



UNIVERSITE DE BAMAKO

Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie



Année Universitaire 2005-2006

Thèse N° /___/ M

Evaluation d'un projet pilote de sensibilisation par les pairs éducateurs sur les connaissances, les attitudes et les pratiques comportementales des élèves par rapport aux IST/VIH/SIDA.



THESE

Présentée et soutenue publiquement le _____ 2006
Devant la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odonto-
Stomatologie
De l'Université de Bamako



Par Mr *Koné Danaya*
Pour obtenir le grade de
Docteur en Médecine (Diplôme d'Etat)

Jury:

Président :	Professeur Amagana DOLO
Directeur de thèse :	Docteur Seydou DOUMBIA
Membres :	Docteur Pierre Robert
	Docteur Samba Diop

Dédicaces
et
Remerciements

Je dédie ce travail au Seigneur Jésus-christ devant qui tout genou fléchira.

Venez à moi vous tous qui êtes fatigués et chargés, et je vous donnerais du repos.

A mon papa Monsieur KONE Fatogoma : Cher père je ne saurais oublier tes sages conseils et l'amour de Jésus que tu m'as enseigné dès mes premiers pas.

A ma mère Madame KONE Souni Nèma GOITA : Merci tendre mère pour tout malgré mes nombreuses maladies pendant ma petite enfance. Ton regard me redonnait vie et joie pour supporter la douleur ; merci maman. Merci à tous mes frères et sœurs

A feu Mme Keita Koutan, le Révérend pasteur Kassoum KEITA et famille : Merci pour tout, les mots me manquent et manqueront pour exprimer tout ce que je dois en retour ; encore merci. Vous avez prophétisé qu'en ce jour vous ne serrez plus en vie mais dans ma naïveté je n'avais pas compris cette parabole. Dormez en paix dans la présence glorieuse du Seigneur.

Je tairai volontairement sans oublier les noms de mes cousins et cousines qui se sont tant et si bien sacrifiés pour faire de moi ce que je suis.

A mon oncle Monsieur GOITA Yaya et famille : Cher oncle tu as fait éclairé par ta sagesse mon chemin de la vie. Ainsi s'accomplit la promesse entre toi et moi.

A la famille SAVADOGO : merci infiniment pour tout le soutien malgré la distance.

A tous mes frères, sœurs, cousins et cousines : Accepter à travers ces quelques lignes l'expression de toute ma gratitude pour tout ce que vous avez fait pour moi.

A ma fiancée Kadidia Esther PANO : Tu as eu confiance à un avenir meilleur. Tu m'as toujours réconforté dans mes moments les plus

difficiles. Ton courage est contagieux et entraînant. C'est ici l'occasion pour moi de te le réitérer.

Merci à mes amis : Timothé KEITA et famille, Ndji dit Jacques Dembélé et famille.

Je remercie solennellement l'ASDAP, FCI et Action Mopti pour la franche collaboration dont ils ont fait preuve tout le long de ce travail.

Merci à tous les cadres médicaux et paramédicaux du centre de santé de Yorosso pour avoir conduit mes premiers pas vers une prise en charge efficace de ceux qui souffrent dans leur corps.

A tout le personnel du cabinet BINKY : Dr Diakité, Mme Doumbia, Seydou, Amos, Doumbia, Camara, Diassana, Diarra, Samaké, Coulibaly, Koné, Bouaré, Dicko, Haïdara

Merci à Melisse, Kate, Zana, Seyon ainsi qu'à tout le personnel de l'antenne SAVE the CHILDREN USA à Bougouni.

Merci à tous mes maîtres et collaborateurs du MRTC à la FMPOS, université de Bamako.

A tous mes maîtres et collaborateurs de la section GIS/RS : Dr Doumbia, Sogoba, Dr Touré, Dr Samaké, Dr Guindo, Sissoko, Dolo, Keïta, Coulibaly, voilà enfin le fruit de vos critiques et suggestions.

Merci à toute la jeunesse protestante au Mali, de Bamako-Coura en particulier et je cite par là tous les choristes et tous les moniteurs de l'enseignement biblique des enfants.

A tout le staff de Campus pour Christ, la ZAAF, le bureau national, le centre de formation de l'ordre suprême, ainsi qu'à la coordination de la cellule au Point G.

A mon colocataire Ibréhima Goïta merci pour cette vie de communion sur les longues années.

A tous mes amis et aînés : Ely Coulibaly, Dr Keita, Dr Cissouma, Dr Konaté, Dr Barry, Dr Goïta, Dr Maiga, Dr Diallo, Dr Dolo

Joseph TANGARA : tu as refusé le titre de grand frère pour celui d'un ami, confident et combattant spirituel ; sois en remercié.

Permettez-moi de rendre hommage à ma sœur Ruth KEITA et ma tante Magnéré GOITA qui souhaiteraient voir s'accomplir ce travail mais le Seigneur a préféré les rappeler auprès de Lui. Dormez dans la paix du Seigneur.

Liste des sigles et abréviations

APR : Apprenants

ASDAP : Association pour le Soutien et Développement des Activités de Population

CAP : Connaissances attitudes et pratiques.

CDC : Center for Disease Control

CESAC : Centre d'écoute de soins, d'animation et de conseil

FCI : Family Care International

HTV: Human T Lymphocyte Virus

IST : infections sexuellement transmissibles

MST : Maladies sexuellement transmissibles

ONG : Organisations Non Gouvernementales

ONUSIDA : Programme commun des nations unies sur le VIH/SIDA

OMS : Organisation mondiale de la santé

PE : Pair éducateur

PVVIH : Personne vivant avec le VIH

PCT : Plan à court terme

PMT : Plan à moyen terme

PMT1 : Plan à moyen terme première phase

PMT2 : Plan à moyen terme deuxième phase

PNLS : Programme national de lutte contre le SIDA

PVVIH : Personne vivant avec le VIH

RCI : République démocratique de la côte d'Ivoire

SIDA : Syndrome d'immunodéficience acquise

SMI : Santé maternelle et infantile

UNESCO : Organisation des nations unies pour l'éducation et la culture

UNICEF : acronyme anglais pour *United Nations International Children's Emergency Fund*, est une agence de l'Organisation des Nations unies chargée du fond d'urgence pour la protection de l'enfance.

VIH : Virus de l'immunodéficience humaine

LAV : Virus associé à la lymphadenopathie (Lymphadenopathy Associated Virus)

ADMINISTRATION

DOYEN: ANATOLE TOUNKARA – PROFESSEUR

1^{er} ASSESSEUR: **DRISSA DIALLO** – MAÎTRE DE CONFERENCES AGREGÉ

2^{ème} ASSESSEUR: **SEKOU SIDIBE** – MAÎTRE DE CONFERENCES

SECRETAIRE PRINCIPAL: **YENIMEGUE ALBERT DEMBELE** – PROFESSEUR

AGENT COMPTABLE: **MADAME COULIBALY FATOUMATA TALL**- CONTROLEUR DES FINANCES

PROFESSEURS HONORAIRES

Mr Alou BA

Mr Bocar SALL

Mr Souleymane SANGARE

Mr Yaya FOFANA

Mr Mamadou L. TRAORE

Mr Balla COULIBALY

Mr Mamadou DEMBELE

Mr Mamadou KOUMARE

Mr Mohamed TOURE

Mr Ali Nouhoum DIALLO

Mr Aly GUINDO

Ophthalmologie

Orthopédie Traumatologie – Secourisme

Pneumo-phtisiologie

Hématologie

Chirurgie Générale

Pédiatrie

Chirurgie Générale

Pharmacognosie

Pédiatrie

Médecine interne

Gastro-entérologie

LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT PAR D.E.R. & PAR GRADE

D.E.R. CHIRURGIE ET SPECIALITES CHIRURGICALES

PROFESSEURS

Mr Abdel Karim KOUMARE

Mr Sambou SOUMARE

Mr Abdou Alassane TOURE

Mr Kalilou OUATTARA

Mr Amadou DOLO

Mr Alhousseini Ag MOHAMED

Chirurgie Générale

Chirurgie Générale

Orthopédie-Traumatologie **Chef de D.E.R.**

Urologie

Gynéco Obstétrique

ORL

MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

Mr Abdoulaye DIALLO

Mr Djibril SANGARE

Mr Abdel Kader TRAORE dit DIOP

Mr Abdoulaye DIALLO

Mr Gangaly DIALLO

Mr Mamadou TRAORE

Ophthalmologie

Chirurgie Générale

Chirurgie Générale

Anesthésie – Réanimation

Chirurgie Viscérale

Gynéco-Obstétrique

MAITRES DE CONFERENCES

Mme SY Aïda SOW	Gynéco-Obstétrique
Mr Salif DIAKITE	Gynéco-Obstétrique
Mr Filifing SISSOKO	Chirurgie Generale
Mr Sekou SIDIBE	Orthopedie-Traumatologie
Mr Abdoulaye DIALLO	Anesthesie-Reanimation
Mr Tieman COULIBALY	Orthopedie-Traumatologie
Mme TRAORE J THOMAS	Ophtalmologie

MAÎTRES ASSISTANTS

Mme DIALLO Fatimata S. DIABATE	Gynéco-Obstétrique
Mr Sadio YENA	Chirurgie Générale
Mr Issa DIARRA	Gynéco-Obstétrique
Mr Youssouf COULIBALY	Anesthesie-Reanimation
Mr Samba Karim TIMBO	ORL
Mme TOGOLA Fanta KONIPO	ORL
Mr Zimogo Zié Sanogo	Chirurgie Generale

ASSISTANTS CHEFS DE CLINIQUE

Mr Mamadou L. DIOMBANA	Stomatologie
Mr Nouhoum ONGOÏBA	Anatomie & Chirurgie Générale
Mr Zanafon OUATTARA	Urologie
Mr Adama SANGARE	Orthopédie- Traumatologie
Mr Sanoussi BAMANI	Ophtalmologie
Mr Doulaye SACKO	Ophtalmologie
Mr Ibrahim ALWATA	Orthopédie - Traumatologie
Mr Lamine TRAORE	Ophtalmologie
Mr Mady MAKALOU	Orthopédie/ Traumatologie
Mr Aly TEMBELY	Urologie
Mr Niani MOUNKORO	Gynécologie/ Obstétrique
Mme Djénéba DOUMBIA	Anesthésie / Réanimation
Mr Tiémoko D. COULIBALY	Odontologie
Mr Souleymane TOGORA	Odontologie
Mr Mohamed KEITA	ORL

D.E.R. DE SCIENCES FONDAMENTALES

PROFESSEURS

Mr Daouda DIALLO	Chimie Générale & Minérale
Mr Siné BAYO	Anatomie-Pathologie-Histoembryologie
Mr Amadou DIALLO	Biologie
Mr Moussa HARAMA	Chimie Organique
Mr Ogobara DOUMBO	Parasitologie-Mycologie

2. MAÎTRES DE CONFERENCES AGREGES

Mr Yénimégué Albert DEMBELE
Mr Anatole TOUNKARA
Mr Amadou TOURE
Mr Flabou BOUGOUDOGO
Mr Amagana DOLO

Chimie Organique
Immunologie-Chef de D.E.R.
Histoembryologie
Bactériologie – Virologie
Parasitologie –Mycologie

3. MAÎTRES DE CONFERENCES

Mr Bakary M. CISSE
Mr Abdrahamane S. MAÏGA
Mr Adama DIARRA
Mr Mamadou KONE
Mr Massa SANOGO
Mr Mahamadou CISSE
Mr Sékou F. M. TRAORE
Mr Abdoulaye DABO
Mr Ibrahim I. MAÏGA

Biochimie
Parasitologie
Physiologie
Physiologie
Chimie Analytique
Biologie
Entomologie médicale
Malacologie – Biologie Animale
Bactériologie – Virologie

4. MAÎTRES ASSISTANTS

Mr Abdrahamane TOUNKARA
Mr Moussa Issa DIARRA
Mr Kaourou DOUCOURE
Mr Bouréma KOURIBA
Mr Souleymane DIALLO
Mr Cheick Bougadari TRAORE
Mr Lassana DOUMBIA
Mr Mounirou Baby
Mr Mahamadou A Théra

Biochimie
Biophysique
Biologie
Immunologie
Bactériologie/ Virologie
Anatomie pathologie
Chimie Organique
Hématologie
Parasitologie

