure permettant au sang de sortir du corps.
- Un véhicule doit permettre au virus d'aller d'une personne à une autre ; Ces véhicules sont le sang, le sperme, les sécrétions vaginales de la femme, le liquide pré-séminale de l'homme et le lait maternel.
- Le virus doit pouvoir rentrer à l'intérieur d'une autre personne par une muqueuse ou une blessure permettant le contact avec le sang.
- Il faut que le taux du virus présent chez la personne séropositive soit suffisant pour qu'il soit contaminant.

## **2-1-5. Diagnostic Classification**

### **A. Diagnostic clinique (16)**

L'évolution spontanée de l'infection VIH peut être divisée en trois phases :

#### **▪ La primo-infection ou phase aigue (dure quelques semaines) :**

Une fois entré dans l'organisme, le virus peut infecter différentes cellules, principalement des cellules du système immunitaire (les lymphocytes T CD4, dits T4, les macrophages et les cellules de même origine) et certaines cellules du cerveau.

Des signes cliniques apparaissent, dans 50 à 80 % des cas, entre le 5<sup>e</sup> et le 30<sup>e</sup> jour qui suivent la contamination ; ce sont principalement une fièvre, une angine, des courbatures, une éruption cutanée. D'autres manifestations plus rares peuvent survenir (méningite lymphocytaire, paralysie faciale). Cette phase de l'infection, nommée primo-infection, guérit spontanément en un mois environ

#### **▪ La phase chronique (plusieurs années) :**

Cette phase dure plusieurs années et se caractérise par une multiplication du virus, en particulier au niveau des ganglions, et par des symptômes souvent peu importants.

Des infections mineures peuvent apparaître, témoignant d'une atteinte modérée du système immunitaire : Les infections cutanées ou muqueuses mineures, les signes généraux tels qu'une altération de l'état général, une forte fièvre prolongée, des sueurs, un amaigrissement, une diarrhée persistante sont parfois présents mais peuvent manquer totalement jusqu'au sida.

▪ **La phase finale symptomatique (durée indéterminée) :**

Il s'agit de la forme évoluée de l'infection à V.I.H., due à une immunodépression majeure. Certaines particularités évolutives permettent de distinguer 3 groupes de patients : les « progresseurs rapides », qui évoluent vers le sida en 3 à 4 ans, les « progresseurs classiques », et les « non-progresseurs à long terme » (5 % de la population infectée), chez lesquels le sida ne se déclare qu'au-delà de 10 ans après la contamination, en l'absence de traitement.

Cette phase se manifeste par des infections dites opportunistes liées à des micro-organismes présents à l'état latent dans l'organisme. Les malades du sida peuvent également développer des tumeurs caractéristiques : le sarcome de Kaposi et les lymphomes malins.

**B. Diagnostic biologique :**

Il est fondé sur la détection des anticorps sérique anti-VIH. Dans certaines conditions comme la primo-infection ou chez le nouveau né de mère séropositive pour le VIH, il est nécessaire de recourir à d'autres méthodes diagnostiques telles que la détection d'antigènes viraux circulants, la détection du matériel génétique à partir de plasma ou de cellules infectées ou encore la détection de virus par coculture lymphocytaire (diagnostic direct).

**B.1. Diagnostic indirect**

**B.1.1. Tests de dépistage**

La détection des anticorps anti-VIH repose sur la réalisation et la révisualisation d'une réaction antigène –anticorps entre les anticorps sériques du sujet infecté et les antigènes viraux produits en laboratoire.

Les méthodes de référence pour la visualisation de cette réaction sont actuellement les méthodes immunes enzymatiques de type ELISA.

On distingue des ELISA de première, deuxième et troisième génération.

### **B.1.2. Tests de confirmation**

#### **a) Le Western Blot**

C'est la technique de référence. Les protéines virales sont séparées par électrophorèse avant d'être transférées sur une membrane de nitrocellulose. Les anticorps dirigés contre chacune des protéines sont détectés sur ce support par une réaction immuno-enzymatique qui matérialise la protéine sous forme de bande colorée.

#### **b) La RIPA (Radio immuno précipitation assay)**

C'est une technique difficile à standardiser, réservée aux laboratoires spécialisés et agréés.

#### **c) Les tests de confirmation de deuxième génération**

Encore appelés line immunoassay<LIA>, ces tests utilisent des protéines recombinantes et /ou des peptides synthétiques des VIH.

## **B.2. Diagnostic direct**

### **B.2.1. Détection de l'antigène p24**

Les méthodes ELISA commercialisées détectent essentiellement la protéine p24 du VIH -1. La positivité de la réaction peut être confirmée par un test de neutralisation qui permet d'exclure un possible faux positif. La recherche d'antigène p24 dans le sérum est aujourd'hui essentiellement indiquée chez le nouveau né de mère séropositive pour le VIH-1 et lors d'une suspicion de primo-infection.

### **B.2.2. Amplification génique**

La PCR ou (polymérase Chain réaction) permet de détecter de faibles quantités plasmatiques d'ADN du VIH. L'intérêt de la PCR est de détecter de très faibles quantités de virus alors que les anticorps spécifiques ne sont pas encore dosables. Il permet également de rechercher le VIH dans les différents tissus ou cellules et de quantifier la charge virale.

Il existe deux classifications pour décrire la progression de l'infection à VIH, fondées sur les manifestations cliniques et les anomalies biologiques.

#### **Classification en stades cliniques proposée par l'OMS [17]**

##### **○ Stade clinique 1**

- Patient asymptomatique.
- Adénopathies persistantes généralisées accompagnées de fièvre

##### **○ Stade clinique 2**

- Perte de poids inférieure à 10 % du poids corporel.
- Manifestations cutaneomuqueuses mineures (dermite séborrhéique, ulcérations buccales récurrentes).
- Zona au cours des cinq dernières années.
- Infections récidivantes des voies respiratoires supérieures.

##### **○ Stade clinique 3**

- Perte de poids supérieure à 10 % du poids corporel.
- Diarrhée chronique inexplicée pendant plus d'un mois.
- Fièvre prolongée inexplicée pendant plus d'un mois.
- Candidose buccale (muguet).
- Leucoplasie chevelue buccale.
- Tuberculose pulmonaire dans l'année précédente.

- Infections bactériennes sévères (pneumopathies par exemple).
  - **Stade clinique 4**
    - Pneumocystose.
    - Toxoplasmose cérébrale.
    - Maladie de Kaposi.
    - Lymphome.
    - Mycobactériose atypique généralisée, et plus généralement toute affection grave apparaissant chez un patient infecté par le VIH, ayant une baisse importante de son immunité (taux de CD4 inférieur à 200/mm<sup>3</sup>).

**Classification CDC (*Centers for Disease Control and Prevention*) modifiée en 1993**

Cette classification est hiérarchique et historique [18], c'est-à-dire qu'une fois le patient a atteint une classe, lorsque les signes cliniques ont disparu, il conserve cette classe. Par exemple un patient classé B, ne pourra plus passer dans la catégorie A, même si les signes cliniques de la classe B ont disparu.

- **Catégorie A**
  - Séropositivité aux anticorps du VIH en l'absence de symptômes (avant 1993, la séropositivité au VIH asymptomatique ne rentrait pas dans la classification « Sida »).
  - Lymphadénopathie généralisée persistante.
  - Primo-infection symptomatique.

- **Catégorie B**

Manifestations cliniques chez un patient infecté par le VIH, ne faisant pas partie de la catégorie C et qui répondent au moins à l'une des conditions suivantes :

- elles sont liées au VIH ou indicatives d'un déficit immunitaire ;
- elles ont une évolution clinique ou une prise en charge thérapeutique compliquée par l'infection VIH. (Cette catégorie correspond aux stades cliniques 2 et 3 de l'OMS.)
- **Catégorie C**

Cette catégorie correspond à la définition du Sida chez l'adulte. Les critères cliniques sont les mêmes que le stade clinique 4 de l'OMS.

## **2-2JUSTIFICATION DE L'ETUDE**

Des progrès notoires réalisés en matière de prévention et de soins dans certain pays comme le notre, n'ont pas empêché de nouvelles infections au VIH au monde.

L'analyse de la bibliographie internationale a fait ressortir que les programmes de prévention auprès des jeunes centrés uniquement sur la transmission des messages s'avèrent insuffisantes. Par ailleurs, il n'existe pratiquement aucun résultat de recherches permettant de voir dans quelle mesure les diverses stratégies de participation des jeunes bénéficient aux groupes cibles ou encore comment elles leur profitent [19].

Au Mali, beaucoup reste encore à faire pour que les programmes de prévention, établis avec la participation des jeunes contribuent d'une manière efficace à la réduction des risques d'infection à VIH.

## **2-3 HYPOTHESES DE RECHERCHE :**

- Les connaissances et ou la croyance faibles, les mauvaises attitudes adoptées et les pratiques comportementales à haut risque sont observées chez les élèves dans les milieux scolaires en matière des IST, du VIH, et du SIDA ;
- La croyance des jeunes en milieu scolaire sur l'existence du VIH/SIDA est faible ;
- Le niveau de connaissance des jeunes en milieu scolaire sur les modes de transmission et les moyens de prévention des IST et VIH/SIDA est faible ; La majorité des jeunes lycéens adoptent de mauvaise attitude face aux IST et VIH/SIDA ;
- Des pratiques comportementales à haut risque sont observées chez les jeunes lycéens face aux IST et VIH/SIDA.

# OBJECTIFS

## **2-4 OBJECTIFS**

### **2-4-1 Objectif Général**

Etudier les connaissances, les attitudes et les pratiques comportementales auprès d'un échantillon représentatif des élèves du lycée FilyDabo Sissoko de Djélibougou face aux IST et VIH/SIDA.

### **2-4-2 Objectifs Spécifiques**

- Déterminer les caractéristiques sociodémographiques des enquêtés ;
- Décrire les connaissances, les attitudes et les pratiques comportementales en matière des IST et VIH/SIDA des élèves du lycée FilyDabo Sissoko;
- Déterminer le niveau de connaissance de ces élèves sur le mode de transmission du VIH ;
- Déterminer le niveau de connaissance des élèves sur la prévention des IST et VIH/SIDA.

# METHODOLOGIE

### **3-1 TYPE D'ETUDE :**

Il s'agissait d'une étude transversale prospective, et descriptive sur les connaissances, attitudes et pratiques ainsi que les comportements des jeunes élèves face au risque d'infection par les IST/VIH/SIDA

### **3-2 CHOIX ET DESCRIPTION DU SITE DE L'ETUDE:**

Le site choisis pour notre étude était le lycée Fily Dabo Sissoko de Djélibougou.

Le lycée Fily Dabo Sissoko est un établissement public, créé en 1994, située à cheval entre Djélibougou et Doumanzana, deux quartiers tous de la commune Idu district de Bamako; C'est un établissement constitué de filles et de garçons ; Reconnu d'une part pour la qualité de l'enseignement et d'autre, par sa capacité d'accueil. Il comptait 1024 élèves inscrits au titre de l'année scolaire 2014-2015(691 garçons ; 333 filles). Il y avait 26 classes (toutes série confondues) réparties comme suite :

10<sup>e</sup> = 9 classes, 11<sup>e</sup> = 5 classes, 12<sup>e</sup> = 12 classes.

### **3-3 POPULATION D'ETUDE :**

La population retenue a été celle des élèves régulièrement inscrits au lycée Fily Dabo SISSOKO de Djélibougou, au titre de l'année académique 2014-2015.

#### **3-3-1 Critères d'inclusion :**

- Tout élève régulièrement inscrit à ce lycée et qui a été y présent pendant la période d'étude(ou enquête) et ayant accepté de participer à notre l'étude dont l'âge est compris entre 15 et 24 ans

### **3-3-2 Critères de non inclusion :**

- Tout élève fréquentant un lycée autre que lycée FilyDabo Sissoko ;
- Tout élève régulièrement inscrit au dit lycée dont l'âge est < 15 ans et > 24 ans ;
- Tout élève inscrit à ce lycée refusant de participer à notre étude ;
- Tout élève inscrit, mais absent au moment de notre étude ;

### **3-3-3 Echantonnage :**

Lorsqu'on ne dispose pas d'un taux de prévalence initiale pour un indicateur donné relatif au comportement sexuel qu'on cherche à améliorer dans une population générale ou chez les jeunes, l'OMS recommande un échantillon de 854 personnes par groupe ciblé et par zone[7].