5. ASSISTANTS

Mr Mangara M. BAGAYOKO
Mr Guimogo DOLO
Mr Abdoulaye TOURE
Mr Djbril SANGARE
Mr Mouctar DIALLO
Mr Boubacar TRAORE
Mr Bocary Y Sacko

Entomologie-Moléculaire Médicale
Entomologie-Moléculaire Médicale
Entomologie-Moléculaire Médicale
Entomologie-Moléculaire Médicale
Biologie/ Parasitologie
Immunologie
Biochimie

D.E.R. DE MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES

1. PROFESSEURS

Mr Abdoulaye Ag RHALY	Médecine Interne
Mr Mamadou K. TOURE	Cardiologie
Mr Mahamane MAÏGA	Néphrologie
Mr Baba KOUMARE	Psychiatrie- Chef de D.E.R.
Mr Moussa TRAORE	Neurologie
Mr Issa TRAORE	Radiologie
Mr Mamadou M. KEITA	Pédiatrie
Mr Hamar A. TRAORE	Médecine Interne
Mr Dapa Aly DIALLO	Hématologie
Mr Moussa Y. MAIGA	Gastro-entérologie-Hépatologie

2. MAÎTRES DE CONFERENCES AGREGES

Mr Toumani SIDIBE	Pédiatrie
Mr Bah KEITA	Pneumo-Phtisiologie
Mr Boubacar DIALLO	Cardiologie
Mr Somita KEITA	Dermato-Léprologie
Mr Abdel Kader TRAORE	Médecine Interne
Mr Siaka SIDIBE	Radiologie
Mr Mamadou DEMBELE	Médecine Interne

3. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Mamady KANE	Radiologie
Mr Sahare FOUNKORO	Néphrologie
Mr Bakoroba COULIBALY	Psychiatrie

4. MAITRES ASSISTANTS

Mr Tatiana KEITA	Pédiatrie
Mme TRAORE Mariam SYLLA	Pédiatrie
Mr Adama D. KEITA	Radiologie
Mme SIDIBE Assa TRAORE	Endocrinologie
Mme Habibatou DIAWARA	Dermatologie
Mr Daouda K Minta	Maladies Infectieuses

5. ASSISTANTS CHEFS DE CLINIQUE

Mr Bou DIAKITE	Psychiatrie
Mr Bougouzié SANOGO	Gastro-entérologie
Mr Kassoum SANOGO	Cardiologie
Mr Seydou DIAKITE	Cardiologie
Mr Mahamadou B. CISSE	Pédiatrie
Mr Arouna TOGORA	Psychiatrie

Mme Diarra Assétou SOUCKO
Mr Boubacar TOGO
Mr Mahamadou B. TOURE
Mr Idrissa A. CISSE
Mr Mamadou B. DIARRA
Mr Anselme KONATE
Mr Moussa T. DIARRA
Mr Souleymane DIALLO
Mr Souleymane COULIBALY
Mr Soungalo DAO
Mr Cheick Oumar Guinto

Médecine interne
Pédiatrie
Radiologie
Dermatologie
Cardiologie
Hépatogastro-entérologie
Hépatogastro-entérologie
Pneumologie
Psychologie
Maladies infectieuses
Neurologie

D.E.R. DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES

1. PROFESSEUR

Mr Boubacar Sidiki CISSE
Mr Gaoussou KANOUTE

Toxicologie
Chimie Analytique **Chef de D.E.R**

2. MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

Mr Arouna KEITA†
Mr Ousmane DOUMBIA

Matières médicales
Pharmacie Chimique

3. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Boulkassoum Haidara
Mr Eliman MARIKO

Législation
Pharmacologie

4. MAÎTRES ASSISTANTS

Mr Benoît KOUMARE
Mr Alou KEITA
Mr Ababacar I. MAÏGA
Mr Yaya KANE
Mne Rokia SANOGO

Chimie analytique
Galénique
Toxicologie
Galénique
Pharmacognosie

5. ASSISTANTS

Mr Saibou MAIGA
Mr Ousmane KOITA

Législation
Parasitologie Moléculaire

D.E.R. SANTE PUBLIQUE

1. PROFESSEUR

Mr Sidi Yaya SIMAGA Santé-Publique-**Chef de D.E.R**

2. MAÎTRE DE CONFERENCES AGREGE

Mr Moussa A. MAÏGA Santé Publique

3. MAÎTRE DE CONFERENCES

Mr Sanoussi KONATE Santé Publique

4. MAÎTRES ASSISTANTS

Mr Bocar G. TOURE Santé Publique
Mr Adama DIAWARA Santé Publique
Mr Hamadoun SANGHO Santé Publique
Mr Massambou SACKO Santé Publique
Mr Alassane A. DICKO Santé Publique

5. ASSISTANTS

Mr Samba DIOP Anthropologie Médicale
Mr Seydou DOUMBIA Epidémiologie
Mr Oumar THIERO Biostatistique

CHARGES DE COURS & ENSEIGNANTS VACATAIRES

Mr N'Golo DIARRA Botanique
Mr Bouba DIARRA Bactériologie
Mr Salikou SANOGO Physique
Mr Boubacar KANTE Galénique
Mr Souleymane GUINDO Gestion
Mme DEMBELE Sira DIARRA Mathématiques
Mr Modibo DIARRA Nutrition
Mme MAÏGA Fatoumata SOKONA Hygiène du Milieu
Mr Mahamadou TRAORE Génétique
Mr Yaya COULIBALY Législation

ENSEIGNANTS EN MISSION

Pr. Doudou BA Bromatologie
Pr. Babacar FAYE Pharmacodynamie
Pr. Eric PICHARD Pathologie Infectieuse
Pr. Mounirou CISS Hydrologie
Pr Amadou Papa Diop Biochimie

Hommages
aux
membres du
jury

Hommage aux membres du jury

A notre maître et président de jury : Professeur Amagana Dolo

Maître de conférence agrégé de Parasitologie et de Mycologie à la faculté de médecine, de pharmacie et d'odontostomatologie.

Votre promptitude à accepter la présidence de notre jury témoigne de votre disponibilité et de votre détermination pour une meilleure formation de vos disciples. Monsieur le président, à travers vous, nous admirons les qualités d'une haute personnalité humble et dévouée.

Soyez-en remercié.

A notre maître et juge : Docteur Samba Diop

Assistant en santé publique, spécialiste en anthropologie médicale à la faculté de médecine, de pharmacie et d'odontostomatologie

Merci pour tout. Malgré vos multiples occupations, vous avez toujours comblé nos aspirations. Les empreintes de votre rigueur scientifique porteront à hauteur de souhait la qualité notre travail.

A notre maître et juge : Monsieur Pierre Robert

Administrateur VIH/SIDA UNICEF Bamako

C'est un grand honneur que vous nous faites en acceptant d'être membre dans ce jury. Vos expériences dans la lutte contre le VIH à Ottawa, en Afrique du sud, et à Dakar sont indispensables à nos yeux pour parfaire cette œuvre.

A notre maître et directeur de thèse : Docteur Seydou Doumbia

Assistant en santé publique, spécialiste en épidémiologie à la faculté de médecine, de pharmacie et d'odontostomatologie.

Merci pour tout ce que nous avons appris à vos côtés. En plus de votre rôle de maître, vous avez été pour nous le grand frère et le conseiller supportant bien nos erreurs de la jeunesse. La joie du travail bien accompli explique toute la rigueur de vos méthodes.

Sommaire

	Page
I- Introduction	1
➤ Objectifs	4
II- Généralités	6
II.1 Historique (stratégies développées au Mali)	6
II.2 Epidémiologie	7
II.3 Description du VIH	7
II.4 Modes de transmission	8
II.5 Diagnostic	9
II.6 Prise en charge	10
II.7 Concept de pair éducateur	12
II.8 Education et comportement	12
II.9 Croyances et comportement	14
II.10 Puberté et sexualité	14
III- Méthodologie	16
III.1 – Site d'étude	16
III.2 – Période d'étude	16
III.3 – Type d'étude	16
III.4 – Description de l'intervention	18
III.5 – Les pairs éducateurs	18
III.5.1- Choix des PE	18
III.5.2- Programme de formation des PE	18
III.5.3- Déroulement de la formation des PE Collecte des données	19
III.6. Echantillonnage	21
III.7- Sélection des élèves	22
III.8- Modalités de récolte des données	22
III.9- Saisie et analyse des données	23
III.10 Ethique	24
IV- Résultats	25
V- Commentaires et discussions	43
VI- Conclusion et recommandations	50
VII- Bibliographie	51
Annexes et résumé	

Lite des tableaux	Page
<u>Tableau I</u> : Répartition selon les caractéristiques sociodémographiques	25
<u>Tableau II</u> : Niveau d'information de élèves sur les IST/VIH/SIDA	26
<u>Tableau III</u> : Connaissances des modes de transmission courantes des IST/VIH/SIDA	27
<u>Tableau IV</u> : Répartition selon le nombre de modes de transmission des IST/VIH/SIDA correctement cités	28
<u>Tableau V</u> : Connaissances erronées sur la transmission du VIH.	29
<u>Tableau VI</u> : Connaissances des modes de protection contre le VIH /SIDA	30
<u>Tableau VII</u> : Information sur le préservatif	31
<u>Tableau VIII</u> : Score de connaissances correctes des moyens importants pour éviter le VIH/SIDA	33
<u>Tableau IX</u> : Attitudes favorables au changement de comportement	34
<u>Tableau X</u> : attitude pour la prise en charge du SIDA	35
<u>Tableau XI</u> : Attitude face au dépistage volontaire du VIH	36
<u>Tableau XII</u> : Comportement sexuel et utilisation du préservatif.	37
<u>Tableau XIII</u> : Existence et principales voies de transmission des IST/VIH/SIDA par tranche d'âge et par sexe	38
<u>Tableau XIV</u> : Connaissance erronée sur la transmission du VIH par tranche d'âge et par sexe	39
<u>Tableau XV</u> : Attitudes favorables au changement de comportement par tranche d'âge et par sexe	40
<u>Tableau XVI</u> : récapitulatif portant sur les avantages de l'intervention des PE sur les connaissances des élèves relatives à la transmission du VIH	41

I Introduction

Le nombre de personnes vivant avec le VIH continue d'augmenter partout dans le monde malgré l'existence de stratégies de prévention efficaces. L'Afrique subsaharienne demeure la région la plus durement touchée avec près des deux tiers du total des personnes infectées par le VIH, soit environ 25 millions de personnes ^[1]. Pour la seule année 2003 on estime à 3 millions le nombre de nouvelles infections avec 2,2 millions de décès dus au SIDA. Les jeunes de 15 à 24 ans sont les plus menacés et présentent la moitié des nouvelles infections. Dans ce groupe d'âge 6,9% des femmes et 2,1% des hommes vivaient avec le VIH à la fin de l'année 2003^[1]. La transmission du VIH s'effectue essentiellement lors des rapports hétérosexuels. Divers facteurs rendent les jeunes plus vulnérables au VIH. Parmi ceux-ci le manque d'information, d'éducation et de services sur le VIH, et les risques que leur font courir la curiosité et le besoin d'expérimentation sous la pression de leurs pairs. Cette vulnérabilité des jeunes est aussi marquée par une disparité sexuelle avec un nombre croissant de filles infectées.

En effet, les filles sont sexuellement actives plus tôt que les garçons et ont souvent des partenaires plus âgés. Elles sont très souvent forcées à des rapports sexuels non protégés ou de viol ^[2].

Au Mali, le taux global de séroprévalence du VIH dans la population générale est relativement bas, estimé à 1,7%, variant de 1,3 chez les hommes à 2% chez les femmes ^[3]. Le taux est relativement plus élevé chez les filles à 15-19 ans (1,1%) et à 20-24 ans (1,6%) prend des proportions inquiétantes dans ce groupe du fait de la précocité de l'âge aux premiers rapports. En 2001, des enquêtes effectuées par Population Service International (PSI) ont révélé que 65% des jeunes filles enquêtées ont eu leurs premiers rapports sexuels avant l'âge de 18 ans, 53% ont eu des rapports sexuels le mois précédant l'enquête et près de la moitié des jeunes n'utilisait pas le condom ^[3]. Selon EDS III, si 90 à 98% des jeunes de 15 à 24 ans disaient avoir entendu parler de VIH/SIDA, seulement 54

à 60% des filles et 71 à 83% des garçons pensaient qu'il y a un moyen de l'éviter. Environ 50% des filles et 25% des garçons ne connaissaient aucun des 3 moyens spécifiques d'éviter la transmission du VIH, à savoir l'utilisation du condom, l'abstinence sexuelle et la fidélité, considérés comme essentiels du point de vue programmatique. Aussi, seulement moins de 25% des jeunes connaissaient les IST ou pouvaient énumérer les 3 moyens spécifiques d'éviter le VIH.

Malgré cette situation alarmante, les jeunes représentent en même temps le plus grand espoir d'inverser le cours de la pandémie. Les rares pays qui ont réussi à faire baisser leur prévalence nationale du VIH sont ceux qui ont convaincu leur jeunesse d'adopter des comportements plus sûrs^[3]. La prévention par l'éducation demeure la première ligne de défense pour les jeunes. Plusieurs stratégies ont été développées pour promouvoir les connaissances et les discussions ouvertes sur les risques de transmission du VIH et autres IST. Parmi ces stratégies, la prévention à travers l'éducation par les pairs a montré son efficacité dans plusieurs parties du monde ^[4].

Un **pair** est une personne qui vient de la même population que l'on veut atteindre avec une intervention. Cette population peut être définie par l'âge, le genre, l'occupation ou les comportements. L'approche «**éducation par les pairs**» utilise des personnes qui ont reçu une formation spéciale pour sensibiliser et effectuer un changement de comportement chez les autres personnes du même groupe. Ces pairs réalisent des activités diverses et servent de modèles eux-mêmes. Cette approche profite du fait que les gens reçoivent beaucoup d'information de leurs pairs, avec qui ils se sentent à l'aise et en qui ils ont confiance ^[5]. Ces jeunes formés en animateurs et conseillers efficaces pour leurs pairs seraient un meilleur vaccin social anti-VIH/SIDA pour développer les compétences par l'amélioration des connaissances, des attitudes et des comportements de leurs pairs face aux IST/VIH/SIDA ^[6].

L'UNICEF en collaboration avec les organisations non gouvernementales (ASDAP, Action Mopti et FCI) ont récemment introduit cette stratégie en milieu scolaire à travers quelques écoles de Bamako et de Mopti. Il s'agissait d'évaluer sa faisabilité avant son application à large échelle au Mali. Notre étude a pour but d'évaluer l'impact de ce programme pilote sur les connaissances attitudes et pratiques des élèves. Nous avons ainsi effectué des enquêtes avant (pré-test) et après la mise en œuvre du programme (post-intervention) dans des écoles choisies pour l'application de la stratégie (groupe d'intervention) et dans des écoles poursuivant le programme scolaire habituel (groupe témoin).

Objectifs

Objectif général:

Évaluer l'impact à court terme d'un programme pilote d'éducation par pairs sur les connaissances, les attitudes et les pratiques comportementales des élèves vis-à-vis des IST/VIH/SIDA.

Objectifs spécifiques:

1. Effectuer une enquête CAP quantitative dans les écoles d'intervention et dans les écoles témoins avant la mise en œuvre d'un programme pilote d'éducation par pairs (pré-test) portant sur:
 - a- La connaissance de l'existence des IST/VIH/SIDA, des moyens de prévention et des modes de transmission ;
 - b- La perception du VIH/SIDA et du risque de le contracter ;
 - c- Les comportements à risques de la transmission du VIH/SIDA.
2. Effectuer une enquête CAP quantitative dans les écoles d'intervention et dans les écoles témoins 3 mois après la mise en œuvre du programme (post-test) portant sur les variables ci-dessus énumérés.
3. Comparer les taux d'augmentation ou de réduction observés dans les écoles d'intervention et dans les écoles témoins portant sur les indicateurs clés
 - Connaissance de l'existence des IST/VIH/SIDA ;
 - Connaissance des modes de transmission du VIH/SIDA ;
 - Connaissance sur les moyens d'éviter le VIH/SIDA (abstinence, fidélité, utilisation systématique de condom) ;
 - Connaissances et attitudes concernant le dépistage du VIH/SIDA.

Question de recherche :

Quel est l'impact à court terme du programme d'éducation par pairs sur le niveau des connaissances, des attitudes et des pratiques comportementales des élèves vis-à-vis des IST/VIH/SIDA?

II

Généralités

II.1 Historique

Découvert depuis **1980** au CHU de Los Angeles par Docteur Michael Gottlieb il faudra attendre 1983 pour identifier le premier cas de VIH au Mali. Dès lors on assiste à une augmentation régulière des cas dans les hôpitaux : 5 cas en 1986 ; 23 en 1987 ; 99 cas en 1988. Les premières enquêtes de séroprévalence effectuées à Bamako en 1987 chez les femmes enceintes fréquentant les centres de SMI et la population de prostituées ont permis de constater que 1,7% des femmes étaient positives ; 36,3% des professionnels du sexe et 7,2% des prisonniers^[7].

En 1992 malgré les faibles méthodes utilisées, des sites sentinelles ont été créés à Sikasso, Bamako et Mopti pour suivre l'évolution de l'épidémie à défaut d'enquête nationale de séroprévalence.

Pour circonscrire l'épidémie, un comité technique scientifique mis en place a élaboré le plan à court terme (PCT) de 1987 à 1989 avec comme objectifs l'élaboration d'un plan à moyen terme de 5 ans (PMT), la sécurisation de la transfusion sanguine, la sensibilisation par l'information l'éducation et la communication (IEC) sur les médias d'état. Le plan à moyen terme dans sa première phase (PMT1) porta création du programme national de lutte contre le SIDA (PNLS)

Pendant la deuxième phase du plan à moyen terme (PTM2), on assiste à une plus grande implication des Organisations non gouvernementales (ONG), des associations et surtout la création d'un centre d'écoute (CESAC) en 1996 pour la prise en charge des personnes vivant avec le VIH.

Après analyse de la situation, les principaux facteurs pouvant influencer sur l'évolution du VIH/SIDA retenus ont été :

- L'effritement de l'éducation parentale et des normes traditionnelles. Tabou sur la sexualité ;
- Le statut social de la femme : faible poids social, faible pouvoir de décision au plan sexuel et de la méthode de prévention, dépendance socio-économique ;

- L'analphabétisme surtout féminin (Ignorance des questions de santé et de prévention) ;
- Le faible accès aux informations sur les IST et le SIDA ;
- Certaines pratiques tel le lévirat, le sororat, l'excision, le tatouage ;
- Le mariage précoce, temporaire, le divorce et le multi partenariat sexuel;
- Le flux migratoire intense : interne et externe dû à la pauvreté ;
- La prostitution en pleine extension ;
- Faible acceptation et niveau faible d'utilisation du préservatif.

II.2 Epidémiologie : La portée et l'impact de l'épidémie ne sont pas les mêmes dans toutes les régions; certains pays sont plus touchés que d'autres et dans un même pays il y a généralement d'importants écarts du niveau d'infection entre états, provinces, districts, les différents groupes d'âge ainsi que le sexe.^[8]

En 2004 dans le monde chez les enfants de moins de 15 ans, ont été dénombrés 2,2 millions vivant avec le VIH; 640. 000 nouveaux cas, 510 000 décès et 15 millions d'enfants sont orphelins à cause du VIH/SIDA ^[9].

II.3 Description du VIH

Le VIH est un rétrovirus de la famille des lentivirus dont seuls le VIH1 et le VIH2 sont pathogènes pour l'homme ^[10].

La structure du VIH comporte :

- Une enveloppe virale constituée d'une double couche lipidique et de deux sortes de glycoprotéines : gp120 et gp41. La molécule gp41 traverse la double couche lipidique tandis que la molécule gp120 occupe une position plus périphérique : elle joue le rôle de récepteur viral de la molécule membranaire CD4 des cellules hôte. L'enveloppe virale dérive de la cellule-hôte : il en résulte qu'elle contient quelques protéines membranaires de cette dernière, y compris des molécules du CMH.

- Un core viral ou nucléocapside, qui inclut une couche de protéine p17 et une couche plus profonde de protéines p24.
- Un génome constitué de deux copies d'ARN simple brin associées à deux molécules de transcriptase inverse (p64) et à d'autres protéines enzymatiques (protéase p10 et intégrase p32).

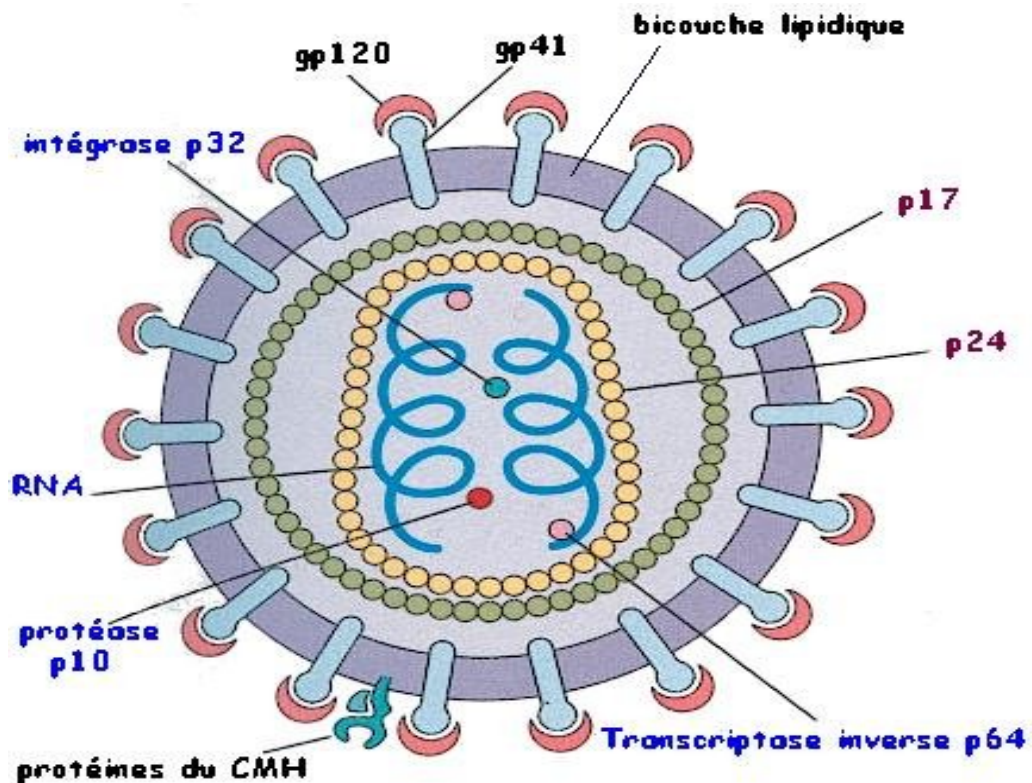


Schéma organisationnel du VIH [11]

II.4 Modes de transmission : [12]

Le virus pénètre l'organisme essentiellement par:

- La voie sanguine : soit directement au cours d'une transfusion avec du sang provenant d'un donneur infecté, soit par l'intermédiaire d'aiguilles, les objets tranchants ou tout autre matériel contaminé ;
- De la mère à l'enfant : Le fœtus peut être infecté par sa mère si elle est elle-même atteinte du virus. De plus, une mère infectée qui allaite peut aussi transmettre le virus à son bébé ;

- La voie sexuelle : De par le monde, cette voie est la plus fréquente et survient à la suite d'une relation sexuelle non protégée avec une personne infectée.^[13]

Le sang, les sécrétions vaginales, le placenta, le sperme et le lait maternel sont les seuls véhicules possibles du VIH. La salive (à moins d'une lésion de la muqueuse buccale), les contacts directs (accolades, poignées de main) ou les piqûres d'insectes ne peuvent transmettre l'infection. Le VIH ne se transmet pas non plus dans l'air ou par l'usage des mêmes ustensiles, des mêmes verres ou tasses, sièges de toilettes ou autres objets.^[14, 8, 15]

Histoire naturelle de l'infection à VIH : Après pénétration, le VIH se multiplie à l'intérieur des cellules du système immunitaire appelées lymphocytes T et entrave graduellement le système de défense naturel du corps humain.^[49] Les signes associés à la primo-infection au VIH ressemblent à tout point à celle d'une mononucléose avec un risque de contamination très élevé en rapport avec la virémie et un effondrement accru du taux de CD4.^[31] Le sida est la phase grave et tardive de l'infection par le VIH qui rend le système immunitaire incapable de lutter contre des infections mêmes banales.