Dans notre cas, nous nous référons sur la base de l'indicateur donné par la cinquième enquête démographique et de santé du Mali (EDSM-V) en mai 2013 L'échantillon est calculé sur la base de cet indicateur, avec un taux de précision de 5 p.100, est comme suit :  **$N = \frac{\epsilon^2 p.q}{i^2}$** [20]

**N**= taille d'échantillon requise

**$\epsilon$** = niveau de confiance à 95% (valeur type de 1,96)

**p**= prévalence estimative de la connaissance sur les IST et VIH/SIDA

Selon le rapport de l'EDSM-V en mai 2013 nous avons deux valeurs de p :

Chez les hommes p= 96.4%

Chez les femmes p= 82.5%

Pourcentage de femmes et d'hommes de 15-49 ans qui ont entendu parler du sida, selon certaines caractéristiques sociodémographiques Mali EDSM-V 2012-2013

**q**= 1-p

**i**= marge d'erreur à 5% (valeur type de 0.05)

- **La taille d'échantillon chez les hommes :**

$$N_h = \varepsilon^2 p_h \cdot q / i^2 = 1,96^2 \cdot 0,964(1-0,964)/0,05^2 = 53,32 = 53$$

- **La taille d'échantillon chez les femmes :**

$$N_f = \varepsilon^2 p_f \cdot q / i^2 = 1,96^2 \cdot 0,825(1-0,825)/0,05^2 = 221,85 = 222$$

- **La taille d'échantillon totale :**

$$N = N_h + N_f = 53 + 222 = 275$$

### **3-4. CALENDRIER D'ETUDE :**

Notre étude s'est déroulée du 05 Mai au 05 Juin 2015 au sein de l'établissement le lycée FilyDabo SISSOKO de Djélibougou.

### **3-5. TECHNIQUES ET OUTILS D'ENQUETE:**

#### **a- Les outils :**

Les différents outils d'enquête suivant ont été utilisés :

Un questionnaire semi- structuré pour l'analyse quantitative ; entretiens individuels approfondis et groupes de discussions dirigées ou focus groupes pour l'analyse qualitative

#### **b- Techniques :**

- **Analyse quantitative :**

L'enquête a été faite auprès des élèves répondant à nos critères au niveau du dit lycée, une explication sommaire du sujet en question a été faite en ce qui concerne les objectifs escomptés ainsi que les avantages d'une telle étude dans les structures scolaire de la commune. Un exemplaire de questionnaire a été remis par tirage au sort à chaque élève ciblé acceptant de prendre part librement à notre recherche jusqu' à la couverture de l'échantillon prévu.

- **Analyse qualitative :**

Quatre focus groupes ont été organisés avec deux groupes pour les filles et deux groupes pour les garçons ; et chaque groupe était composé de huit(8) participants.

Et deux (2) participants de chaque groupe ont été sélectionnés pour l'entretien individuel approfondi.

### **3-6 SAISIE, TRAITEMENT ET ANALYSE DES DONNEES :**

Tout ce travail a été saisi, traité et analysé par les logiciels suivants : Microsoft Word et Excel, SPSS version 19.

### **3-7. PRODUITS ATTENDUS :**

Cette étude permettra de :

- Faire un appel à la prise de conscience des élèves du lycée FilyDabo Sissoko en matière de VIH et de sida ;
- Mettre à la disposition des jeunes et des élèves du lycée FilyDabo Sissoko les moyens d'information sur le sida afin de d'améliorer leur connaissance en matière de VIH et de sida ;
- Amener les élèves à adopter une attitude responsable ;
- Contribuer à limiter les comportements à risque des élèves et de l'ensemble de la jeunesse ;
- Prendre certaines mesures radicales venant du secteur administratif pour mieux surveiller l'épidémie au niveau du lycée FilyDabo, c'est-à-dire, permettre à la direction générale du lycée FilyDabo d'adopter une politique de communication pour un changement de comportement ciblé sur les élèves et ceci dans le but d'apporter une amélioration des connaissances à propos du sida des élèves ;

- 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.

### **3-8. CONSIDERATIONS ETHIQUES :**

En termes d'éthique, nous avons exigé un consentement verbal des participants à l'étude. Un questionnaire a été élaboré à l'intention des candidats dans ce sens.

Dans le cadre de l'obtention du processus de consentement éclairé, on a approché les élèves du dit lycée en leur fournissant toutes les informations relatives à notre recherche, ses objectifs, la méthodologie adoptée et le devenir des résultats de l'étude. Ainsi, nous avons expliqué aux participants que ce travail est une étude de recherche dans le cadre de l'obtention d'un Doctorat en Médecine.

La recherche sera décrite, les risques qu'il sera raisonnable de prévoir ainsi que les bénéfices escomptés. On note qu'il n'y aura aucun risque encouru par les participants.

Vu son caractère anonyme, la participation à l'étude n'exigera aucune compensation puisque le caractère volontaire de l'étude sera mis en relief.

Les participants auront le droit d'abandonner à tout moment et le retrait ou le refus de participation n'entraînera aucune pénalité.

Le principe et le degré de confidentialité seront mis en relief. En outre, les noms des personnes à contacter pour des informations relatives à la recherche seront révélés aux participants.

**3-9. Tableau IV: Variables étudiées**

<b>Variables</b>	<b>Natures</b>	<b>Unité</b>	<b>Technique de collecte</b>
Age	Quantitative	Année	Interrogatoire
Sexe	Qualitative		Interrogatoire
Statut matrimonial	Qualitative		Interrogatoire
Niveau d' étude	Qualitative		Interrogatoire
Résidence	Qualitative		Interrogatoire
Connaissance du VIH/SIDA	Qualitative		Interrogatoire
Gravité du VIH/SIDA	Qualitative		Interrogatoire
Agent pathogène	Qualitative		Interrogatoire
Notion de séropositivité	Qualitative		Interrogatoire
Tacitement pour le VIH/SIDA	Qualitative		Interrogatoire
Moyens de transmission	Qualitative		Interrogatoire
Modes de transmission	Qualitative		Interrogatoire
Moyens de prévention	Qualitative		Interrogatoire
Connaissances sur les IST	Qualitative		Interrogatoire
Source d'information	Qualitative		Interrogatoire
Connaissance d'un endroit où on peut faire le dépistage du Sida	Qualitative		Interrogatoire
Consentement d'héberger un proche ou un parent séropositif dans leur foyer	Qualitative		Interrogatoire
Manière et motifs d'hébergement d'un parent ou une personne séropositive dans	Qualitative		Interrogatoire

son foyer			
Raison du refus d'héberger	Qualitative		Interrogatoire
Garder son statut secret	Qualitative		Interrogatoire
Avoir effectué un test de dépistage	Qualitative		Interrogatoire
Etre disposé à faire le test	Qualitative		Interrogatoire
Motif d'acceptation	Qualitative		Interrogatoire
Motifs de refus	Qualitative		Interrogatoire
Avoir eu un rapport sexuel	Qualitative		Interrogatoire
Age au premier rapport sexuel	Qualitative	Année	Interrogatoire
Utilisation du condom au premier rapport sexuel	Qualitative		Interrogatoire
Nombre de partenaires au cours des 12 derniers mois précédents	Qualitative		Interrogatoire
Types de rapport sexuel	Qualitative		Interrogatoire
Rapports homosexuels	Qualitative		Interrogatoire
Types de partenaire	Qualitative		Interrogatoire
Consommation des drogues	Qualitative		Interrogatoire
Réaction devant un(e) ami(e) séropositif (ve)	Qualitative		Interrogatoire

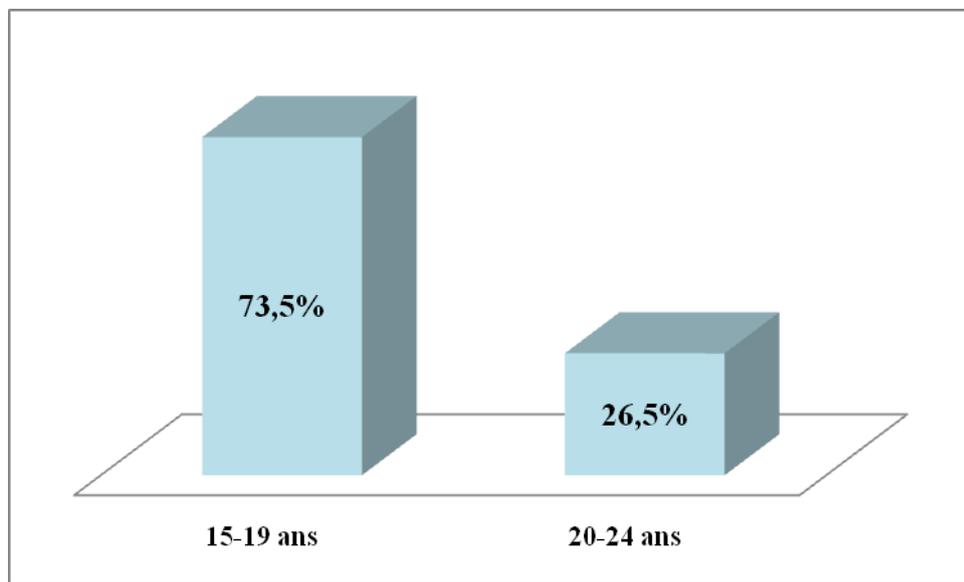
**3-1+0. Tableau V: Diagramme de GANTT (chronogramme de la thèse)**

Activités	Date							
	01-31 Décembre 2014	05 Janvier 2015	Février- Avril 2015	Avril- Mai 2015	Mai 2015	Mai- juillet 2015	Aout- Septem- bre 2015	03- Novem- bre au 17 Decem- bre 2015
Certificats de transcription de langues	✓							
Certificats en éthique de la recherche		✓						
Recherches bibliographiques			✓					
Elaboration du protocole				✓				
Correction du protocole par le directeur de thèse					✓			
Collecte et analyse des données						✓		
Rédaction du draft							✓	
Correction par Pr. Samba Diop								✓
Correction par les différents membres de thèse								✓

# RÉSULTATS

#### **IV. RESULTATS :**

##### **A. ANALYSE QUANTITATIVE :**



**Figure 1** : Répartition graphique des élèves enquêtés en fonction de la tranche d'âge.

La tranche d'âge de 15 – 19 ans a été la plus représentée dans notre étude avec **73,5%** des sujets.

**Tableau VI**: Répartition des élèves enquêtés en fonction du sexe

Sexe	Effectifs	%
Masculin	152	55,3
Féminin	123	44,7
<b>Total</b>	<b>275</b>	<b>100,0</b>

Le sexe masculin a été le plus représenté dans notre étude avec **55,3%** des sujets.

**Tableau VII:** Répartition des élèves enquêtés en fonction du statut matrimonial

Statut matrimonial	Sexe		Total
	Masculin	Féminin	
<b>célibataire</b>	<b>152(100%)</b>	<b>104(84,6%)</b>	<b>256(93,1%)</b>
Marié(e)	0	19(15,4%)	19(6,9%)
<b>Total</b>	<b>152(100%)</b>	<b>123(100%)</b>	<b>275(100)</b>

Quelque soit le sexe, les élèves enquêtés étaient célibataires dans leur quasi-totalité avec **93,1%** des sujets

**Tableau VIII:** Répartition des élèves enquêtés en fonction de l'année d'étude scolaire.

Année d'étude	Sexe		Total
	Masculin	Féminin	
10 <sup>ème</sup> année	38(25%)	24(19,5%)	62(22,5%)
11 <sup>ème</sup> année	46(30,3%)	43(35%)	89(32,4%)
<b>12<sup>ème</sup> année</b>	<b>68(44,7%)</b>	<b>56(45,5%)</b>	<b>124(45,1%)</b>
<b>Total</b>	<b>152(100%)</b>	<b>123(100%)</b>	<b>275(100%)</b>

Les élèves de la 12<sup>ème</sup> année (toute série confondue) ont été les plus représentés dans notre étude avec **45,1%** des enquêtés.

**Tableau IX:** Répartition des élèves enquêtés en fonction de leur croyance à l'existence du VIH/SIDA.

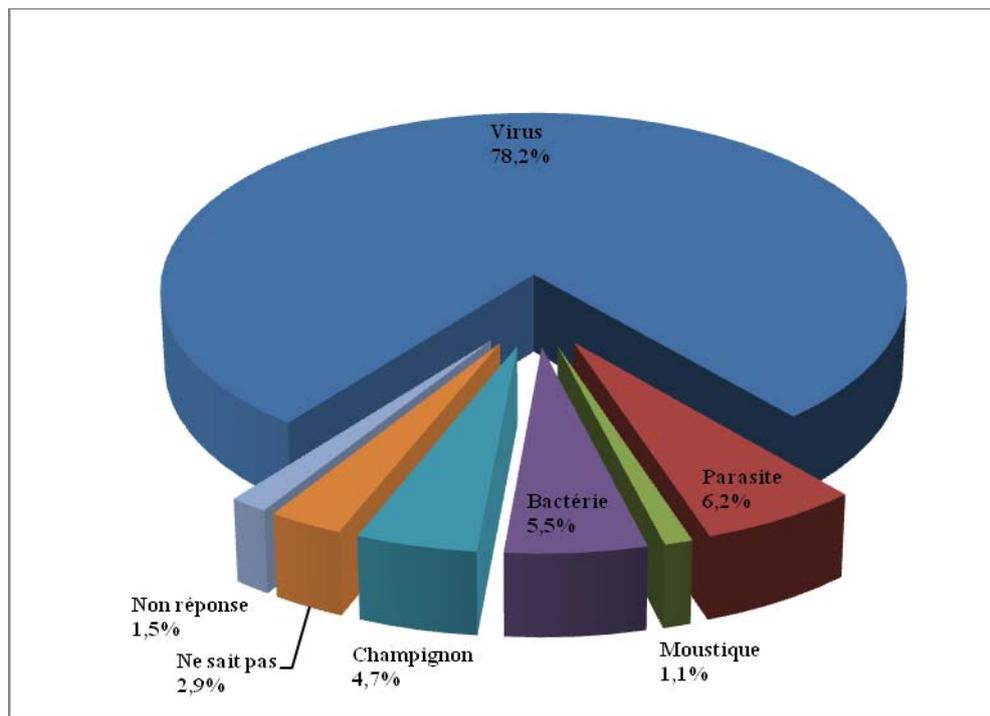
Croyance à l'existence du VIH/SIDA	Sexe		Total
	Masculin	Féminin	
Oui	122(80,3%)	101(82,1%)	223(81,1%)
Non	30(19,7%)	22(17,9%)	52(18,9%)
<b>Total</b>	<b>152(100%)</b>	<b>123(100%)</b>	<b>275(100%)</b>

**81,1%** de nos sujets enquêtés croient réellement à l'existence du VIH/SIDA. Cette croyance est la même par rapport au sexe.

**Tableau X:** Répartition des élèves enquêtés en fonction de leur connaissance de la gravité de l'infection à VIH/sida.

Gravité de l' infection à VIH/SIDA	Sexe		Total
	Masculin	Féminin	
Oui	121(79,6%)	100(81,3%)	221(80,4%)
Non	27(17,8%)	22(17,9%)	49(17,8%)
Non réponse	4(2,6%)	1(0,8%)	5(1,8%)
<b>Total</b>	<b>152(100%)</b>	<b>123(100%)</b>	<b>275(100%)</b>

Plus de **75%** des élèves enquêtés (**80,4%**) connaissent la gravité de l'infection à VIH/sida.



**Figure2** : Répartition graphique des élèves enquêtés en fonction de leur connaissance de l'agent responsable du VIH/SIDA.

La majorité des élèves enquêtés (**78,2%**) savaient que l'agent causal du sida est un virus.

**Tableau XI:** Répartition des élèves enquêtés en fonction de leur connaissance sur la définition de séropositivité

Définition de la séropositivité	Sexe		Total
	Masculin	Féminin	
<b>Avoir le virus dans le sang et être malade</b>	<b>82(53,9%)</b>	<b>63(51,2%)</b>	<b>145(52,7%)</b>
Avoir le virus dans le sang et ne pas être malade	41(27%)	49(39,8%)	90(32,7%)
Ne savait pas	29(19,1%)	11(9%)	40(14,6%)
<b>Total</b>	<b>152(100%)</b>	<b>123(100%)</b>	<b>275(100%)</b>

La définition de la séropositivité n'était maîtrisée par nos enquêtés, que seulement dans **32,7%** des cas.

**TableauXII:** Répartition des élèves enquêtés en fonction de leur connaissance sur la définition du sida maladie.

Définition du sida maladie	Sexe		Total
	Masculin	Féminin	
Avoir le virus dans le sang et ne pas être malade	43(28,3%)	39(31,7%)	82(29,8%)
<b>Avoir des signes cliniques évidents</b>	<b>105(69,1%)</b>	<b>79(64,2%)</b>	<b>184(66,9%)</b>
Ne sait pas	4(2,6%)	5(4,1%)	9(3,3%)
<b>Total</b>	<b>152(100%)</b>	<b>123(100%)</b>	<b>275(100%)</b>

Plus de la moitié de nos enquêtés (soit **66,9%**) connaissaient la définition du sida maladie.

**Tableau XIII:** Répartition des élèves enquêtés en fonction de leur connaissance sur l'existence d'un traitement pour le VIH/sida.

Existence d'un traitement pour le VIH/SIDA	Sexe		Total
	Masculin	Féminin	
<b>Oui</b>	<b>115(75,6%)</b>	<b>92(74,8%)</b>	<b>207(75,3%)</b>
Non	10(6,6%)	11(8,9%)	21(7,6%)
Ne sait pas	27(17,8%)	20(16,3%)	47(17,1%)
<b>Total</b>	<b>152(100%)</b>	<b>123(100%)</b>	<b>275(100%)</b>

Plus de deux- tiers (**75,3%**) des élèves enquêtés connaissent l'existence d'un traitement pour le VIH/sida ; Cette connaissance était la même quel que soit le sexe.

**Tableau XIV:** Répartition des élèves enquêtés en fonction de leur connaissance du but du traitement de l'infection à VIH/sida.

Bute du traitement	Sexe		Total
	Masculin	Féminin	
Guérir le patient	25(21,2%)	18(20,2%)	43(20,8%)
<b>Prolonger sa durée de vie</b>	<b>72(61%)</b>	<b>63(70,8%)</b>	<b>135(65,2%)</b>
Les deux à la fois	14(11,9%)	7(7,9%)	21(10,1%)
Ne sait pas	7(5,9%)	1(1,1%)	8(3,9%)
<b>Total</b>	<b>118(100%)</b>	<b>89(100%)</b>	<b>207(100%)</b>

Plus de **60%** des élèves enquêtés ont évoqué que le but du traitement par antirétroviraux est de prolonger la durée de vie

**TableauXV** : Répartition des élèves enquêtés en fonction de leur connaissance sur les moyens de transmission de l'infection à VIH/sida.

<b>Moyens de transmission</b>	<b>Effectifs (N=275)</b>	<b>%</b>
Le sang	218	79,3
<b>Les rapports sexuels</b>	<b>257</b>	<b>93,5</b>
Les moustiques	45	16,4
La nourriture	61	22,2
Les mains	38	13,8
Objets souillés	216	78,5
Le baiser	115	41,8
La brosse à dent	186	67,6
Le lait maternel	203	73,8

La voie la plus évoquée par nos enquêtés en ce qui concerne la transmission de l'infection à VIH/SIDA a été la voie sexuelle avec **93,5%**

**Tableau XVI:** Répartition des élèves enquêtés en fonction de leur connaissance sur le mode de transmission de l'infection VIH/sida

Modes de transmission	Effectifs	
	(N=275)	%
<b>D'une personne séropositive à une autre</b>	<b>228</b>	<b>82,9</b>
D'une mère séropositive à son enfant	223	81,1
D'une personne malade à une autre	203	73,8

Le mode de transmission le plus évoqué dans notre étude a été la transmission d'une personne séropositive à une autre avec **82,9%** des cas.

**Tableau XVII:** Répartition des élèves enquêtés en fonction de leur connaissance sur les moyens de protection.

Moyens de prévention	Effectifs	
	(N=275)	%
Abstinence	197	71,6
<b>Utilisation du préservatif</b>	<b>214</b>	<b>77,8</b>
Fidélité	184	66,9
Eviter de partager rasoirs/lames	177	64,4
Médicaments	115	41,8

Le préservatif était connu comme moyen de prévention par plus de 8 élèves sur 10, soient **77,8%**.

**Tableau XVIII:**Répartition des élèves enquêtés en fonction de leur connaissance sur le lieu de procurement du préservatif.

Lieu de procurement du préservatif	Sexe		Total
	Masculin	Féminin	
<b>Dans une pharmacie</b>	<b>131(86,2%)</b>	<b>106(86,2%)</b>	<b>237(86,2%)</b>
Dans une parfumerie	2(1,3%)	2(1,6%)	4(1,4%)
Dans une polyclinique	4(2,6%)	5(4,1%)	9(3,3%)
Chez un épicier du coin	15(9,9%)	10(8,1%)	25(9,1%)
<b>Total</b>	<b>152(100,0%)</b>	<b>123(100,0%)</b>	<b>275(100,0%)</b>

Près de 9 élèves sur 10 de nos enquêtés (**86,2%**quelque soit le sexe)savaient qu'il faut se procurer les préservatifs par le biais de la pharmacie.

**Tableau XIX:**Répartition des élèves enquêtés en fonction de leur connaissance sur le nombre de fois qu'on peut utiliser un préservatif.

Nombre d'utilisation d'un préservatif	Sexe		Total
	Masculin	Féminin	
<b>Une fois</b>	<b>145(95,4%)</b>	<b>117(95,1%)</b>	<b>262(95,3%)</b>
Deux fois	0	2(1,6%)	2(0,7%)
Plusieurs fois	7(4,6%)	4(3,3%)	11(4,0%)
<b>Total</b>	<b>152(100,0%)</b>	<b>123(100,0%)</b>	<b>275(100,0%)</b>

**95,3%** de nos enquêtés savaient que le préservatif est à usage unique.

**Tableau XX:** Répartitions des élèves enquêtés ayant connu une personne séropositive.

Connaissance d'une personne séropositive	Sexe		Total
	Masculin	Féminin	
Oui	40(26,3%)	38(30,9%)	78(28,4%)
Non	112(73,7%)	85(69,1%)	197(71,6%)
<b>Total</b>	<b>152(100,0%)</b>	<b>123(100,0%)</b>	<b>275(100,0%)</b>

Notre étude a révélé que **71,6%** de nos enquêtés quelque soit, n'ont jamais connu une personne séropositive.

**Tableau XXI:** Répartition des élèves enquêtés selon leur avis d'héberger un proche ou un parent séropositif dans leur foyer.

Avis sur l'hébergement d'un séropositif	Sexe		Total
	Masculin	Féminin	
<b>Oui</b>	<b>106(69,7%)</b>	<b>94(76,4%)</b>	<b>200(72,7%)</b>
Non	22(14,5%)	17(13,8%)	39(14,2%)
Ne sait pas	24(15,8%)	12(9,8%)	36(13,1%)
<b>Total</b>	<b>152(100,0%)</b>	<b>123(100,0%)</b>	<b>275(100,0%)</b>

**72,7%** de nos enquêtés sont prêts à héberger un proche ou un parent séropositif dans leur foyer.

**Tableau XXII:** Répartitions des élèves enquêtés en fonction de leur connaissance du lieu où se fait le dépistage volontaire et anonyme.

Connaissance d'un endroit de dépistage	Sexe		Total
	Masculin	Féminin	
Oui	127(83,6%)	111(90,2%)	238(86,5%)
Non	25(16,4%)	12(9,8%)	37(13,5%)
Total	152(100,0%)	123(100,0%)	275(100,0%)

La majeure partie, soit **86,5%** de nos enquêtés connaissent un endroit où se faire dépister de façon volontaire et anonyme.

**Tableau XXIII:** Répartition des élèves enquêtés selon le fait d'avoir effectué le test de dépistage du VIH/Sida.

Connaissance de son statut sérologique VIH/SIDA	Sexe		Total
	Masculin	Féminin	
Oui	27(17,8%)	33(26,8%)	60(21,8%)
Non	125(82,2%)	90(73,2%)	215(78,2%)
Total	152(100,0%)	123(100,0%)	275(100,0%)

Seulement 2 élèves sur 10 de nos enquêtés connaissent leur statut sérologique soit **21,8%**.

**Tableau XXIV:** Répartition des sujets ayant effectué le test de dépistage selon leur conseiller.

Conseiller	Sexe		Total
	Masculin	Féminin	
Parents/fiances	3(10,7%)	3(9,4%)	6(10,0%)
Amis	2(7,2%)	1(3,1%)	3(5,0%)
Agent de santé	9(32,1%)	8(25,0%)	17(28,3%)
<b>Moi même</b>	<b>14(50,0%)</b>	<b>20(62,5%)</b>	<b>34(56,7%)</b>
<b>Total</b>	<b>28(100,0%)</b>	<b>32(100,0%)</b>	<b>60(100,0%)</b>

**56,7%** de nos enquêtés qui ont fait le test de dépistage, l'ont fait par une simple volonté sans être conseillé par qui que ce soit.

**Tableau XXV:** Répartition des élèves enquêtés selon le fait d'être prêt à effectuer le test de dépistage du VIH/Sida.

Etre prêt à faire le test de dépistage	Sexe		Total
	Masculin	Féminin	
Oui	58(46,8%)	39(42,9%)	97(45,1%)
<b>Non</b>	<b>63(50,8%)</b>	<b>51(56,0%)</b>	<b>114(53,0%)</b>
Non réponse	3(2,4%)	1(1,1%)	4(1,9%)
<b>Total</b>	<b>124(100,0%)</b>	<b>91(100,0%)</b>	<b>215(100,0%)</b>

Parmi ceux qui ne connaissent pas leur statut sérologique, seulement **45,1%** de nos enquêtés souhaitaient le connaître.