Il n'existe pas encore de traitement ou de vaccin reconnu permettant de guérir définitivement la progression de la maladie du SIDA.

II.5 Diagnostic :

Le diagnostic de l'infection au VIH nécessite au moins deux tests :

- Un premier test exploratoire : Ce test doit être hautement sensible pour réduire les risques de faux négatifs. A ce jour on a recourt dans la plupart des cas à la méthode ELISA.
- Un second test de confirmation : Le Western blot est le plus fréquemment utilisé.

Ces méthodes ont l'avantage d'être assez sensibles et financièrement accessibles.^[18]

II.6 Prise en charge du malade de SIDA

L'espoir que le VIH pourrait être éradiqué chez une personne contaminée reposait sur l'hypothèse erronée selon laquelle une inhibition totale de la réplication du VIH pouvait être obtenue au moyen des traitements existants. Cet espoir est maintenant déçu car une réplication du VIH a lieu à bas bruit avec des charges plasmatiques inférieures à la limite de détection des tests actuels les plus sensibles [19].

Pourquoi un traitement précoce ?

Les arguments en faveur d'une mise en route précoce du traitement anti-rétroviral sont les suivants :

- l'infection à VIH entraîne presque invariablement un déficit immunitaire progressif ;
- la perturbation du système immunitaire et la constitution de réservoirs de virus sont des événements précoces.

L'histoire naturelle de l'infection à VIH non traitée implique la sélection de souches de VIH plus variées et plus virulentes [19].

Le traitement de l'infection à VIH est celle d'une maladie chronique. La charge virale des patients soumis à un traitement anti-rétroviral peut être au-dessous du seuil de détection. Pourtant, trop de patients sont pris en charge tardivement. En effet, la moitié des patients chez qui se pose l'indication de débiter un traitement anti-rétroviral est vue à un stade avancé de sida ($CD4 < 200/mm^3$) [20].

Quand débiter un traitement anti-rétroviral :

Le critère essentiel repose sur l'importance du déficit immunitaire plutôt que sur la charge virale. Les patients avec des $CD4 < 200/mm^3$ doivent être traités; entre 200-350/ mm^3 , le traitement est discuté au cas par cas. Un taux de $CD4 > 350/mm^3$ ne nécessite pas un traitement. La conduite est la même pour l'institution d'un traitement standard ou pour l'inclusion dans un essai thérapeutique [19].

Pourquoi un dépistage précoce ?

Les arguments en faveur d'une mise en route précoce du traitement anti-rétroviral sont les suivants :

- l'infection à VIH entraîne presque invariablement un déficit immunitaire progressif ;
- la perturbation du système immunitaire et la constitution de réservoirs de virus sont des événements précoces.
- L'histoire naturelle de l'infection à VIH non traitée implique la sélection de souches de VIH plus variées et plus virulentes ^[14].

Cependant l'espoir que le VIH pourrait être éradiqué chez une personne contaminée reposait sur l'hypothèse erronée selon laquelle une inhibition totale de la réplication du VIH pouvait être obtenue au moyen des traitements existants. Cet espoir est maintenant déçu car une réplication du VIH a lieu à bas bruit avec des charges plasmatiques inférieures à la limite de détection des tests actuels les plus sensibles ^[19].

- *Impact économique VIH/SIDA :*

La RCI dispose de renseignements relativement étendus sur l'impact économique de la maladie. On estime que ces données reflètent la plupart des autres pays de la région sub-saharienne.

Une enquête au sein des ménages au milieu des années 1990 a mis en évidence un impact dramatique sur la richesse des ménages atteints par le SIDA.

Cet impact est particulièrement grave dans les zones rurales où la nécessité de soigner les maladies peut entraîner une modification des schémas de production agricole depuis les cultures vivrières vers les cultures de rapport. Dans le secteur public, en particulier dans l'enseignement, un modèle mis au point par l'ONU/SIDA et l'UNICEF montre que le taux croissant de la mortalité due au SIDA entraîne une discontinuité par la perte de nombreux enseignants^[19].

II.7 Concept de “Pair Educateur”:

Le terme pair éducateur provient de l’expression britannique ‘*peer education*’ apparue il y a des centaines d’années indiquant l’appartenance à l’un des cinq rangs de la noblesse. Depuis les années 1960, ce terme a connu une certaine ampleur surtout en milieu scolaire [21, 22].

La traduction dans d’autres langues du terme s’avère difficile en raison essentiellement du mot ‘*peer*’. L’usage moderne du terme correspond à “celui qui est sur un pied d’égalité avec l’autre; celui qui appartient au même groupe social, fondé soit sur l’âge, le grade, l’affinité ou le statut⁽⁴⁵⁾. Ainsi, le terme “éducation par les pairs” signifierait en fait “éducation de pairs à pairs”, à savoir l’éducation entre membres d’un même groupe social ou ayant un même standing social.

Le terme “éducation par les pairs sur le sida” est actuellement utilisé pour décrire toute une gamme de méthodes d’éducation des jeunes sur le SIDA, les MST ou d’autres domaines de la santé qui peuvent les concerner [22, 23].

Selon les théories basées sur les connaissances et comportements sociaux, les adolescents se laisseraient facilement influencés par leurs pairs que par les adultes (3, 21, 24, 25, 26).

II.8 Education et comportement :

- Méthodes pédagogiques utilisées pour l’orientation psychologique :

Diverses méthodes pédagogiques peuvent aider l’individu et la famille à résoudre leurs problèmes. Certains aident à en comprendre la cause, d’autres à entrevoir des solutions et d’autres encore à décider des mesures concrètes à prendre.

Le rôle des pairs éducateurs s’inscrit dans le cadre d’éducation pour la santé qui par définition est la composante de soins de santé qui vise à encourager l’adoption de comportements favorables à la santé surtout

pour apporter un message pertinent et adéquat dans le vocabulaire de l'utilisateur [27].

L'orientation psychologique repose essentiellement sur une approche personnelle et sur la faculté d'écouter de renseigner et d'aider l'individu à trouver lui-même ce qui est le mieux pour lui.

La démonstration et l'exposition d'objets concrets sont des méthodes pédagogiques qui peuvent servir pour l'orientation psychologique individuelle

Plusieurs méthodes peuvent être utilisées :

- L'auto-gratification : un processus dont le but est d'amener l'individu à tirer profit de ce qu'il fait ce qui l'emmène à être encouragé ou motivé à le faire. Les gratifications peuvent encourager un comportement adéquat vis-à-vis de la santé. Elles doivent être utilisées dans le cas où le comportement est très difficile à modifier [28].

Le changement du comportement doit prendre en compte les valeurs qui sont très personnelles devant faire l'objet de séances individuelles d'orientation psychologique. Ces valeurs sont des normes et des croyances qui influencent le comportement de l'individu. Parmi ces valeurs figurent : le progrès, le bonheur, l'amitié, la sécurité et le confort[28].

L'école offre un bon cadre d'éducation pour la santé. Pour pouvoir améliorer leur santé, les enfants doivent posséder des connaissances, un savoir-faire adéquat et acquérir les valeurs et mentalité nécessaires pour éviter les problèmes courants de la communauté.

- Les groupes de formation sont des cellules dont tous les membres ont besoin d'apprendre un nouveau savoir faire enseigné de manière organisée [29].

Cependant les parents ont des valeurs traditionnelles qui sont très différentes de ce que l'on enseigne à l'école et ils peuvent en vouloir à leurs enfants et aux enseignants si ceux-ci les remettent en question.

Par ailleurs instaurer un programme d'éducation pour la santé dans les écoles n'est pas toujours facile lié le plus souvent à un manque de personnel qualifié pour enseigner les nouvelles tendances [28].

II.9 Croyances et comportement : [30]

- Le modèle de la croyance à la santé (Health Belief Model en anglais) développé dans les années 50 était fondé sur un certain nombre de modes de croyances utilisés pour prédire le comportement.
- que la personne se croit exposée à une menace pour sa santé,
- que la maladie ou état de non-santé peut s'aggraver (douleur, mort, conséquences sociales, etc.)
- que les bénéfices d'un comportement préventif (par exemple l'utilisation du préservatif) l'emportent sur le coût et les inconvénients d'une IST,
- que le comportement puisse être considéré comme adoptable,
- qu'il y ait une incitation à l'action qui pousse la personne à adopter ce comportement. Les incitations peuvent venir des mass média ou de l'influence d'autres personnes.[6]

II.10 Puberté et sexualité [31, 32] :

- La puberté représente l'ensemble des phénomènes physiques, psychiques, mentaux, affectifs qui caractérisent le passage de l'état d'enfant à l'état d'adulte aboutissant à la fonction de reproduction en rapport avec les modifications hormonales.
- La sexualité est l'ensemble des comportements qui concernent la satisfaction de l'instinct sexuel. Elle a de nombreux aspects qui entrent parfois en conflit : la procréation, la santé, le plaisir, mais également les aspects relationnels et sociaux, légaux, les interdits moraux ou religieux, etc. [5, 33, 34].

L'adolescence :

Selon le petit Robert l'adolescence est l'âge qui suit la puberté et précède l'âge adulte.

L'adolescence se traduit par une métamorphose corporelle, un attrait grandissant et nouveau pour le sexe, et un besoin de prendre le large vis-à-vis de ses parents ⁽³⁵⁾.

C'est une période de la vie qui succède à l'enfance et s'étend jusqu'à l'âge adulte. Son début est marqué par la puberté, mais l'apparition de ce phénomène biologique n'est que le commencement d'un processus continu et plus général sur le double plan somatique et psychique et qui va se poursuivre jusqu'à la formation complète de l'adulte. L'adolescence est la dernière chance d'aborder les conflits de l'enfance et de les résoudre de manière spontanée. Dans cet état d'extrême vulnérabilité liée aux tâtonnements successifs entre des sentiments extrêmes et des conduites à risques ou agressivité ; le jeune quitte le monde protégé de l'enfance vers le statut d'adulte d'autonomie et de responsabilité ⁽²⁴⁾.

III

Méthodologie

III.1 Sites d'étude :

Notre étude s'est tenue en milieu scolaire dans la ville de Mopti et dans les communes I et VI du district de Bamako. Toutes les écoles qui ont participé à notre étude ont été choisies par les ONG partenaires de L'UNICEF sous le guide des directeurs des centres d'animation pédagogiques (DCAP). Une école privée était recommandée pour chaque site. Les écoles de Mopti, de la commune I et celles de la commune VI ont été respectivement choisies par les ONG «'Action Mopti », "Family Care International, FCI" et ASDAP, opérant chacune dans leurs communes respectives. Il s'agit de 8 écoles dans la commune I (Djélibougou, Djélibougou C, Doumazana, Sikoroni, Korofina Nord, Espérance, Boulkassoumbou, et Razel). Dans la commune VI, 8 écoles ont été également choisies (Senou Base, Niamakoro, Missabougou, Yirimadio, Dianeguela, Faladié Sokoro, Faladié Socoura et ATT).

A Mopti, 7 écoles ont été choisies (Bayon Djénépo, Boucary Ouologuem, Abdoul Niang, Idrissa Sow, George Berth, Moulaye Dembélé et Robert Cissé). Ces écoles ont été choisies en raison de l'importance de leurs effectifs. (Voir carte du Mali en annexe)

III.2 Période d'étude :

Notre étude s'est déroulée de janvier à juin 2005.

- l'enquête initiale de l'étude (pré test) s'est déroulée du 26 janvier au 2 février 2005
- l'enquête finale (post-test) s'est déroulée du 23 mai au 3 juin 2005.

III.3 Type d'étude :

Cette étude est quasi-expérimentale avec un choix non aléatoire d'un groupe d'établissements scolaires dans lesquels le programme d'éducation par pairs était mise en œuvre (groupe test), et un groupe d'établissements sans programme d'éducation par pairs (groupe témoin) qui poursuivaient leur programme normal.

➤ Le groupe d'intervention (Test) était composé de 16 écoles dans lesquelles le programme d'éducation par pairs sur les IST/VIH/SIDA était administré en plus du programme d'enseignement habituel. Ce groupe était constitué par :

- 11 écoles à Bamako (Commune I et VI),
- 5 écoles à Mopti.