**Tableau XXVI:** Répartition des élèves enquêtés en fonction des motifs du dépistage.

Motifs du dépistage VIH/SIDA	Sexe		Total
	Masculin	Féminin	
<b>Veut connaître son statut sérologique</b>	<b>32(55,1%)</b>	<b>25(64,1%)</b>	<b>57(58,8%)</b>
Pour pouvoir se traiter précocement	4(6,9%)	1(2,6%)	5(5,1%)
Pour éviter de transmettre la maladie à autrui si je suis séropositif	3(5,2%)	0	3(3,1%)
Pour se rassurer	19(32,8%)	13(33,3%)	32(33,0%)
<b>Total</b>	<b>58(100%)</b>	<b>39(100,0%)</b>	<b>97(100,0%)</b>

Connaitre son statut sérologique, pour se rassurer a été le motif le plus évoqué pour effectuer le test de dépistage du VIH/Sida avec **58,8%** des cas.

**Tableau XXVII:** Répartition des élèves enquêtés en fonction des motifs de refus du dépistage du VIH/SIDA.

Motifs de refus	Sexe		Total
	Masculin	Féminin	
Par crainte de connaître son statut séropositif	18(28,6%)	12(23,5%)	30(26,3%)
Par crainte d'être infecté par le test (acte)	6(9,5%)	3(5,9%)	9(7,9%)
<b>N'a pas envie</b>	<b>30(47,6%)</b>	<b>28(54,9%)</b>	<b>58(50,9%)</b>
Pas confiance au test du dépistage	9(14,3%)	8(15,7%)	17(14,9%)
<b>Total</b>	<b>63(100,0%)</b>	<b>51(100,0%)</b>	<b>114(100,0%)</b>

Parmi ceux qui ne voulaient pas réaliser le test, 50,9% de ces enquêtés le refusaient pour simple plaisir de ne pas l'envier.

**Tableau XXVIII:** Répartition des élèves enquêtés selon le fait qu'une personne séropositive doit garder son statut secret.

<b>Garder son statut secret</b>	<b>Sexe</b>		<b>Total</b>
	<b>Masculin</b>	<b>Féminin</b>	
Oui	40(26,3%)	37(30,1%)	77(28,0%)
<b>Non</b>	<b>74(48,7%)</b>	<b>63(51,2%)</b>	<b>137(49,8%)</b>
Ne sait pas	38(25,0%)	23(18,7%)	61(22,2%)
<b>Total</b>	<b>152(100,0%)</b>	<b>123(100,0%)</b>	<b>275(100,0%)</b>

Dans notre étude **49,8%** de nos enquêtés pensaient qu'une personne séropositive ne doit pas garder son statut secret.

**Tableau XXIX :** Répartition des élèves enquêtés en fonction de leur connaissance sur les IST.

<b>Connaissance sur des IST</b>	<b>Sexe</b>		<b>Total</b>
	<b>Masculin</b>	<b>Féminin</b>	
<b>Oui</b>	<b>116(76,3%)</b>	<b>93(75,6%)</b>	<b>209(76,0%)</b>
Non	36(23,7%)	30(24,4%)	66(24,0%)
<b>Total</b>	<b>152(100,0%)</b>	<b>123(100,0%)</b>	<b>275(100,0%)</b>

Plus de 7 élèves sur 10 (**76,0%**) de nos enquêtés connaissent au moins une IST quelque soit le sexe.

**Tableau XXX:** Répartition des élèves enquêtés en fonction de types d'IST cités

Types d'IST cités	Sexe		Total
	Masculin	Féminin	
<b>VIH/SIDA</b>	<b>71(46,7%)</b>	<b>79(64,2%)</b>	<b>150(54,5%)</b>
Champignon	3(2,0%)	3(2,5%)	6(2,2%)
Chlamydia	2(1,3%)	2(1,6%)	4(1,4%)
Gonococcie	13(8,5%)	7(5,7%)	20(7,3%)
Hépatite	1(0,7%)	0	1(0,4%)
Herpes	6(3,9%)	1(0,8%)	7(2,5%)
Syphilis	5(3,3%)	7(5,7%)	12(4,4%)
Trichomonas	1(0,7%)	0	1(0,4%)
Pas de réponse	50(32,9%)	24(19,5%)	74(26,9%)
<b>Total</b>	<b>152(100,0%)</b>	<b>123(100,0%)</b>	<b>275(100,0%)</b>

Le sida vient au premier rang parmi les types d'IST cités par les élèves enquêtés avec **54,5%** des cas.

**Tableau XXXI:** Répartition des élèves enquêtés en fonction de leur source d'information.

Source d'information	Sexe		Total
	Masculin	Féminin	
Radio	29(19,1%)	19(15,5%)	48(17,5%)
<b>Télé</b>	<b>86(56,6%)</b>	<b>82(66,7%)</b>	<b>168(61,1%)</b>
Journaux	8(5,2%)	1(0,8%)	9(3,3%)
Affiches	3(2%)	0	3(1,1%)
Ecole	21(13,8%)	19(15,4%)	40(14,5%)
Amis/parents	5(3,3%)	2(1,6%)	7(2,5%)
<b>Total</b>	<b>152(100,0%)</b>	<b>123(100,0%)</b>	<b>275(100,0%)</b>

La source d'information la plus évoquée sur le VIH/Sida a été la télévision dans **61,1%** des cas.

**Tableau XXXII:** Repartitions des élèves enquêtés selon leurs connaissances générales sur le VIH/SIDA en fonction du sexe.

Connaissance générale		Sexe		Total
		Masculins	Féminins	
		%	%	%
Séropositivité	Juste	27	39,8	32,7
	Faux	53,9	51,2	52,7
	Ne sait pas	19,1	9	14,6
	Total	100,0	100,0	100,0
Sida maladie	Juste	69,1	64,2	66,9
	Faux	28,3	31,7	29,8
	Ne sait pas	2,6	4,1	3,3
	Total	100,0	100,0	100,0
Moyens de transmission	Juste	80,3	81,1	80,7
	Faux	19,7	18,9	19,3
	Total	100,0	100,0	100,0
Modes de transmission	Juste	75,8	81,6	78,7
	Faux	24,2	18,4	21,3
	Total	100,0	100,0	100,0
Moyens de prévention	Juste	85,9	88,2	87,1
	Faux	14,1	11,8	12,9
	Total	100,0	100,0	100,0

Les élèves de sexe féminin semblaient avoir une connaissance générale plus meilleure que les élèves de sexe opposé.

**Tableau XXXIII:** Répartition des élèves enquêtés selon leur connaissance générale sur le VIH/SIDA en fonction de l'année d'étude.

Connaissance générale		Année d'étude			Total %
		10 <sup>ème</sup> année %	11 <sup>ème</sup> année %	12 <sup>ème</sup> année %	
Séropositivité	Just	29	30,3	36,3	32,7
	Faux	51,6	57,3	50	52,7
	Ne sait pas	19,4	12,4	13,7	14,6
	Total	100,0	100,0	100,0	100,0
Sida maladie	Juste	61,3	65,2	71	66,9
	Faux	32,3	30,3	28,2	29,8
	Ne sait pas	6,4	4,5	0,8	3,3
	Total	100,0	100,0	100,0	100,0
Agent causal	Juste	75,8	76,4	80,6	78,2
	Faux	19,4	20,2	14,5	17,4
	Ne sait pas	4,8	3,4	4,9	4,4
	Total	100,0	100,0	100,0	100,0
Moyens de transmission	Juste	80,6	81,2	80,3	80,7
	Faux	19,4	18,8	19,7	19,3
	Total	100,0	100,0	100,0	100,0
Moyens de prévention	Juste	85,9	86,8	87,8	87
	Faux	14,1	13,2	12,2	13
	Total	100,0	100,0	100,0	100,0

Les élèves de la 12<sup>ème</sup> année avaient une connaissance générale un peu bien meilleure.

**Tableau XXXIV:**Répartition des élèves enquêtés selon le fait d’avoir eu un rapport sexuel.

Avoir déjà eu un rapport sexuel	Sexe		
	Masculin	Féminin	Total
Oui	100(65,8%)	85(69,1%)	185(67,3%)
Non	52(34,2%)	38(30,9%)	90(32,7%)
<b>Total</b>	<b>152(100,0%)</b>	<b>123(100,0%)</b>	<b>275(100,0%)</b>

Plus de 2/3 de nos enquêtés ont eu à faire le rapport sexuel au moins une fois (67,3% des cas), quelque soit le sexe.

**Tableau XXXV:**Répartition des élèves enquêtés en fonction de l’âge au premier rapport sexuel.

L’âge au premier rapport	Sexe		
	Masculin	Féminin	Total
< 18 ans	80(80,0%)	75(88,2%)	155(83,8%)
>=18 ans	20(20,0%)	10(11,8%)	30(16,2%)
<b>Total</b>	<b>100(100,0%)</b>	<b>85(100,0%)</b>	<b>185(100,0%)</b>

L’âge au premier rapport sexuel dans notre étude était inférieur à 18 ans dans 83,8% des cas.

**Tableau XXXVI:** Répartition des élèves enquêtés en fonction d'utilisation du préservatif lors du premier rapport sexuel.

Utilisation du préservatif lors du 1 <sup>er</sup> rapport sexuel	Sexe		Total
	Masculin	Féminin	
Oui	23(23,0%)	25(29,4%)	48(25,9%)
Non	77(77,0%)	60(70,6%)	137(74,1%)
<b>Total</b>	<b>100(100,0%)</b>	<b>85(100,0%)</b>	<b>185(100,0%)</b>

Dans notre étude, il est ressorti que le premier rapport (ceux qui ont eu à faire le rapport sexuel) n'était protégé que dans un tiers des situations, seulement **25,9%**.

**Tableau XXXVII:**Répartition des élèves enquêtés en fonction des motifs du port du préservatif lors du premier rapport sexuel.

Motif d'utilisation du préservatif au cours du 1 <sup>er</sup> rapport sexuel	Sexe		
	Masculin	Féminin	Total
<b>Eviter IST/Sida</b>	<b>13(56,5%)</b>	<b>14(56,0%)</b>	<b>27(56,2%)</b>
Eviter grossesse	2(8,7%)	5(20,0%)	7(14,6%)
Eviter à la fois IST/Sida et grossesse	8(34,8%)	6(24,0%)	14(29,2%)
<b>Total</b>	<b>23(100,0%)</b>	<b>25(100,0%)</b>	<b>48(100,0%)</b>

Quelque soit le sexe, vouloir éviter les IST-VIH/Sida a été le motif le plus évoqué du port de condom lors du premier rapport sexuel avec **56,3%** des cas.

**Tableau XXXVIII:** Répartition des élèves enquêtés en fonction des motifs de non d'utilisation du préservatif lors du premier rapport sexuel.

Raison de non utilisation du préservatif au cours du 1 <sup>er</sup> rapport sexuel	Sexe		
	Masculin	Féminin	Total
Ne savait pas l'utiliser	5(6,5%)	8(13,4%)	13(9,5%)
<b>Ne savait pas son utilité</b>	<b>46(59,7%)</b>	<b>26(43,3%)</b>	<b>72(52,5%)</b>
Ne l'aimait pas	22(28,6%)	21(35,0%)	43(31,4%)
Refus du partenaire	4(5,2%)	5(8,3%)	9(6,6%)
<b>Total</b>	<b>77(100,0%)</b>	<b>60(100,0%)</b>	<b>137(100,0%)</b>

Environ **52,5%** de nos enquêtés ne savaient pas l'utilité du préservatif au moment de leur premier rapport sexuel.

**Tableau XXXIX:** Répartition des élèves enquêtés en fonction du nombre de partenaires dans les 12 derniers mois précédents.

Nombre de partenaires dans les 12 derniers mois précédents	Sexe		
	Masculin	Féminin	Total
<b>Un</b>	<b>45(45,0%)</b>	<b>46(54,1%)</b>	<b>91(49,2%)</b>
Deux	11(11,0%)	14(16,5%)	25(13,5%)
Plusieurs	31(31,0%)	16(18,8%)	47(25,4%)
Aucun	13(13,0%)	9(10,6%)	22(11,9%)
<b>Total</b>	<b>100(100,0%)</b>	<b>85(100,0%)</b>	<b>185(100,0%)</b>

La plus part de nos enquêtés (**49,2%**) avaient au moins un partenaire sexuel dans les 12 derniers mois précédant notre enquête.

**Tableau XL:** Répartition des élèves enquêtés en fonction des types du rapport sexuel.

Type de rapport sexuel	Sexe		Total
	Masculin	Féminin	
Anal	12(12,0%)	14(16,5%)	26(14,1%)
<b>Vaginal</b>	<b>82(82,0%)</b>	<b>67(78,8%)</b>	<b>149(80,5%)</b>
Buccal	6(6,0%)	4(4,7%)	10(5,4%)
<b>Total</b>	<b>100(100,0%)</b>	<b>85(100,0%)</b>	<b>185(100,0%)</b>

Les rapports sexuels sont dans plus des deux tiers des cas, de type vaginal (80,5%).