➤ Le groupe contrôle (Témoin) contenant 6 écoles ne recevant que le programme habituel d'enseignement. Ces écoles étaient réparties comme suite :

- 4 écoles à Bamako (2 en Commune I et 2 en commune VI) ;
- 2 écoles à Mopti.

Ces établissements sont listés ci-dessous:

Site d'enquête	Etablissements Tests	Etablissements Témoins
Commune I	Djélibougou	
	Djélibougou C	• Boulkassoumbou
	Doumazana	
	Sikoroni	• Razel
	Korofina Nord	
Commune VI	Espérance	
	Senou Base	
	Niamakoro publique	
	Missabougou	• Faladié Socoura
	Yirimadio	
Mopti	Dianeguela	
	Faladié Sokoro	• ATT
	Bayon Djénépo	
	Boucary Ouologuem	• Moulaye Dembélé
	Abdoul Niang	
	Idrissa Sow	• Robert Cissé
	Catholique	

Pour évaluer l'impact du programme d'éducation par pairs, deux enquêtes CAP avaient été menées dans chacun des deux groupes d'étude : une enquête avant et après la mise en œuvre du programme des pairs éducateurs (pre-post test).

III.4 Description de l'intervention :

Il s'agissait de former et d'évaluer des pairs éducateurs pendant dix jours étalés sur environ un mois pour un développement de compétences et une aptitude à communiquer des informations pertinentes et adéquates pour prévenir les IST/VIH/SIDA chez les élèves à travers l'information, l'éducation et la communication.

III.5 Les pairs éducateurs (PE) :

III.5.1 Choix des PE : En collaboration avec les directeurs d'école et les enseignants titulaires des classes concernées, deux PE ont été choisis par les ONG pour chaque classe ; de préférence un garçon et une fille.

Un certain nombre de critères était recherché :

- Etre disponible,
- Etre communicateur,
- Avoir une bonne entente avec les autres
- Etre discret et confidentiel
- Avoir une bonne performance scolaire

Pour une meilleure compréhension des thèmes de discussion les PE des classes de 5^e et 6^e provenaient de la 7^e ou de la 8^e année.

III.5.2 Programme de Formation des PE :

Les PE étaient formés selon les modules ci-dessous indiqués.

Module I : *En quoi sommes nous différents ?* Traite la croissance et le développement humain, de la reproduction et de la sexualité.

Module II : *Que voulez-vous devenir ?* Met l'accent sur les compétences de prise de décisions, l'amour-propre, la sélection de buts et comprendre les conséquences des comportements à risque.

Module III : *Qu'est-ce que l'amour ?* Couvre des compétences en communication interpersonnelle et dans la mise en place de relations non coercitives basées sur le soutien et l'affection.

Module IV : *Prenez soin de vous et restez sain.* Fournit des informations sur les conséquences d'une activité sexuelle précoce et non protégée,

encourage la responsabilité et conseille d'éviter des comportements à risque.

Module V: *Votre droit de dire « non ».* Couvre l'abus sexuel, le harcèlement et le viol et met l'accent sur la confiance en soi, l'affirmation de soi et les compétences de négociation pour éviter des activités sexuelles non désirées.

Module VI: *Tradition et modernité :* Sachez concilier. Expose les valeurs personnelles et le rôle de la famille, de la culture, de la religion, des média et de la société dans la formation de ces valeurs, la tolérance, comment concilier le conflit entre les valeurs traditionnelles et celles de la société moderne.

Le module IST/VIH/SIDA :

Informations factuelles :

- Qu'est-ce qu'une IST et quels sont les signes annonciateurs d'une IST ?
- Comment éviter une IST ?
- Que faire quand on a une IST ?
- Qu'est-ce que le VIH et le SIDA?
- Quelles sont les voies de transmission du VIH ?
- Comment se protéger contre le VIH/SIDA ?
- Comment faire face aux mythes et informations erronées en matière de VIH/SIDA ?

II.5.3 Déroulement de la formation :

Les séances de formation se tenaient les samedis et les dimanches de 8h à 16h et pendant les après-midi des mercredis et jeudis. Le développement des compétences se faisait à travers des leçons et des jeux de rôle en vue d'améliorer les connaissances, les attitudes et les pratiques des élèves ^[18].

Les principaux thèmes abordés ont été :

- La puberté : Le développement des caractères sexuels secondaires,
- La connaissance sur la transmission, la prévention et le traitement des IST/VIH/SIDA,

- Le comportement sexuel,
- Les Attitude vis-à-vis du VIH et des PVVIH
- La communication sur les IST/VIH/SIDA
- Les Connaissances et utilisation des Centres de dépistage volontaires.

Les principales méthodes de communication utilisées ont été :

o La sensibilisation de grande masse :

- Les émissions radiophoniques,
- Les sketches, les poèmes et scènes théâtrales,
- La boîte à images.
- Les séances de projections de cassettes vidéo dans les écoles,

o La communication individuelle: soit avec un camarade de classe, au grin, ou avec un membre de la famille.

Les séances de communication dans les établissements se tenaient les mercredis et jeudis après midi en dehors des cours sous la supervision des formateurs (agents de projet). Chaque séance durait environ deux heures et comportait aux moins trois éléments : Une leçon; une projection vidéo puis une séance pour les questions d'éclaircissement. Pour la réussite de ces communications les élèves des différentes classes étaient scindés en petits groupes d'environ de 20 à 30 élèves par séance. La bande vidéo utilisée avait pour titre « Scènes d'adolescence : A vous de jouer » comprenant six modules différents d'une durée de 11 à 18 minutes. Ce matériel élaboré par Family Care International en collaboration avec la fondation allemande GTZ met en scène des jeunes du Niger et du Burkina Faso partageant des réalités assez proches de celles rencontrées au Mali.

III.6 Echantillonnage:

L'échantillon était composé d'élèves sélectionnés de façon aléatoire et ayant consentis de participer à l'étude.

➤ Critères d'inclusion :

Sont inclus dans cette étude les élèves âgés de 10 à 19 ans appartenant aux classes présélectionnées de la 5^e à la 9^e des dits établissements, et consentant participer à l'étude.

➤ Critères de non inclusion :

N'étaient pas inclus dans cette étude les élèves qui n'étaient pas des classes de la 5^e à la 9^e des établissements présélectionnés, ceux d'âge inférieur à 10 ans ou supérieur à 19 ans ; ou ne consentant pas participer à l'étude.

Taille de l'échantillon :

La taille de l'échantillon a été fixée en tenant compte du temps d'exécution de l'enquête et pour des raisons logistiques, mais suffisant pour détecter un minimum d'effet de l'intervention. Le tableau ci-dessous représente l'effectif des élèves interviewés au cours des deux enquêtes :

Site d'étude	Types d'école			
	Intervention		Témoins	
	Pré-test	Post-test	Pré-test	Post-test
Commune I	173	388	69	165
Commune VI	209	319	67	149
Mopti	383	401	140	157
Total	765	1108	276	471

Au total, notre étude a concerné 1579 élèves repartis sur 3 sites :

- Commune I : 553 élèves
- Commune VI : 468 élèves
- Mopti : 558 élèves

Près de 60% ont participé à l'interview avant et après l'intervention.

III.7 Sélection des élèves :

La sélection a été faite de façon aléatoire au pré-test et au post-test. Ce choix aléatoire consistait à demander à un élève de la classe de tirer au hasard un chiffre entre 1 et 9. Ce chiffre permet de choisir le premier élève de l'échantillon à partir de la première rangée à droite. Les autres élèves étaient sélectionnés en comptant toujours de la droite vers la gauche et d'avant en arrière par cycle de dix à partir du premier élève jusqu'à atteindre l'effectif requis par classe. Dans les écoles où on avait plusieurs classes de même niveau (Exemple 2 à plusieurs classes de 6^e) quelques élèves de chaque classe devaient être choisis pour atteindre le nombre requis pour le niveau en question. A noter qu'au post-test, nous avons inclus également les élèves qui avaient participé au pré-test (si le tirage au sort n'avait pas porté sur ces élèves au post-test).

III.8 Modalité de récolte des données :

III.8.a Le personnel : Les données ont été recueillies sous le guide de deux superviseurs et 16 enquêteurs expérimentés composés d'étudiants en médecine, de socio-anthropologue et d'enseignants dont 11 à Bamako et 5 pour Mopti. Les enquêteurs étaient les mêmes au pré-test et au post-test.

III.8.b Supports utilisés : Au pré-test ainsi qu'au post-test, les données ont été recueillies sur un questionnaire semi-structuré préalablement testé dans une école différente de celles concernées par l'étude. Les questionnaires anonymes comportaient 3 volets en plus des caractéristiques sociodémographiques : Le volet connaissance ; le volet attitude ensuite le volet des pratiques (Voir en annexe).

III.8.c Déroulement de l'enquête : Conformément aux heures de vacation des dits établissements, l'enquête était faite de 8 à 12H ou de 15 à 17H. Nous avons procédé par une interview individuelle pour les élèves des classes de 5^e; 6^e et 7^e année. Ceux des classes de 8^e et 9^e année devaient remplir le questionnaire avec l'assistance d'un enquêteur ;

cependant les dispositions étaient prises pour que chaque élève se sente à l'aise tout seul devant sa fiche d'enquête. Les questionnaires et les enquêteurs étaient les mêmes au pré-test et au post-test.

III.9 Saisie et analyse des données

Les données ont été saisies sur Epi-info version 6. Le contrôle de qualité a consisté à la vérification d'un dossier sur 10 pour chaque type de questionnaire. Les données ont été analysées sur SPSS version 11.0. Les tests de χ^2 de Pearson, McNemar ou de Fisher ont été utilisés pour l'interprétation des variations dans les indicateurs dans chacun des deux types d'établissement (soit entre le pré-test et le post-test, soit au post-test).

Nous avons scindé les connaissances sur les voies de transmission en deux groupes :

1] Les connaissances des modes de transmission bien établis (partage des aiguilles d'injection ou de lames de rasoir avec une personne infectée, les relations sexuelles non protégées et la transmission mère-enfant);

2] Les connaissances erronées de la transmission (piqûre de moustique, partage de plat, de toilette avec une PVVIH ou par mauvais sort).

Nous avons choisi principalement deux scores :

➤ Le score de connaissances correctes des voies de transmission du VIH comporte six items :

❖ Trois items positifs apportant chacun un point : Savoir que le SIDA peut se transmettre par :

- Les relations sexuelle non protégées. Vrai (+1)
- Les aiguilles et lames de rasoir. Vrai (+1)
- De la mère à l'enfant pendant la grossesse ou l'accouchement. (+1)

❖ Trois items négatifs enlevant chacun un point. Penser que le VIH peut se transmettre :

- Par piqûre de moustiques : Vrai (-1)
- Par mauvais sort : Vrai (-1)
- En mangeant dans la même tasse qu'une personne vivant avec le VIH : Vrai (-1)

La valeur attendue pour ce score est estimée à moins trois “-3” pour le minimum et trois “+3” pour le maximum. L'ensemble des valeurs négatives et la valeur nulle correspond à l'absence de bonne réponse.

➤ Le score de connaissances correctes des moyens de prévention de la transmission du VIH comporte cinq items :

❖ Trois items positifs apportant chacun un point : Savoir que l'on peut se protéger du VIH par :

- l'utilisation du préservatif. Vrai (+1)
- la fidélité à un partenaire unique. Vrai (+1)
- l'abstinence sexuelle. (+1)

❖ Deux items négatifs enlevant chacun un point: Penser que l'on peut se protéger

- En évitant de parler à une PVVIH. (-1)
- En se mariant. (-1)

La valeur attendue pour ce score est estimée à moins deux “-2” pour le minimum et trois “+3” pour le maximum. L'ensemble des valeurs négatives et la valeur nulle correspond à l'absence de bonne réponse.

III.10 Considération éthique : Vu le caractère assez confidentiel de notre étude, le protocole a été présenté et approuvé par le comité d'éthique conformément à la réglementation en vigueur pour les activités de recherche au Mali. Après l'accord des associations de parents d'élèves et de la direction des écoles soumises à l'étude, le consentement de l'interlocuteur était obligatoirement demandé à la suite d'une lecture des objectifs de l'enquête avec une mention spéciale sur le caractère confidentiel en début de page sur chaque fiche d'enquête.

IV

Résultats

IV.1 Description des groupes d'étude

Tableau I : Répartition selon les caractéristiques sociodémographiques

Caractéristique	Pré-test		Post-test		
	Intervention N=761	Contrôle N=273	Intervention N=1108	Contrôle N=471	
Age	10-14 ans	54,1%	38,7%	55,9%	42,5%
	15-19 ans	45,9%	61,3%	44,1%	57,5%
Sexe	Masculin	53,2%	49,1%	53,5%	48,6%
	Féminin	46,8%	50,9%	46,5%	51,4%
Niveau d'étude	5 ^e -6 ^e année	37,2%	22,7%	38,3%	28,9%
	7 ^e -9 ^e année	62,8%	77,3%	61,7%	71,1%

La proportion d'élèves 15-19 était plus élevée dans les écoles contrôles, ceci aussi bien au pré-test qu'au post-test ($p < 0,001$). Par contre la proportion d'élèves de la 7^e à la 9^e année était plus élevée dans les deux types d'établissement mais légèrement dans le groupe contrôle.

IV.2 Analyse comparative des connaissances, attitudes et pratiques sur les IST/VIH/SIDA dans les deux groupes d'étude avant et après l'intervention

IV.2.1 Connaissance de base des élèves

Tableau II : Niveau d'information de élèves sur les IST/VIH/SIDA

Questions/Assertions	Intervention		Témoin		Comparaison Intervention/Témoin (test statistique)	
	Pré-test (N=761)	Post-test (N=1108)	Pré-test (N=273)	Post-test (N=471)	Pré-test (761/273)	Post-test (1108/471)
J'ai entendu parler des IST	92,6%	96,6%	88,6%	91,7%	P=0,041	P<0,001
	P<0,001		P=0,16			
J'ai entendu parler du VIH/SIDA	97,6%	98,8%	97,8%	97,7%	P=0,9	P=0,08
	P=0,04		P=0,9			
Le SIDA n'existe pas, C'est une invention pour décourager	24,4%	14,4%	26,7%	24,5%	P=0,45	P=0,001
	P<0,001		P=0,5			
Une personne qui a l'aire en bonne santé peut avoir le SIDA	71,8%	73,2%	78,4%	72,1%	P=0,03	P=0,64

La proportion d'élève ayant entendu parler de VIH/SIDA était plus élevée à celle des IST. L'intervention a considérablement amélioré la perception sur l'existence du VIH/SIDA. En revanche, malgré l'intervention : 20 à 30 % des élèves pensent toujours qu'une personne qui a l'aire en bonne santé peut avoir le SIDA" (Voir figure I)

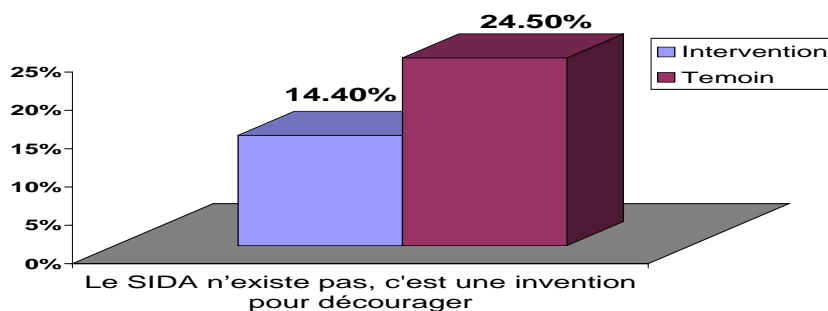


Figure I : Comparaison entre le groupe 'intervention et le groupe témoin au post-test.

Tableau III : Connaissances des modes de transmission courants des IST/VIH/SIDA

Questions/Assertions	Intervention		Témoin		Comparaison Intervention/Témoin (test statistique)	
	Pré-test (N=761)	Post-test (N=1108)	Pré-test (N=273)	Post-test (N=471)	Pré-test (761/273)	Post-test (1108/471)
Relations sexuelles non protégées (sans utiliser le préservatif)	88,4%	92,5%	90,0%	89,3%	P=0,46	P=0,044
	P=0.003		P=0.7			
Partage des aiguilles d'injection ou des lames de rasoir	90,7%	91,4%	90,1%	88,6%	P=0,78	P=0,08
	P=0.6		P=0.5			
Transmission du VIH de la mère à l'enfant	80,3%	86,4%	76,5%	75,0%	P=0,18	P<0,001
	P<0.001		P=0.6			

Environ 90% des élèves avaient une bonne connaissance des relations sexuelles non protégées et le partage des aiguilles ou objets tranchants souillés comme voie de transmission du VIH. A la fin de l'intervention on constate une amélioration considérable des connaissances sur la transmission de la mère à l'enfant (TME) (P<0,001).

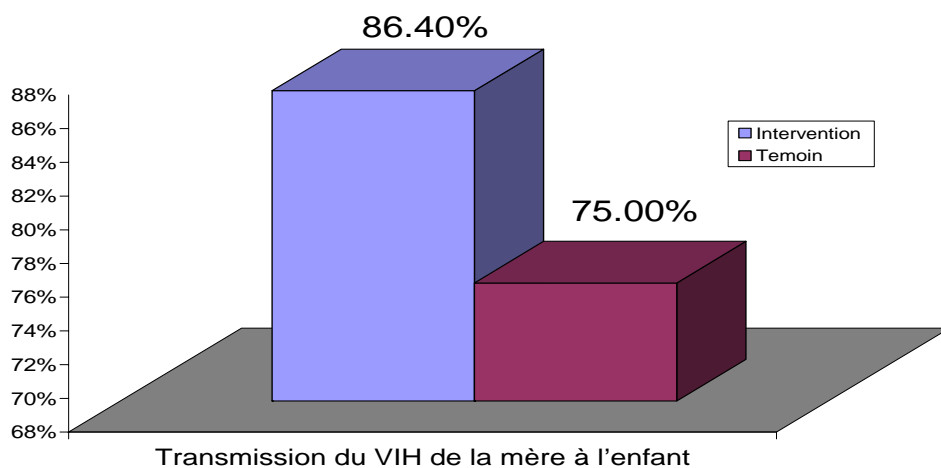


Figure II : Comparaison entre le groupe 'intervention et le groupe témoin au post-test.

Tableau IV: Répartition selon le nombre de modes de transmission des IST/VIH/SIDA correctement cités

	Intervention		Témoin		Comparaison Intervention/Témoin (test statistique)	
	Pré-test (N=761)	Post-test (N=1108)	Pré-test (N=273)	Post-test (N=471)	Pre-test 761/273	Post-test 1108/471
Aucun mode	23.26	9.03	19.78	18.26	P=0,23	P<0.001
		P<0.001		P=0.6		
Un mode	18.66	10.02	19.78	15.29	P=0.68	P=0,005
		P<0.001		P=0.11		
Deux modes	26.54	24.28	25.64	32.91	P=0.77	P<0.001
		P=0.26		P=0.03		
Trois modes	31.54	56.68	34.80	33.55	P=0.32	P<0.001
		P<0.001		P=0.72		

Le niveau de connaissance était comparable à tout point au pré-test entre intervention et témoin (p allant de 0,23 à 0,77), Cependant la sensibilisation des élèves par les PE a engendré une différence significative entre ces deux branches de l'étude mais surtout une diminution du taux des mauvaises connaissances au profil des bonnes.

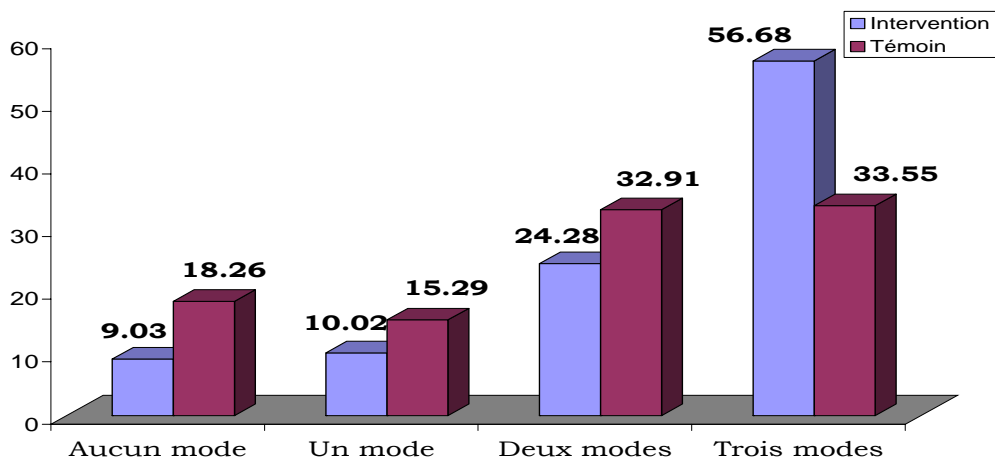


Figure III : Comparaison entre le groupe ‘intervention et le groupe témoin au post-test.

Tableau V : Connaissances erronées sur la transmission du VIH.

Le SIDA se transmet par:	Intervention		Témoin		Comparaison Intervention/Témoin (test statistique)	
	Pré-test (N=761)	Post-test (N=1108)	Pré-test (N=273)	Post-test (N=471)	Pré-test (761/273)	Post-test (1108/471)
Par piqûres de moustiques	40,2%	15,3 P<0.001	40,3%	29,5 P=0.003	P=0,9	P<0,001
En mangeant dans la même tasse qu'une PVVIH	20,8%	6,5% P<0.001	18,7%	12,9% P=0.03	P=0,46	P<0,001
Partage de la toilette avec une PVVIH	27,0%	12,4% P<0.001	26,5%	22,5% P=0.2	P=0,85	P<0,001
Par mauvais sort	15,3%	7,2% P=0.001	7,4%	11,4% P=0.07	P=0,001	P=0,006

Au pré-test la proportion d'élèves avec des connaissances erronées sur la transmission du VIH/SIDA était comparable entre les deux groupes, sauf sur l'assertion "Par mauvais sort". L'intervention a réduit considérablement la proportion d'élèves qui attestent la transmission du VIH par piqûres de moustique ($P<0,001$) comparé au témoin où on a parfois constaté une hausse. Cependant à la fin de l'intervention 15,3% croyaient toujours à la transmission par piqûre de moustique et plus de 10% croyait au risque d'infection par le partage de toilette avec une PVVIH.

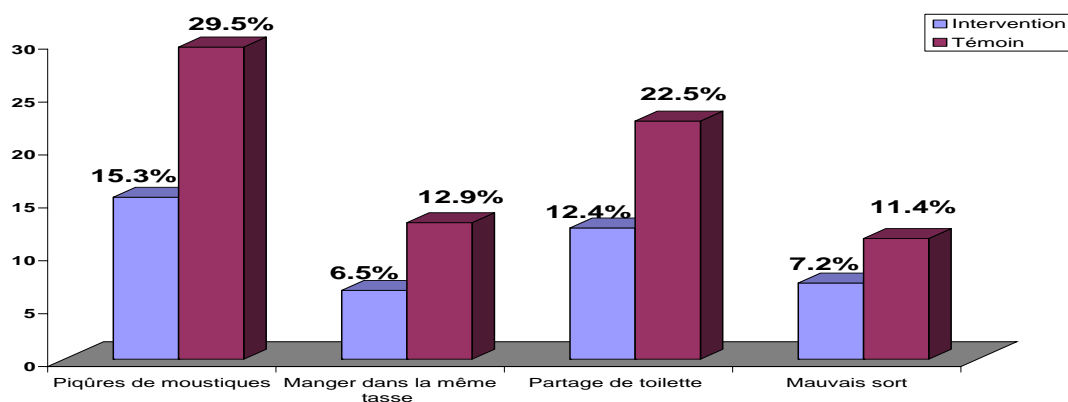


Figure IV : Comparaison entre le groupe 'intervention et le groupe témoin au post-test.