**Tableau XLI:** Répartition des élèves enquêtés en fonction de type de partenaires sexuels (les).

Type de partenaires	Sexe		Total
	Masculin	Féminin	
<b>Partenaires fideles</b>	<b>72(72,0%)</b>	<b>70(82,3%)</b>	<b>142(76,7%)</b>
Des professionnels (les) du sexe	8(8,0%)	6(7,1%)	14(7,6%)
Les deux	20(20,0%)	9(10,6%)	29(15,7%)
<b>Total</b>	<b>100(100,0%)</b>	<b>85(100,0%)</b>	<b>185(100,0%)</b>

Environ 76,7% de nos enquêtés qui ont eu à faire de rapport sexuel, pratiquaient des relations avec des partenaires fideles.

**Tableau XLII:** Répartition des élèves enquêtés en fonction d'utilisation du préservatif avec les professionnels(les) du sexe.

Utilisation du préservatif avec les professionnels(les) du sexe	Sexe		
	Masculin	Féminin	Total
<b>Oui</b>	<b>28(100,0%)</b>	<b>15(100,0%)</b>	<b>43(100,0%)</b>
Non	0	0	0
<b>Total</b>	<b>28(100,0%)</b>	<b>15(100,0%)</b>	<b>43(100,0%)</b>

Notre étude a montré que le port du préservatif par nos enquêtés étaient systématique avec les professionnels(les) du sexe.

**Tableau XLIII :** Répartition des élèves enquêtés en fonction des pratiques homosexuels.

Rapport homosexuel	Sexe		
	Masculin	Féminin	Total
Oui	2(1,3%)	10(8,1%)	12(4,4%)
<b>Non</b>	<b>150(98,7%)</b>	<b>113(91,9%)</b>	<b>263(95,6%)</b>
<b>Total</b>	<b>152(100,0%)</b>	<b>123(100,0%)</b>	<b>275(100,0%)</b>

L'homosexualité est perçue chez **4,4%** de nos enquêtés.

**Tableau XLIV:**Répartition des élèves enquêtés en fonction d'utilisation du préservatif lors des rapports homosexuels.

Utilisation du préservatif lors des rapports homosexuels	Sexe		
	Masculin	Féminin	Total
Oui	0	1(10,0%)	1(8,3%)
Non	2(100,0%)	9(90,0%)	11(91,7%)
<b>Total</b>	<b>2(100,0%)</b>	<b>10(100,0%)</b>	<b>12(100,0%)</b>

Il ressort dans notre étude que les élèves qui font cette pratique sexuelle se protègent très rarement,soit **8,3%** dans notre cas sans différence significative entre les deux sexes.

**Tableau XLV:**Répartition des élèves enquêtés en fonction d'utilisation du préservatif lors du dernier rapport sexuel.

Utilisation du préservatif au cours du dernier rapport sexuel	Sexe		
	Masculin	Féminin	Total
Oui	38(38,0%)	24(28,2%)	62(33,5%)
Non	62(62,0%)	61(71,8%)	123(66,5%)
<b>Total</b>	<b>100(100,0%)</b>	<b>85(100,0%)</b>	<b>185(100,0%)</b>

Plus de **60%**de nos enquêtés,soit **(66,5%)** déclarent ne pas utiliser du préservatif lors du dernier rapport sexuel.

**Tableau XLVI:** Répartition des élèves enquêtés en fonction de la consommation de drogues.

Consommation de drogues	Sexe		Total
	Masculin	Féminin	
Oui	8(5,3%)	1(0,8%)	9(3,3%)
Non	144(94,7%)	122(99,2%)	266(96,7%)
<b>Total</b>	<b>152(100,0%)</b>	<b>123</b>	<b>275(100,0%)</b>

La consommation de drogues a été retrouvée dans **3,3%** des cas chez nos enquêtés.

**Tableau XLVII:** Répartition des élèves enquêtés en fonction de type de drogues consommée.

Type de drogue consommée	Sexes		Total
	Masculin	Féminin	
Produit fumé	8(100,0%)	1(100,0%)	9(100,0%)
<b>Total</b>	<b>8(100,0%)</b>	<b>1(100,0%)</b>	<b>9(100,0%)</b>

Tous nos enquêtés déclarant consommé de drogues, utilisaient tous des drogues de type en produit fumé.

**Tableau XLVIII** : Répartition des élèves enquêtés en fonction leur réaction devant un(e) ami(e) séropositif (ve).

Les réactions devant ami(e) séropositif (ve)	Sexes		Total
	Masculin	Féminin	
Le(a) quitter	20(13,2%)	14(11,4%)	34(12,4%)
<b>Rester auprès de lui (d'elle) pour la rassurer afin de reprendre confiance en lui (elle)</b>	<b>73(48,0%)</b>	<b>63(51,2%)</b>	<b>136(49,5%)</b>
L'aider dans les démarches de soins et de prise en charge	55(36,2%)	43(35%)	98(35,6%)
Le(a) condamner pour avoir commis des erreurs	4(2,6%)	3(2,4%)	7(2,5%)
<b>Total</b>	<b>152(100,0%)</b>	<b>123(100,0%)</b>	<b>275(100,0%)</b>

**49,5%** de nos enquêtés préfèrent rester auprès de lui (d'elle) pour la rassurer afin de reprendre confiance en lui (elle).

## **B. ANALYSE QUALITATIVE :**

Notre analyse qualitative a porté sur huit (08) entretiens individuels approfondis (EIA), et quatre (04) groupes de discussions de huit (08) participants au minimum par groupe.

Tous les EIA et les groupes de discussions ce sont déroulés au sein de l'établissement lycée FilyDabo Sissoko de Djélibougou.

La population cible était tous les élèves âgés de 15 à 24 ans inscrits au titre de l'année académique 2014-2015 au dit lycée, ayant accepté de participer à notre étude.

### **I - Entretien individuel approfondi**

#### **a- Connaissances et perceptions sur le VIH/SIDA :**

Par rapport aux connaissances et perceptions sur le VIH/SIDA, pratiquement tous nos interlocuteurs savaient qu'est ce que le VIH/SIDA, quels sont les moyens de transmission et de prévention, et croient à son existence même s'ils n'ont jamais vu de leurs yeux une personne vivant avec cette maladie comme soulignent ces propos :

**O.T :** âgé de 19 ans « Moi, j'ai connu le sida grâce aux medias ; Le sida est une maladie incurable, très dangereuse, et qui reste très dangereuse jusqu' à présent ; C'est une maladie causée par un virus qui se transmet le plus souvent par les rapports sexuels ; ça peut se transmettre aussi par les objets souillés ; Selon moi, les moyens de préventions sont très simples et applicables, à savoir protéger ses rapports sexuels avec le préservatif ; Bien vrai que je n' ai jamais vu une personne qui vit avec le sida, je crois à son existence parce que je crois aux médias, aux chercheurs savants et autres ».

Cependant, une minorité prétend que le VIH/SIDA n'existe pas comme certifiant les propos de :

**K.D** : âgée de 20 ans « Je ne crois pas à cette maladie malgré les informations sur cette maladie, ce sont d'autres maladies, quand elles se compliquent au sein de l'organisme humain, elles deviennent incurables et en ce moment la personne sera décalée séropositive ; Je crois ça pourquoi, parce que j'ai vu moi-même une personne qui a eu à faire à peu près quatre(04) tests contradictoire, et qui a été soignée par d' autre médecin ; Et j' ai encore entendu parler les cas de ce genre ; Finalement moi-même je suis confuse »

### **b- Pratiques comportementales**

En ce qui concerne les questions liées aux pratiques comportementales, tous nos interlocuteurs du côté des garçons préféraient les rapports non protégés, et le multi partenariat sexuel contrairement aux filles, qui préféraient la fidélité comme l'indiquent ces propos :

**Z.D** : âgé de 17 ans « Bon, personnellement mes préférences sexuels, je ne dirais pas trop simples, mais pas trop exagérées, j'aime les rapports non protégés parce que j'aime chaire contre chaire, selon moi d' ailleurs il n'y à pas plus doux que chaire, là tu sens la satisfaction totale ; Je préfère aussi le multi partenariat sexuel (2-3 comme ça) là c'est d' ailleurs très bon, vu le comportement des jeunes filles d'aujourd'hui »

**M.F** : âgée de 17 ans « Je préfère les rapports protégés et ou la fidélité ; je déteste le multi partenariat sexuel parce que ça expose à beaucoup de maladies qui sont même souvent plus graves que le sida ».

### **c- Attitudes**

En matière de prévention contre le VIH/SIDA, la plus part de nos interlocuteurs ont montré qu'ils utilisent le préservatif comme le principal moyen de prévenir le VIH/SIDA et d'autres infections sexuellement transmissibles comme l'indiquent ces propos :

**M.C** : âgé de 19 ans « En vérité je n'aime pas les rapports protégés, mais je me protège parce que j'ai peur des maladies, sinon ce n'est pas mon plaisir ».

**M..F** : âgée de 17 ans « J'utilise le préservatif parce que j'ai confiance en ça pour éviter les infections sexuellement transmissibles ».

La fidélité étant évoquée par une minorité :

**K.D** : âgée 20 ans « Je pratique la fidélité et j'évite les autres hommes ».

## **II- Groupes de discussion (focus group)**

### **a- connaissances et perceptions sur le VIH/SIDA**

Presque tous les participants de nos différents groupes de discussions avaient un minimum de connaissances sur le VIH/SIDA, y compris sa définition, les moyens de transmissions et de préventions comme illustrer par leurs propos :

**F.GII : P5** « Le sida est une maladie transmissible par le sang, par exemple les rapports sexuels non protégés, et les objets souillés ;

**F.GIV : P3** « On se protège contre le sida en utilisant de condom à chaque rapport sexuel, ou bien on reste fidele »

La définition de la notion de séropositivité n'était connue que par une proportion minoritaire parmi nos interlocuteurs :

**F.GIII : P6** « Une personne séropositive est une personne qui a fait le test et le test montre qu'elle a le virus et qui se porte bien ».

La croyance à son existence a été approuvée par beaucoup de nos participants, comme apparaît clairement dans ces propos :

**F.GIV : P1** « Le SIDA est une maladie qui existe très bien, ç' a été démontré par les grands Lobo du monde ».

**F.GII : P3** « Le SIDA, j'y crois parce que je sais que tous ces chercheurs ne vont pas tous mentir sur une seule chose comme le SIDA pour gagner de l'argent ».

Cependant une proportion non négligeable de nos participants a affirmé leur non croyance à l'existence du VIH/SIDA, sous prétexte qu'ils n'ont jamais vu une personne séropositive.

**F.GII : P3** « Bien que je vois chaque jour aux médias des publicités sur le VIH, personnellement je ne crois pas à l'existence du SIDA, parce que je n'ai jamais vu quelqu' un qui vit avec cette maladie ».

**F.GI : P1** « Je sais pas même qu'il y a d'autres maladie sexuellement transmissibles, mais pour le cas du SIDA je ne le crois ».

### **b- Pratiques comportementales**

Une proportion non négligeable de nos sujets enquêtés dans nos focus group a une bonne perception sur les facteurs de risques face au VIH/SISA comme illustrent ces propos de :

**F.GI : P5** « Moi, ma perception sur les risques est qu'on donne trop de confiances à son partenaire ce qui est très risqué, on doit se protéger quelque soit l'occasion ; Les conditions familiales sont aussi un facteur essentiel, par exemple dans une famille pauvre, les jeunes filles de cette famille peuvent se livrer à la prostitution, qui est un moyen de propagation du VIH/SIDA »

**F.GIII : P8** « L'infidélité cas même est un véritable facteur de risque comme on nous dit chaque fois, tu peux à tout moment te faire contaminer par beaucoup de maladies sexuellement transmissible comme le VIH/SIDA »

### **c- Connaissances et accessibilité aux services de prévention et IEC**

La majorité des participants de nos différents focus groupes étaient sous informés en matière des services de prévention, la prise en charge des personnes infectées par le VIH/SIDA, comme montent ces propos de :

**F.GI : P5** « Moi j'en connais mal parce que je ne suis pas trop informé sur ça ».

**F.GIV : P2** « Moi cas même je ne m'intéresse pas beaucoup à ces trucs ».

Hormis une minorité qui a une bonne connaissance sur ces centres comme dit ce participant :

**F.GIII : P2** « Moi je connais un endroit qui s'appelle centre l'éveil, là on fait les dépistages et les prises en charges aussi ».

En ce qui concerne les sources d'information, éducation, et communication, un nombre énorme des participants de nos différents focus groupes cite la télé et la radio comme leurs principales sources d'information comme montrent ces propos de :

**F.GII : P2** « j'ai connu le VIH/SIDA à travers la télé, radio, et aussi à travers les sensibilisations faites à l'école ».

**F.GIV : P7** « j'ai été informé à travers la télé, la radio et certains livres aussi ».

Par ailleurs il ressort dans les propos d'une de nos participants d'autre source bien plus éducationnelle à savoir :

**F.GIII : P5** « En plus de la radio et autres, ma mère m’informe et m’éduque aussi en ce qui concerne les maladies sexuellement transmissibles, depuis que j’ai commencé à fréquenter les garçons ».