Tableau VI: Connaissances des modes de protection contre le VIH /SIDA

On peut se protéger contre le VIH :	Intervention		Témoin		Comparaison Intervention/Témoin (test statistique)	
	Pré-test (N=761)	Post-test (N=1108)	Pré-test (N=273)	Post-test (N=471)	Pré-test (761/273)	Post-test (1108/471)
En ayant des rapports sexuels avec un seul partenaire fidèle et non infecté	61,5%	68,2%	66,8%	66,0%	P=0,11	P=0,39
	P=0.06 Rat=0,004		P=0.7 Rat<0,001			
En utilisant le préservatif systématiquement	74,6%	80,4%	64,1%	78,8%	P=0,001	P=0,45
	P=0.003		P=0.06			
En s'abstenant d'avoir des rapports sexuels	63,0%	62,5%	59,0%	59,5%	P=0,23	P=0,27
	P=0.8		P=0.88			
En se mariant	43,4%	27,5%	37,4%	33,0%	P=0,085	P=0,031
	P<0,001		P=0,2			
En évitant de parler à une PVVIH	17,2%	10,7%	14,7%	18,4%	P=0,35	P<0,001
	P<0,001		P=0,2			

Le programme n'a pas eu d'impact significatif sur les connaissances de la fidélité et l'abstinence comme moyen de prévention du VIH/SIDA. La proportion d'élèves ignorant ces deux moyens de prévention variait de 30-34% pour la fidélité et 40% pour l'abstinence. La connaissance sur l'utilisation du préservatif comme moyen de protection a légèrement augmenté dans les deux groupes d'étude. Cette augmentation est plus significative dans le groupe d'intervention. Cependant, environ 20% des élèves n'ont toujours pas reconnu l'utilisation de condom comme moyen de prévention. L'intervention a diminué les connaissances absurdes sur le mariage ou en évitant de parler à une PVVIH comme moyen de protection contre le VIH. Le pourcentage d'élèves ayant cette fausse idée est passé respectivement de 43,4 à 27,5% et de 17,2 à 10,7%.

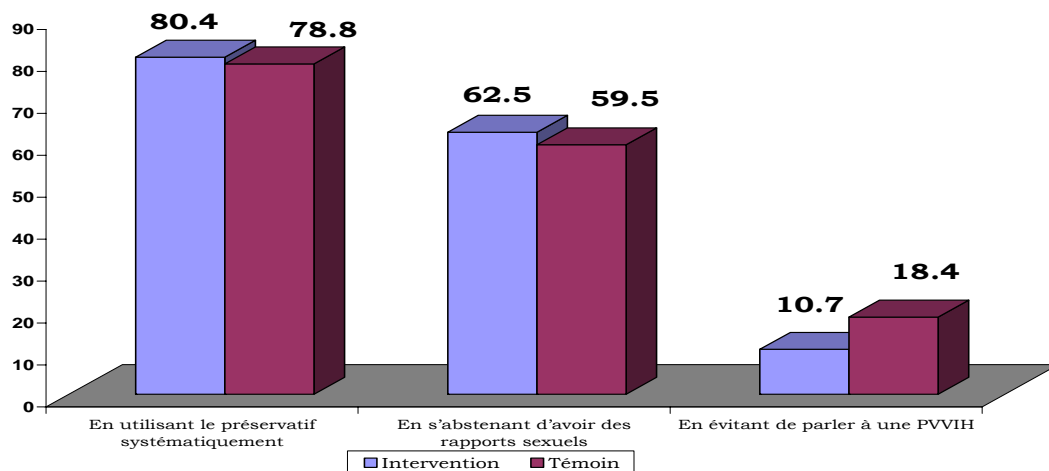


Figure V : Comparaison entre le groupe 'intervention et le groupe témoin au post-test.

Tableau VII : Information sur le préservatif

Questions/Assertions	Intervention (N=629)		Témoin (N=273)		Comparaison Intervention/Témoin (test statistique)	
	Pré-test (N=761)	Post-test (N=1108)	Pré-test (N=273)	Post-test (N=471)	Pré-test (761/273)	Post-test (1108/471)
Connait une personne de l'école qui pourrait renseigner sur le VIH/SIDA	71,7%	95,9%	76,3%	75,5%	P=0,14	P<0,001
	P<0.001		P=0.8			
Connait le préservatif/condom	89,5%	94,6%	93,8%	90,7%	P=0,03	P=0,004
	P=0.01		P=0.1			
Connait un endroit près de l'école où on peut avoir le condom/préservatif	Rat<0,001		Rat=0,025			
	77,4%	87,5%	80,2%	86,5%	P=0,33	P=0,6
	P<0.001		P=0.02			

Le pourcentage d'élèves qui connaissent une personne de leur école qui pourrait les renseigner sur le VIH/SIDA est passé de 71 à 95,9% dans le groupe d'intervention (voir *figure V*) mais demeure presque inchangé

dans le groupe témoin 76,3 à 75,5%. La connaissance du préservatif a légèrement augmenté dans le groupe d'intervention au post-test. La connaissance d'un endroit près de l'école où se procurer des préservatifs bien qu'ayant été améliorée dans le groupe d'intervention, n'a pas significativement varié entre les deux groupes au post-test.

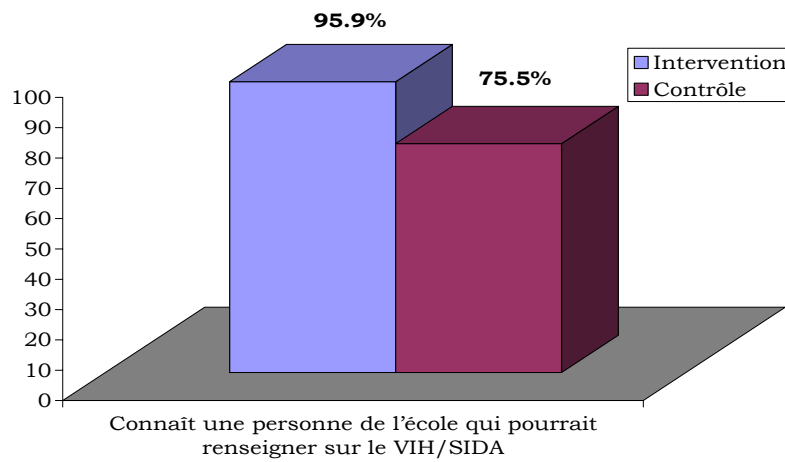


Figure VI : Comparaison entre le groupe 'intervention et le groupe témoin au post-test.

Tableau VIII: Score de connaissances correctes des moyens importants pour éviter le VIH/SIDA

Moyens de prévention	Intervention		Témoin		Comparaison Intervention/Témoin (test statistique)	
	Pré-test (N=761)	Post-test (N=1108)	Pré-test (N=273)	Post-test (N=471)	Pré-test 761/273	Post-test 1108/471
Aucun Moyen	21,68 P=0,004	16,43	33,33 P<0,001	20,59	P<0,001	P=0,04
Un moyen	28,38 P=0,02	23,65	16,85 P=0,01	24,84	P<0,001	P=0,6
Deux ou trois moyens	49,93 P<0,001	59,93	49,82 P=0,21	54,57	P=0,9	P=0,04

Dans le groupe d'intervention au pré-test près de 22% (21,68) des élèves ne pouvaient citer correctement aucun moyen d'éviter le VIH/SIDA. Au pré-test le taux de ceux qui pouvaient citer correctement deux ou trois moyens importants d'éviter le VIH/SIDA dans était d'environ 50% les deux groupes (49,93% pour le groupe d'intervention et 49,82% pour le groupe témoin). Ce taux a augmenté au post-test atteignant environ 60% dans le groupe d'intervention contre 54,57% du groupe témoin.

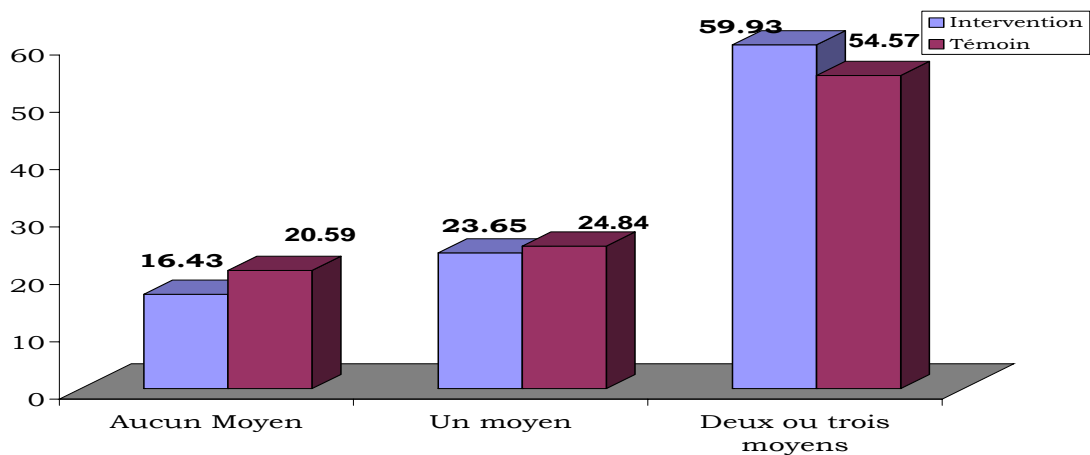


Figure VII : Comparaison entre le groupe 'intervention et le groupe témoin au post-test.

IV.2.2. Attitude des élèves.

Tableau IX : Attitudes favorables au changement de comportement

Questions/Assertions	Intervention (N=629)		Témoin (N=273)		Comparaison Intervention/Témoin (test statistique)	
	Pré-test (N=761)	Post-test (N=1108)	Pré-test (N=273)	Post-test (N=471)	Pré-test (761/273)	Post-test (1108/471)
Le VIH m'inquiète et me concerne	81,5%	84,5%	87,9%	80,5%	P=0,01	P=0,05
		P=0,09		P=0,008		
On PEUT se protéger du VIH/SIDA	92,8%	97,0%	95,2%	93,2	P=0,15	P<0,001
		P<0.001		P=0.3		

Environ 15 à 20% des élèves ne se sentent toujours pas inquiéter par le VIH/SIDA, ceci dans les deux groupes. De même, si on note une légère augmentation du nombre d'élèves qui croient à l'existence du SIDA, 4% d'entre eux ne croient toujours ni à l'existence SIDA, ni à la possibilité de se protéger.

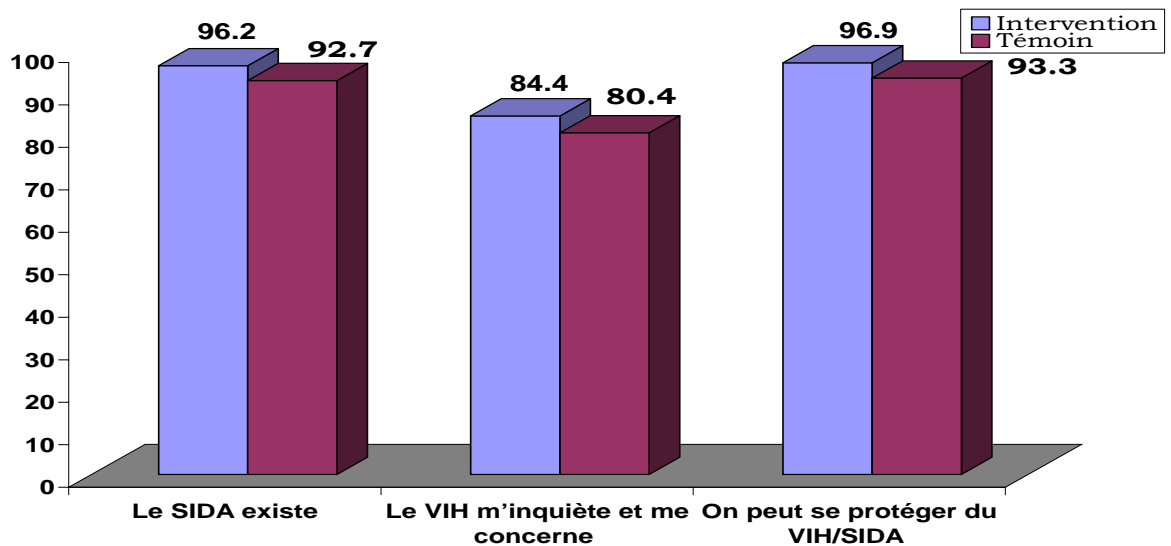


Figure VIII : Comparaison entre le groupe 'intervention et le groupe témoin au post-test.