**d- Perceptions sur les personnes infectées par le VIH/SIDA**

Un bon nombre de nos participants admet que les personnes infectées par le VIH/SIDA sont totalement stigmatisées dans presque toute notre société, alors que nous devons toujours être là pour les accompagner, comme affirment ces propos de :

**F.GI : P4** « effectivement je trouve que les personnes infectées par le VIH/SIDA sont marginalisées dans notre société, et ces personnes se délaissent elles même. Je pense que nous devons être compréhensibles avec ces gens là ».

**F.GIII : P5** « les séropositifs sont complètement rejetés, sauf celui qui cache son statut. On doit être attentif et compréhensible avec eux pour qu’ils puissent vivre en paix avec cette maladie ».

# COMMENTAIRES ET DISCUSSION

### **5.1- Difficultés rencontrées :**

Notre grande difficulté a été que, la période d'enquête de notre étude s'est coïncidée avec les évaluations du 3<sup>ème</sup> trimestre des classes de 12<sup>e</sup> année. Ce qui nous a poussé de prendre d'avantage un maximum de temps avec ces élèves, pour leur expliquer l'importance de notre étude.

Certains de nos participants (répondants), lors de nos entretiens étaient influencés, dû peut être à la présence directe de l'investigateur, qui pourrait augmenter le risque de biais de réponses des élèves. Et un entretien a été fait dans le but de mettre à l'aise les élèves et minimiser les biais de réponses.

### **5.2. Méthodologie :**

Notre étude a été réalisée au lycée Fily Dabo SISSOKO de Djélibougou, un établissement scolaire de la ville de Bamako ; C'est un établissement constitué de filles et de garçons ; Reconnu d'une part pour la qualité de l'enseignement et d'autre, par sa capacité d'accueil.

L'étude s'est déroulée du 05 Mai au 05 juin 2015. Nous avons mené une étude transversale, descriptive auprès des élèves du dit lycée. Nous avons utilisé la méthode d'échantillonnage probabiliste. La taille de l'échantillon a été calculée selon la formule de SCHWARTZ  $[n = \frac{\epsilon^2 (p.q)}{i^2}]$  [20], en supposant que la proportion P (chez les garçons) d'élèves ayant une connaissance des IST/SIDA à 96,4% et 82,5% chez les filles, et en estimant la précision à 5%, nous avons obtenu une taille N=275 élèves.

Nous avons fait un tirage aléatoire simple dans la cour de l'école jusqu'à l'obtention de l'échantillon prévu. Ont été incluses dans notre étude, les élèves réguliers dont l'âge est compris entre 15 et 24 ans, inscrits pour l'année scolaire 2014-2015 et ayant accepté de participer à l'enquête. La collecte des données a été faite avec le guide d'entretiens.

Les données ont été saisies sur le logiciel Microsoft Word 2007 et analysées par IBM SPSS statistics 19.

Par rapport aux considérations éthiques, l'objectif de l'étude a été clairement expliqué aux élèves, nous avons obtenu leur consentement verbal, tout en respectant leur dignité et confidentialité.

### **5.3- Caractères sociodémographiques des enquêtés :**

#### **a- Ages, Sexes et Statut Matrimonial :**

La tranche d'âge la plus représentée dans notre étude se situait dans la fourchette des quinze à dix-neuf ans (15-19 ans). En termes de pourcentage, nous avons obtenu 73,5% des sujets. Ceci pourrait s'expliquer par le fait qu'ils ont de bon niveau, donc arrivaient plus tôt au lycée.

Le sexe masculin a été majoritairement représenté dans notre étude avec 55,3% contre 44,7% pour le sexe féminin. Ces résultats sont comparables à ceux trouvés par **Coulibaly M**, qui a trouvé respectivement 55,8% contre 44,2%[21].

Ces résultats pourraient s'expliquer par la disponibilité des garçons au moment de notre étude, ou dû à un taux faible de scolarisation des filles par rapport aux garçons.

Nos enquêtés étaient en majorité célibataires (93,1%) ;

#### **b. Niveau d'instruction :**

Les élèves de la 12ème année (toute série confondue) ont été majoritaire dans notre étude avec **45,1%** des enquêtés. Ce qui était évident, vu la période de notre enquête qui s'est coïncidée avec les évaluations de leur 3<sup>ème</sup> trimestre.

#### **5.4- Connaissances en matière des IST et VIH/SIDA :**

Plus de deux tiers, soit 76% des élèves connaissaient les IST ; Et parmi ces IST connues, le sida reste de loin le plus fréquemment cité (**54,5%**), suivi de la gonococcie(**7,3%**) puis de la syphilis(**4,4%**). Cela pourrait s'expliquer par la surmédiatisation de la pandémie du VIH/SIDA lors des multiples campagnes de sensibilisation par les différentes sources d'information comme la télévision et la radio qui ont été les plus évoquées par nos enquêtés soit respectivement **61,1%** et **17,5%** des cas.

La gravité de l'infection à VIH/SIDA était connue dans plus de 80% des cas (80,4% tous sexes confondus), comme soulignent ces propos de nos différents interlocuteurs :

**F.GI :P5** « Moi j'ai entendu parler le sida, le sida est une maladie grave qui attaque les globules blancs du sang ».

**O.T** : âgé de 19 ans « Le sida est une maladie incurable et très dangereuse ».

La majorité (78,2%) de nos enquêtés savaient que l'agent causal du sida est un virus, comme illustrent ces propos évoqués dans nos différents entretiens :

**F.G :P6** « Le sida est une maladie causée par un virus qui favorise le développement de toute autre maladie qui atteint l'organisme ».

**M.F** : âgée de 17 ans « Le sida est maladie transmissible causée par un virus qui est invisible ».

La notion de la séropositivité était mal connue par les élèves enquêtés avec (52,7%) de fausse réponse. Les élèves de sexe féminin métrisaient mieux cette définition que ceux de sexe opposé avec **39,8%** contre **27%** chez les garçons. Ces résultats sont contraires aux résultats trouvés lors de nos différents entretiens réalisés, où plusieurs participants ont pu donner une définition adaptée à cette notion.

Le sida maladie est mieux connu par les élèves enquêtés soit 66,9% de bonnes réponses, La maîtrise de cette définition étant un peu plus marquée chez les garçons que chez les filles, soit **69,1%** contre **64,2%**. Ces résultats montrent que nos enquêtés s'intéressent pas mal aux questions sur le VIH/SIDA.

Plus de deux- tiers (75,3%) des élèves enquêtés connaissaient l'existence d'un traitement pour le VIH/SIDA, et 65,2% d'entre eux pensaient que le but du traitement est de prolonger la durée de vie ; cette connaissance est la même quelque soit le sexe. Ces résultats sont similaires aux ceux trouvés par **SANGHO H** et **SIDIBE A** (les lycéennes face aux IST et VIH/SIDA en 2012) avec 82,4% des cas qui connaissaient qu'il existe un traitement au VIH/SIDA[22].

Nos enquêtés connaissaient très largement les modes de transmission qui présentent un risque certain de contamination par les IST et VIH/SIDA. Environ 9 élèves sur 10 pensent que la transmission de l'infection à VIH/SIDA se fait par les voies sexuelles soit 93,5% des cas ; 79,3% citent la voie sanguine. Ensuite viennent les objets souillés et le lait maternel avec respectivement 78,5% et 73,8% des cas. Des modes de transmission qui n'ont aucune logique avec le sida ont été également cités: le baiser (41,8%), la nourriture (22,2%), et les moustiques (16,4%), les mains (13,8%). Bien que le sida soit considéré comme une maladie sexuellement transmissible, comme beaucoup de nos interlocuteurs le signalent ; **6,5%** de nos enquêtés n'évoquent pas ce mode de transmission. Le préservatif a été reconnu comme moyen de prévention par la majorité de nos enquêtés avec 77,8% des cas, suivi de l'abstinence citée par 71, 6% des élèves et la fidélité avec 66,9%, illustré dans les propos de nos différents interlocuteurs au cours des entretiens réalisés.

Cela pourrait s'expliquer par la disponibilité des préservatifs dans les pharmacies, les boutiques ou alimentations et les centres de santé, qui ont par

ailleurs été cités comme des endroits où se procurer du préservatif par nos enquêtés.

Nos proportions ne sont pas semblables à celles trouvées par **COULIBALY M** chez qui l'abstinence a été la plus évoquée avec 87,8%, suivi du port du condom 76,6% et la fidélité 73,6%**[21]**.

Globalement, le sexe n'influençait pas sur la connaissance des modes de transmission. Cependant, un lien est retrouvé entre le sexe et la connaissance des modes de transmission ainsi que sur les moyens de prévention. ; C'étaient les élèves de sexe féminin qui maîtrisaient mieux ces connaissances. Ce qui pourrait être dû au fait que nos enquêtées (les élèves de sexe féminin) sont très précoces dans leurs pratiques sexuelles donc s'intéressent mieux et plus vite aux questions de sexe, comme illustre ce propos :

**F.GIII : P5** « En plus de la radio et autres, ma mère m'informe et m'éduque aussi en ce qui concerne les maladies sexuellement transmissibles, depuis que j'ai commencé à fréquenter les garçons ».

Ces résultats ne sont pas tout à fait similaires à ceux trouvés par **EDS V**, qui atteste une meilleure connaissance des hommes soit 96% contre 83% chez les femmes, sur le VIH/SIDA.

Aucune différence n'est retrouvée entre le niveau d'instruction et la connaissance générale de nos enquêtées sur les moyens de transmission et de prévention du VIH/SIDA. Ce qui pourrait être expliqué que nos enquêtés avaient une source principale autre que l'école pour leurs informations sur les IST et VIH/SIDA comme la télé, citée par la plupart de nos enquêtés.

Seulement un élève sur cinq (21,8%) de nos enquêtés avait fait le test du dépistage. Parmi ceux qui ne l'ont pas fait, seuls 45,1% souhaitaient le faire, pour connaître leur statut sérologique, pour se rassurer. Et 50,9% de ceux qui n'étaient pas disponibles à le faire ont évoqué un simple non envie de le faire, et 26,3% le refusaient par crainte de connaître leur statut au cas s'il serait séropositif.

Ces taux élevés de refus pourraient être dus en grande partie à la méconnaissance du processus de test et à la non sensibilisation de ces jeunes gens, bien que 86,5% de nos enquêtés affirment avoir connaître un endroit où se fait le dépistage volontaire et anonyme. La description du processus de test pourrait améliorer l'acceptabilité et la démystification de celui-ci.

### **5.5. Attitudes et pratiques comportementales :**

Dans notre étude, une grande proportion de nos sujets enquêtés (72,7%) était consentant d'héberger un proche ou un parent séropositif dans leur foyer, de l'aider dans les démarches de soins et de prise en charge.

Dans l'ensemble, nos enquêtés étaient plus nombreux à avoir déjà eu de rapport sexuel soit 67,3% des cas. Dans tous les cas, les élèves de sexe féminin étaient plus nombreux à avoir des relations sexuelles quelque soit le niveau d'étude, avec 69,1% contre 65,8% chez les élèves de sexe masculin.

L'âge au premier rapport sexuel était majoritairement inférieur à 18 ans, soit 83,8%; les élèves de sexe féminin semblaient être plus précoces dans leurs pratiques sexuelles que ceux de sexe opposé. Quelque soit le sexe, ce premier rapport sexuel n'était protégé que dans 25,9% des situations. Ces résultats ont été illustrés par les propos de beaucoup de nos interlocuteurs.

Ces proportions sont similaires à celles de **SANGHO H** et **SIDIBE A** qui ont trouvé chez les élèves de Bamako : 63,4% des élèves sexuellement actifs, l'âge

au premier rapport compris entre 14 et 16 ans, et ce premier rapport était non protégé dans 69% des cas.

Selon nos enquêtés, la raison de non utilisation du préservatif au cours du premier rapport sexuel était essentiellement due au fait qu'ils ne savaient pas son utilité.

Et la précocité trouvée dans notre étude pourrait s'expliquer par les facteurs environnementaux (l'éducation familiale, les amis, médias et autres).

Les pratiques sexuelles à risque de l'ordre de 38,9%% et 11,7% en matière de multi partenariat et le type de partenaire étaient plus importantes chez les élèves de sexe masculin soit respectivement 44% et 28% des cas, mais qui se protègent mieux que les élèves de sexe féminin ; Et ces résultats sont tout à fait le contraire de ceux évoqués par beaucoup de nos interlocutrices en ce qui concerne leurs préférences en matière de leurs pratiques comportementales sexuelles.

Et cette pratique à risque (rapports non protégés) par les élèves de sexe féminin pourrait s'expliquer que la plus part d'entre elles pratiquaient la fidélité avec des connaissances, ou par leur statut matrimonial (Mariée).

Le multi partenariat sexuel accroît le risque d'infection par les IST, en particulier le risque de contracter le VIH/SIDA. Ce risque est d'autant plus important quand l'utilisation de condom comme moyen de prévention est faible.

Dans leurs pratiques sexuelles, près de deux tiers des relations sont de type vaginal (80,5%).

La proportion d'élèves ayant eu des rapports homosexuels est de 4,4% des cas. Au cours de ces pratiques, seulement 16,7% des élèves ont déclaré avoir utilisé des préservatifs.

En effet, bien que la majorité de nos enquêtés ait cité le préservatif comme moyen de prévention, son utilisation n'était pas systématique lors de leurs pratiques sexuelles.

Enfin, l'usage de drogues concernait 0,3 élèves sur 10 (3,3%) plus particulièrement de sexe masculin (100%). Parmi eux, personne ne consommait de la drogue injectable, ils consommaient tous de la drogue à produit fumé. Un comportement qui méritait d'être surveillé de près au niveau de ces consommateurs de drogues, afin d'éviter dans les jours à venir la consommation des drogues injectables qui pourrait être un comportement à haut risque au sein de ce groupe.

# **CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS**

## **6-1. CONCLUSION :**

Il s'agissait d'une étude prospective faite sur les élèves du lycée FilyDabo Sissoko de Djélibougou 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 de ces élèves en matière de VIH/SIDA et IST.

A la lumière de ces résultats de notre étude, nous pouvons tirer les conclusions suivantes :

Bien qu'on ait retrouvé des proportions élevées dans les connaissances des élèves du lycée Fily Dabo SISSOKO sur les IST et VIH/SIDA, peu de jeunes maîtrisent à la fois toutes les connaissances en rejetant les fausses idées relatives à la transmission du virus, tel que la transmission par les moustiques, la nourriture, le baiser et les mains.

Malgré ces connaissances, les comportements à haut risque restent élevés au sein de notre population enquêtée, tel que la précocité à la sexualité, les rapports non protégés et occasionnels, le multi partenariat sexuel, qui pourrait s'expliquer par une négligence de ces élèves enquêtés face aux dangers encourus par les IST et VIH/SIDA.

Enfin, nos données relatives à ces jeunes élèves montrent que cette population, dont les conduites révèlent des prises de risque non négligeables doit rester une cible privilégiée.

## **6-2. RECOMMANDATIONS :**

Tous ces paramètres montrent combien il est nécessaire et impératif de soumettre ces différentes recommandations qui s'adressent aux organismes suivants :

### **Au ministère de l'éducation nationale et de l'alphabétisation :**

- Créer des centres d'alphabétisation, d'écoute et d'animation pédagogique en matière de prévention contre les IST et VIH/Sida dans les centres urbains et ruraux au Mali.
- Adopter un plan d'éducation sexuelle à un âge très bas au niveau des écoles avec implication des éducateurs, afin de permettre un développement harmonieux de l'activité sexuelle du jeune adolescent et qui soit en adéquation avec son âge.
- Rendre disponible les centres de conseils et de dépistage volontaire au niveau des écoles.

### **Au ministère de la santé et de l'hygiène publique :**

- Développer une stratégie d'intervention multidisciplinaire (médecins, psychologues, éducateurs, formateurs, sociologues) fondée sur une analyse des comportements afin de mieux cibler les lacunes observées et surtout de convaincre les jeunes à adopter des comportements à moindre risque et en adéquation avec leurs connaissances.
- Former les agents socio-sanitaires dans les outils d'information et de communication en matière de prévention des IST et VIH/Sida à l'endroit de la jeune population.

**Aux personnels sanitaires :**

- Adopter la méthode de l’approche participative et concertée en matière de prévention des IST/VIH-Sida en visant particulièrement les populations jeunes surtout en milieu scolaire.
- Multiplier les séances d’IEC, en favorisant le travail de proximité.

**Au lycée Fily Dabo Sissoko :**

- Créer au sein du dit lycée un centre d’éducation et de formation sur les IST et le sida ;
- Encourager le dépistage au sein du dit lycée ;
- Faire des sensibilisations par des projections de films, des affichages ainsi que des journées organisées pour la lutte contre le VIH/SIDA ;

**Aux élèves du lycée Fily Dabo Sissoko**

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

Enfin, toutes ces recommandations doivent être suivies par des évaluations régulières, en multipliant les enquêtes comportementales et en les élargissant à plusieurs groupes de populations par le ministère de la santé.

## **VII. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES:**

- 1- PIERRE H.L'**épidémie du VIH/SIDA et sa situation dans un pays en voie de développement : le Bénin [Thèse : Pharm]. Nantes : Université de Nantes ; 2006
- 2- ONUSIDA.** Rapport mondial :Rapport ONUSIDA sur l'épidémie mondiale de sida. Genève : 2008.
- 3- HCDH-ONUSIDA.** Le VIH/SIDA et les droits de l'homme- Directives internationales. Directives révisées. Accès à la prévention, aux soins et à l'appui. Nations Unies New York et Genève 2003.
  
- 4- Dr Toudef. F.** Etude sur les connaissances, attitudes et comportements des jeunes universitaires en matière de l'infection à VIH/SIDA :Evaluation des actions de proximité. Alger :AIDS-Algérie ;2010
  
- 5- UNICEF, ONUSIDA, OMS.** Les jeunes et le VIH/SIDA une solution à la crise. 2002.
  
- 6- Connaissance du VIH/SIDA.** In : Rapport préliminaire de l'enquête démographique et santé du Mali. 5<sup>ème</sup> édition ; 2013. p. 33-36.
  
- 7- OMS :** Organisation Mondiale de la Santé. Principaux repères sur le VIH/SIDA. Aide-mémoire N°360. 2015. [En ligne]. [http:// www.who.int/..fr/](http://www.who.int/..fr/). Consulté le 03-08-2015.
  
- 8- Dictionnaire TLF**I : Trésor de la langue française internationale.
  
- 9-APERÇU HISTORIQUE DE L'INFECTION A VIH/SDA.** [En ligne]. Consulté le 09-07-2015. Disponible sur <http://www.wikipedia.com>, visité le 17-02-2015
  
- 10- ONUSIDA .**Rapport mondial :Rapport ONUSIDA sur l'épidémie mondiale de sida. 2013 :274 p.

- 11- Mali-Mois de la lutte contre le VIH/SIDA.** {En ligne}. Edition 2014. Consulté le 22-03-2015. Disponible sur <http://www.maliactu.net/Mali/Société>, visité le 03- 06- 2015
- 12- Faculté de médecine Pierre & Marie Curie.** Structure-Rétrovirus humains. [En ligne].2007. [Consulté le 09-04-2015]. Disponible : <http://www.chups.jussieu.fr/polyps/viro/pol...>
- 13- Fleury Hervé J A.** Virologie humaine, 5<sup>ème</sup> édition. Paris : Masson ; 2009
- 14-International Pharmaceutical Fédération** « groupe de travail FIP/OMS » Rôles du pharmacien dans la prévention de la transmission du VIH/SIDA. 2004.
- 15- Sida info-8999.** Comment se transmet le VIH. [En ligne]. 2014. [consulté le 02 avril 2015]. Disponible : [http://www.pils.mu/VIH\\_SIDA](http://www.pils.mu/VIH_SIDA)
- 16- HAIDARA M I.** Connaissances et attitudes des clients masculins des coiffeurs de la ville de Bamako face au VIH/SIDA. [Thèse : Med]. Bamako : Université de Bamako ; 2008.
- 17- TCHOUZOU H T.**Evaluation des connaissances, comportements et attitudes à risque de l'infection à VIH/SIDA dans la population carcérale de la maison d'arrêt de Bamako. [Thèse: Med]. Bamako: Université de Bamako; 2008.
- 18- CDC: Centers for Disease Control and Prevention.** Revised Classification System for HIV Infection and Expanded Surveillance Case Definition for AIDS among Adolescents and Adults; 1993.
- 19- Dr Toudeft.F.** Etude sur les connaissances, attitudes et comportements des jeunes universitaires en matière de l'infection à VIH/SIDA : Evaluation des actions de proximité. Alger :AIDS-Algérie ;2010.
- 20- Ancelle T.** Statistique en épidémiologie. Paris. Maloine ; 2002.

**21- Coulibaly M.** Connaissances, Attitudes et Pratiques comportementales des jeunes de 15 à 24 ans face au VIH/Sida dans la commune rurale de Sangarébou. [Thèse: Med]. Bamako: Université de Bamako; 2012.

**22- Sangho A, Sidibé Keïta A, Kondé A, Coulibaly C, Dembélé Keïta H, Traoré Guindo M, Touré K.** Connaissances Attitudes et pratiques sur les IST et VIH/SIDA chez les lycéennes à Bamako. 2010.

# ANNEXE

## **FICHE SIGNALÉTIQUE**

**Nom :** Coulibaly

**Prénom :** Mahamadou

**Titre de la thèse :** connaissances, attitudes et pratiques comportementales des élèves du lycée Fily Dabo Sissoko de Djélibougou face aux IST et VIH/SIDA

**Année académique :** 2014-2015

**Nationalité :** Malienne

**Ville de Soutenance :** Bamako

**Lieu de dépôt :** Bibliothèque de la FMOS/FAPH

**Secteur d'intérêt :** Santé publique

### **Résumé :**

Le VIH/SIDA est la crise sanitaire la plus grave à laquelle le monde est aujourd'hui confronté. En 2 décennies, la pandémie a provoqué près de 30 millions de décès, particulièrement dans les pays en voie de développement qui abritent 95% des personnes vivant avec le VIH.

Au Mali, la prévalence de l'infection à VIH/SIDA au sein de la population générale est estimée à 1,1%, soit 0,3% de la population jeune de 15 à 24 ans.

L'objectif général de cette étude était d'étudier les connaissances, les attitudes et les pratiques comportementales des élèves face aux IST et VIH/SIDA au lycée Fily Dabo Sissoko .

Il s'agissait d'une étude transversale, descriptive qui s'est déroulée du 05 mai au 05 juin 2015. Nous avons utilisé la méthode d'échantillonnage probabiliste, qui nous a permis d'obtenir une taille de 275 élèves.

Les principaux types d'IST cités par nos enquêtés ont été le VIH/SIDA, la gonococcie, la syphilis, et l'herpes. Les principales voies de transmission du Sida citées ont été les rapports sexuels, la transfusion sanguine, et les objets souillés. L'utilisation de préservatif a été le moyen de prévention le plus souvent cité, suivi de l'abstinence et de la fidélité. La majorité de nos enquêtés avaient déjà eu un rapport sexuel, et ces rapports sexuels n'étaient généralement protégés. Par ailleurs, d'autres pratiques comportementales à risques ont été retrouvées au sein de nos enquêtés à savoir la précocité des rapports sexuels, l'homosexualité, la fréquentation des professionnels(lles) du sexe, et la consommation des drogues.

Notre étude a montré que, malgré les pourcentages élevés dans les connaissances des jeunes élèves sur les moyens de transmission et de prévention du VIH/SIDA, les prises de risques étaient importantes au sein de notre population étudiée.

La prise en compte des résultats et recommandations de cette étude pourrait contribuer efficacement dans la lutte contre le VIH/Sida.

**Mots clés** : Elève, IST-VIH/SIDA, Connaissance, Attitude, Pratique comportementale, Lycée Fily Dabo Sissoko (commune I-Bamako-Mali).

## Bugunnatigεεβεν

**Jamu** : Kulubali

**Togo** : Mahamadu

**Baara** : Jelibugu lise FiliDabokalendenw ka donniya, u kwale ka  
ɲesinkulusilagosibanawani sida banakise ma.

San 2014-2015

**Jamanadenya** : Maliden

**ɲininikelenɲefoyoro** : Bamako

**Sebenmarayoro** : FMOS/FPH gafemarayoro

**ɲininkelennafa** : Jamakakεneya

**Bakurubajefoli** :

Sida n'a banakisεyefenwyeminnube ka tijenikedijekono bi kosebe.  
San mugankono, sidabanakeramogomiliyon 30 ɲogonsababuye,  
kerenkerenneya la faantajamanawkono, sidabanatokeme o keme, 95%  
beminnukono.

Mali kono, sidabanabemogohakeminkun, kan jateminε don ka se  
keme o kemesigi la, mogo 1,1% ma ; o mogohakeε la,  
sidabanabedenmisenhake min na yekemesigi o kemesigi la, denmisen  
0,3% minnusihaεb'a ta san 15 la ka se san 25 ma.

Nin ɲininibaarakuntilennabadabora ka lise (FDSD) denmisenw ka  
donniya n'u kwalewjateminε ka ɲesinkulisijalalagosibanaani sida banaw  
ma.

Nin nininibaaradaminε na mεkalotile 05 ka ban zuwenkalotileduuru 2015 san, Lise FiliDabola ,an ka nininkaliw sera kalanden 275 ma.

An kakalandenwɲnininkalenwyekulusijalalagosibanasuguyaminnufɔ,oluye, gɔnɔkɔkisi, sifilisi, heripɛsi. Sidabanasɔrɔcogoyaminnufɔra, oluye :

**kafɔɲɔɲɔnyasira, jolisiraaniminennɔɲɔlenw.** Sidabanakunbennina, fugulannafamadonni de fɔra. An ka

kalandenɲnininkalenfanbatunyekaɲɔɲɔnyakε, hali n'a

kerasiɲekelenpewuye, wa u tun ma fεεrefosidabalik'uyεεlakana, k'uyεε

tanga. Ani fana faratikεwaledɔwɔkɔɔsira an ka kalandenɲnininkalenw na i

n'a fɔkafɔɲɔɲɔnyadaminenijooona, gɔrijigeniya, gɛminyasungurubarolataa, dɔrɔguanidɔrɔguta.

An ka nininibaara y'a jirakafɔhali ni kalandenw ka dɔnta ta kabon, sidabanasɔrɔcogo n'a kunbencogo kan.

Ankakalandenɲnininkalenwtunbεfaratikojugu. Ni sinsikeraninɲnininibaarajaabikan, o bε se kakεsababu ye kasidabanakεlekajε.

**Mots clés:** dapεkerεnkerεnnenw:

**Elève:**kalanden,

**IST VIH Sida :** Kulusijalagobanaw, sidabanaw

**Connaissance :** Dɔnniya, dɔnta

**Attitude :** Kεwale

**Pratique comportementale :** Kεwale

Lycée FilyDabo Sissoko : Lise FiliDabɔSisoko (Komini I- Bamako-  
Mali

## **FICHE D'ENQUETE**

### **Questionnaire semi-directif**

Le présent questionnaire est un travail qui entre dans le cadre des recherches concernant l'élaboration d'une thèse doctorale en médecine à la faculté de médecine et d'odontostomatologie (FMOS). Il est strictement anonyme, et Il ne pourra en aucun cas vous porter préjudice.

**Critère : Etre élève au lycée Fily Dabo Sissoko ( âgé de 15 à 24 ans)**

**1. Date :** \_\_/\_\_/2015      **2. N° fiche :** /\_\_\_\_\_/

**3. Langue d'entretien :** /\_\_\_/ 1=Bambara 2=Français

**5. Consentement :** /\_\_\_/1=accepter 2=refuser 3=retrait de l'étude

### **I/ Les caractéristiques socio – démographiques :**

**6. Age :** /\_\_\_\_\_/ ;    **7. Sexe :** /\_\_\_\_\_/ 1=masculin ; 2=féminin

**8. Statut matrimonial:**/\_\_\_/ 1=célibataire 2=marié-e3=divorcé-e 4=veuf (e)

**9. Niveau d'instruction:**/\_\_\_/ 1=10<sup>ème</sup> année 2=11<sup>ème</sup> année3=12<sup>ème</sup> année

**10. Résidence :** /\_\_\_\_\_ /

### **II/Connaissances :**

**11. Connaissez-vous le VIH/sida ?** /\_\_\_/

1=oui ;      2=non

**12. Croyez-vous réellement à l'existence du VIH/SIDA ?** /\_\_\_/

Oui /\_\_\_/    non /\_\_\_/



Les rapports sexuels                    oui /\_\_/            non /\_\_/  
Les moustiques                        oui /\_\_/            non /\_\_/  
L'alourriture                        oui /\_\_/            non /\_\_/  
Les mains    oui /\_\_/    non /\_\_/  
Le baiser                                    oui /\_\_/            non /\_\_/  
Les objets souillés                    oui /\_\_/            non /\_\_/  
La brosse à dents                        oui /\_\_/            non /\_\_/  
Le lait maternel                        oui /\_\_/            non /\_\_/

**20. Le VIH se transmet :**

D'une personne séropositive à une autre                    oui /\_\_/            non /\_\_/  
D'une mère séropositive à son enfant                        oui /\_\_/            non /\_\_/  
D'une personne malade à une autre                            oui /\_\_/            non /\_\_/

**21. Les moyens de protection contre le VIH sont :**

Le préservatif (capote)                    oui /\_\_/            non /\_\_/  
L'abstinence (ne pas faire de rapports sexuels)            oui /\_\_/            non /\_\_/  
Les médicaments    oui /\_\_/            non /\_\_/  
La fidélité    oui /\_\_/            non /\_\_/  
Eviter de partager lames/rasoir                                oui /\_\_/            non /\_\_/

**22. Avez-vous personnellement connu quelqu'un qui a le virus du Sida ou qui serait décédé du Sida ? /\_\_\_/    1=oui ;                    2=non**

**23. Est-ce qu'une personne apparemment en bonne santé peut être porteuse du virus du sida ? /\_\_\_/    1=oui ;                    2=non ;                    88=NSP**

**24. Le préservatif doit se procurer : /\_\_/**

1= dans une pharmacie

2= dans une parfumerie

3= dans une polyclinique

4= chez un épicier du coin

**25. Le préservatif est utilisable : /\_\_/**

1= Une seule fois

2= deux fois

3= plusieurs fois

**26. Savez-vous ce qu'est une Infection Sexuellement Transmissible: /\_\_/**

1= Oui

2= non

3= NSP

### **III/ I.E.C (information, éducation et communication)**

**27. Si vous avez entendu parler de Sida, ou en avez-vous entendu parler ?**

(Cochez une seule case en choisissant celle qui correspond au canal d'information la plus pertinente pour vous) /\_\_/

1=Radio ; 2=Télé ; 3=Journaux ; 4=Affiches ; 5=L'école ; 6=Ami/Parents ;  
99=Autres : (à préciser).....

**28. Connaissez-vous un endroit (service) ou vous pourriez faire un test de dépistage du VIH ? /\_\_\_/ 1=oui ; 2=non**

**29. En sachant qu'une personne ou un parent est séropositif, l'accepteriez dans votre foyer ? /\_\_\_/ 1=oui ; 2=non ; 88=NSP**

**Si oui, pourquoi et comment ? /\_\_\_/**

1. Aller manger avec lui, parce que non transmissible par le manger

2. Dormir dans la même pièce, parce que c'est sans danger

3. Laisser vos enfants avec lui est sans risque

99. Autre (à préciser).....

**Si non, pourquoi? /\_\_\_/**

1. on peut l'attraper en mangeant avec lui
2. On peut la contracter en dormant dans la même pièce
3. Sa présence est dangereuse pour les enfants
4. Simplement n'a pas envie
5. Autre :.....

**30. Pensez-vous qu'une personne séropositive doit garder son statut secret ?**

/\_\_\_/ 1=oui ; 2=non ; 88=NSP

**31. Avez-vous effectué un test de dépistage du VIH ? /\_\_\_/**

1=oui ; 2=non

**Si oui, qui vous l'a conseillé ? /\_\_\_/**

1=parent/Fiancé ; 2=Ami ; 3=Agent de santé ;

99=Autre (à préciser).....

**Si non, êtes-vous disposé à le faire ? /\_\_\_/**

1=oui ; 2=non ; 3=NSP

**Si oui, pourquoi ? /\_\_\_/**

1. Veut connaître son statut sérologique
2. pour pouvoir se traiter précocement
3. pour éviter de transmettre la maladie à autrui si je suis séropositif
4. pour se rassurer
99. Autre (à préciser).....

**Si non, pourquoi ? /\_\_\_/**

1. Par crainte de connaître son statut séropositif
2. Par crainte d'être infecté par le test (acte)
3. N'a pas envie

99. Autre (à préciser).....

**V/Pratiques comportementales :**

**32. Avez-vous déjà eu un rapport sexuel : /\_\_/**

1= Oui 2= non

Si oui, quel est l'âge de votre premier rapport sexuel /\_\_/\_\_/ans

**33. Lors de ce 1er rapport sexuel, avez vous utilisé un préservatif ? /\_\_/**

1= Oui 2= non

**si oui, pourquoi vous avez utilisé a cette occasion ?** (Cochez une seule case en choisissant celle correspond au canal d'information la plus pertinente pour vous) /\_\_\_\_\_/

1. Veut éviter IST/Sida      2. Veut évité grossesse

3. Veut éviter à la fois IST/Sida et grossesse    4. Pas confiance dans le partenaire

99. Autre (à préciser) :.....

**Si non, pourquoi ?** Cochez une seule case en choisissant celle correspond au canal d'information la plus pertinente pour vous) /\_\_\_\_\_/

1. Ne savait pas l'utiliser      2. Ne savait pas son utilité      3. Ne l'aimait pas

4. Refus du partenaire

99. Autre : (à préciser) :.....

**34. Combien de partenaires avez vous eu au cours des 12 derniers mois précédents ?**

1= Un seul 2=deux 3= plusieurs

Avez-vous utilisé un préservatif au cours de votre dernier RS :

1= Oui 2= non

**35. Les RS que vous faites sont de type : /\_\_/**

1=anal 2=Vaginal 3= Buccal

Autres à préciser : .....

**36. Avez-vous eu des rapports homosexuels ? (avec un partenaire du même sexe que vous) : /\_\_/**

1=Oui 2= non

Si oui, avez vous utilisé un préservatif ? /\_\_/

1= Oui 2= non

**37. Quels sont vos partenaires ? : /\_\_/**

1= Des connaissances

2=des professionnel (le)s du sexe

Lorsque les RS ont lieu avec un(e) professionnel(le) du sexe, utilisez vous un préservatif :

1= Oui 2= non

**38. Consommez-vous des drogues ? /\_\_/**

1= Oui 2=non

Si oui, type : /\_\_/

1= injectables

2=Autre (préciser) : .....

Si vous utilisez des injections, quel type de seringue utilisez-vous?

1= à usage unique

2= Seringue réutilisable

Échangez-vous des seringues avec vos amis ? /\_\_/

1= Oui 2= non

**39. Un jour, un(e) de vos ami(e)s, vous vous apprend que suite à un dépistage volontaire, il (elle) se découvre séropositif (ve), quelle serait votre réaction ? /\_\_/**

1 - le(a) quitter

2 - le(a) marginaliser

3- rester auprès de lui (d'elle) pour la rassurer afin de reprendre confiance en lui (elle)

4 - l'aider dans les démarches de soins et de prise en charge

5 - le(a) condamner pour avoir commis des erreurs

6 - autres : .....

---

RS : rapport sexuel

#### **40. Commentaires libres**

:

---

---

---

---

---

---

---

---

Merci de votre participation et du temps que vous avez accordé pour répondre à ce questionnaire.

## **Guide/grille d'entretien individuel approfondi :**

**Introduction :** Bonjour je m'appelle ..... Je fais cette recherche dans le cadre de ma thèse de doctorat. Nous faisons cette enquête pour mieux comprendre les connaissances, attitudes et pratiques comportementales des élèves (15-24 ans) du lycée Fily Dabo Sissoko faces au VIH/SIDA. Nous souhaiterions donc connaitre vos perceptions, opinions et vécu personnel sur ses questions. Sachez qu'il n'ya pas de bonnes ni de mauvaises réponses, nous aimerons apprendre à travers vous. Vos propos resterons dans la confidentialité, ils ne seront pas étaler sur aucune place publique. Nous aimerons que vous nous donniez des discours francs. Vous êtes libres de participer ou de décider de ne pas participer à l'étude sans aucun préjudice. Vous avez également le droit de vous retirez à tout moment du débat.

### **1. Récit de vie**

Pouvez- vous nous parlés de votre histoire personnelle qui a une relation avec votre vie sexuelle (nombres de partenaire sexuel, âge du premier rapport sexuel, durée de la relation etc. ...) ?

### **2. Connaissance du VIH/SIDA et perception**

Quelles sont vos connaissances, perceptions et opinions sur le VIH/SIDA ?

Quelles sont les moyens de préventions du VIH/SIDA que vous connaissez ?

### **3. Pratiques comportementales**

Parlez-nous de vos préférences en matière de pratique sexuelle (rapport sexuel protégé, non protégé, multi partenariat sexuel, rapport hétérosexuel etc....) ?

### **4. Attitude**

En matière de prévention du VIH/SIDA quels sont les moyens que vous utilisez ?

**N.B** : Pour chaque moyen cité justifiez les raisons de votre choix

**Je vous remercie, c'est la fin de l'entretien, avez-vous quelque chose d'autre à ajouter ?**

### **Guide/grille d'entretien du focus groupe**

#### **1. Connaissance et perception du VIH/SIDA**

. Existence du Sida

. Connaissance du VIH/SIDA (notion de séropositivité, modes de transmission, moyens de prévention)

#### **2. Pratiques comportementales**

. Perception des risques faces à l'infection à VIH

. Facteurs de risques (précocité du premier rapport sexuel, multi partenariat sexuel, pratique socioculturelles néfastes, précarité économique, illettrisme, pratique sexuels à risques, violence)

#### **3. Connaissance et accessibilité aux services de prévention et d'IEC**

. Connaissance des centres de dépistage et de prise en charge du VIH / SIDA

.Source d'information (radio, télé, bouche à oreille, amis)

.Connaissance des projets et programmes pour la prévention du VIH  
(sensibilisation, distribution de préservatifs, formation)

#### **4. Perception des personnes infectées par le VIH et du SIDA**

. Stigmatisation et auto –stigmatisation

. Rejet social

## 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 que s'y passe ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à compromettre 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 leur père.
- Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.
- Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

**Je le jure !**