Tableau X : attitude pour la prise en charge du SIDA

Questions/Assertions	Intervention (N=629)		Témoin (N=273)		Comparaison Intervention/Témoin (test statistique)	
	Pré-test (N=761)	Post-test (N=1108)	Pré-test (N=273)	Post-test (N=471)	Pré-test (761/273)	Post-test (1108/471)
Le SIDA est une maladie qui peut toucher n'importe qui	67,7%	81,1%	67,4%	70,9%	P=0,93	P<0,001
	P<0.001		P=0.3			
Il existe actuellement des médicaments qui permettent aux PVVIH de mener une vie normale	56,6%	67,2%	62,6%	57,4%	P=0,08	P<0,001
	P<0.001		P=0.1			
Seuls les prostitués et les gens qui ont plusieurs copain/copines peuvent avoir le VIH/SIDA	Rat<0,001		Rat<0,001		P=0,28	P<0,001
	44,0%	20,3%	40,3%	30,6%		
	P<0.001		P<0.001			

La proportion d'élèves qui affirment que "le SIDA est une maladie qui peut toucher n'importe qui" a augmenté significativement dans le groupe d'intervention. Il en est de même pour le nombre d'élèves qui croient à l'existence de médicaments. La proportion d'élèves "qui pensaient que seuls les prostitués pouvaient avoir le SIDA" a aussi diminué significativement dans le groupe d'intervention au post-test.

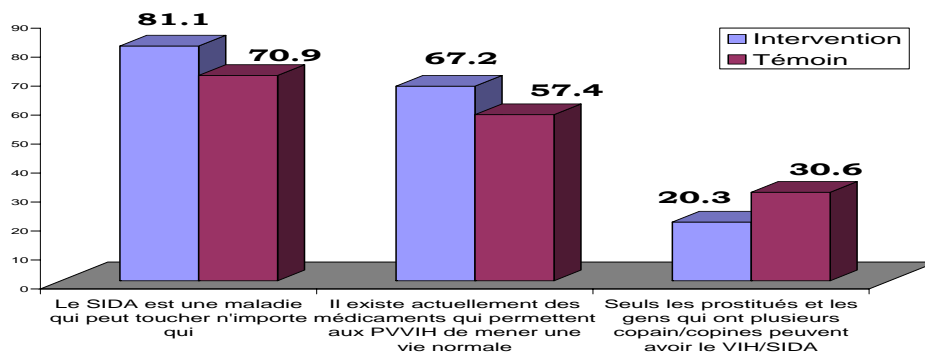


Figure IX : Comparaison entre le groupe 'intervention et le groupe témoin au post-test.

Tableau XI : Attitude face au dépistage volontaire du VIH

Questions/Assertions	Intervention		Témoin		Comparaison Intervention/Témoin (test statistique)	
	Pré-test (N=761)	Post-test (N=1108)	Pré-test (N=273)	Post-test (N=471)	Pré-test (761/273)	Post-test (1108/471)
J'accepterais de faire un test volontaire (de mon libre choix) du SIDA.	81,1%	84,8%	79,5%	74,8	P=0,56	P<0,001
	P=0.03		P=0.1			
Je peux citer un endroit où on fait le dépistage du VIH/SIDA	73,3%	86,3%	82,4%	81,4%	P=0,003	P=0,014
	P<0.001		P=0.7			
Le dépistage du VIH est seulement pour les adultes.	13,0%	8,9%	8,1%	8,3%	P=0,029	P=0,68
	P=0.005		P=0.9			

Environ 20 à 25% des élèves n'accepteraient toujours pas de faire un test volontaire après le post test.

Au pré-test le groupe témoin pouvait seulement mieux citer les endroits pour le dépistage volontaire du VIH. A la fin de l'intervention le taux d'élèves qui peuvent citer un CDV passe de 73,3 à 86,3% et celui des volontaires au test passe de 81,1 à 84,8%. L'idée néfaste selon laquelle le dépistage du VIH est seulement pour les adultes a chuté de 13 à 8,9% dans le groupe d'intervention mais celle-ci est demeurée inchangée dans le groupe témoin (8,1 à 8,3%).

IV.2.3. Comportements sexuels des élèves

Tableau XII: Comportement sexuel et utilisation du préservatif.

Questions/Assertions	Intervention		Témoin		Comparaison Intervention/ Témoin (test statistique)	
	Pré-test (N=761)	Post-test (N=1108)	Pré-test (N=273)	Post-test (N=471)	Pré-test (761/273)	Post-test (1108/471)
Est-ce que tu t'es jamais procuré (soit reçu gratuitement ou acheté) le condoms/préservatif	39,4%	42,7%	43,2%	43,5%	P=0,27	P=0,76
	P=0.1		P=0.9			
Il m'est arrivé d'avoir un contact sexuel	24,3%	27,6%	24,9%	32,1%	P=0,90	P=0,065
	P<0.001		P<0.001			
A eu un rapport sexuel au cours des 3 derniers mois	12,7%	22,0%	12,5%	27,6%	P=0,90	P=0,065
	P<0.001		P<0.001			
*A utilisé le préservatif lors du dernier rapport sexuel	(59/97) 60,8%	(75/129) 58,1%	(23/34) 67,6%	(42/75) 56,0%	P=0,04	P=0,4
	P=0.2		P=0.001			

*Sur ceux qui reconnaissent avoir eu un rapport sexuel au cours des 3 derniers mois

Environ 25 % des élèves reconnaissent avoir eu un rapport sexuel au cours des 3 derniers mois précédant l'enquête. Parmi ceux-ci, 30-40% n'ont pas utilisé de préservatifs. Du pré-test au post-test, Le taux d'utilisation du préservatif n'a pas beaucoup changé dans le groupe d'intervention cependant celui-ci à régresser de 67,6 à 54,7% dans le témoin

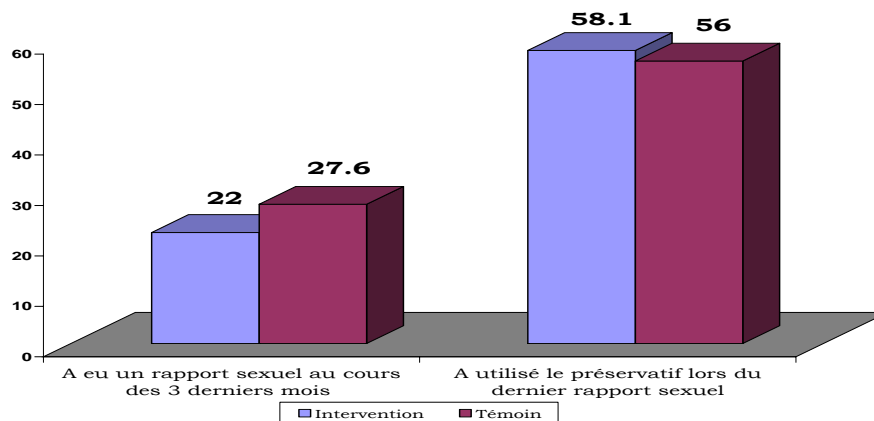


Figure X: Comportement sexuel et utilisation du préservatif

IV.3 Analyse comparative des connaissances, attitudes et pratiques sur les IST/VIH/SIDA par sexe et par groupe d'âge après l'intervention

IV.3.1 Connaissances de base sur les IST/VIH/SIDA

Tableau XIII : Existence et principales voies de transmission des IST/VIH/SIDA par tranche d'âge et par sexe

	10-14 ans				15-19 ans			
	Masculin		Féminin		Masculin		Féminin	
	Test (N=329) %	Témoin (N=98) %	Test (N=290) %	Témoin (N=102) %	Test (N=265) %	Témoin (N=130) %	Test (N=226) %	Témoin (N=137) %
Existence des MST	98,8	89,7	94,4	88,1	96,2	96,2	96,5	91,4
	*P<0.01		P=0.03		*P=0.5		P=0,04	
A entendu parler du VIH/SIDA	98,8	95,9	98,6	97,0	99,6	99,2	98,2	97,8
	*P=0.08		*P=0.4		*P=0,5		*P=1	
Le SIDA existe-t-il	96,3	86,3	97,6	94,0	93,6	94,6	97,8	94,9
	P<0.01		*P=0.1		P=0.7		*P=0.2	
Relations sexuelles non protégées (sans utilisation de préservatifs)	93,9	84,5	89,0	87,0	95,5	93,7	91,0	90,2
	P=0.03		P=0.6		P=0,5		P=0,8	
Partage des aiguilles d'injection ou des lames de rasoir	92,9	85,7	85,9	79,4	92,9	93,8	94,2	92,1
	P=0.03		P=0.1		P=0,7		P=0,4	
Transmission du VIH de la mère à l'enfant	89,5	69,8	83,6	75,2	86,5	73,4	85,4	79,1
	P<0.01		P=0.06		P<0,01		P=0,12	

Dans l'ensemble, les élèves ont un niveau de connaissances assez bon sur l'existence des IST et le VIH/SIDA. Cependant l'intervention a

apporté une amélioration significative pour les deux sexes de la tranche d'âge de 10 à 14 ans et plus particulièrement dans le sexe masculin par rapport au groupe témoin.

Tableau XIV : Connaissance erronée sur la transmission du VIH par tranche d'âge et par sexe

	10-14 ans				15-19 ans			
	Masculin		Féminin		Masculin		Féminin	
	Etablissement Test (N=329)	Témoin (N=98)	Etablissement Test (N=290)	Témoin (N=102)	Etablissement Test (N=265)	Témoin (N=130)	Etablissement Test (N=226)	Témoin (N=137)
Par piqûres de moustiques	14,1%	38,8%	16,5%	24,0%	14,3%	32,6%	16,8%	23,6%
	P<0,001		P=0.1		P<0,001		P=0,1	
En mangeant dans la même tasse qu'une PVVIH	10,7%	21,4%	8,5%	17,6%	3,4%	11,5%	1,8%	5,0%
	P=0.006		P=0.01		P=0,01		*P=0,1	
Partage de la toilette avec une PVVIH	12,5%	27,6%	16,5%	32,7%	8,2%	18,8%	12,0%	15,6%
	P<0,001		P=0.001		P=0,002		P=0,3	
Par mauvais sort	10,2%	14,7%	9,4%	13,0%	3,8%	8,6%	4,0%	10,9%
	P=0.2		P=0.3		P=0,048		P=0,01	

* Test de Fisher

Pour toutes les tranches d'âge et pour les deux sexes, une réduction considérable des connaissances erronées est notée dans les groupes tests atteignant 2-3 fois moins que leur groupe témoin.

Tableau XV : Attitudes favorables au changement de comportement par tranche d'âge et par sexe

	10-14 ans				15-19 ans			
	Masculin		Féminin		Masculin		Féminin	
	Etablissement		Etablissement		Etablissement		Etablissement	
	Test (N=329)	Témoin (N=98)	Test (N=290)	Témoin (N=102)	Test (N=265)	Témoin (N=130)	Test (N=226)	Témoin (N=137)
Je connais le préservatif/condom	96,7%	91,8%	92,0%	82,4%	95,8%	93,1%	93,4%	93,5%
		P<0,01		P<0,01		P=0,2		P=1
Une personne qui a l'air en bonne santé peut avoir le SIDA	72,8%	68,0%	74,0%	63,4%	79,7%	77,8%	73,5%	68,0%
		P=0,3		P=0,04		P=0,7		P=0,3
J'accepterais de faire un test volontaire (de mon libre choix) du SIDA.	83,4%	70,4%	80,1%	63,7%	85,0%	82,3%	84,7%	74,0%
		P<0,01		P<0,01		P=0,8		P=0,03

Dans toutes les tranches d'âge et pour les deux sexes le taux de ceux qui affirment connaître le préservatif est augmenté dans les groupes tests comparés à leur groupe témoin sauf celui du sexe féminin de 15-19 ans où le niveau est resté très bon et semblable à son groupe témoin.

Dans tous les groupes, le taux de "ceux qui pensent qu'une personne qui a l'air en bonne santé peut avoir le VIH" est légèrement plus élevé dans les établissements tests (72,8 à 79,7%) mieux que leur groupe témoin respectif (63,4 à 77,8%). Ceux qui accepteraient de faire un test de dépistage volontaire sont significativement plus nombreux ($p<0,01$) que leur groupe témoin sauf chez les garçons de 15 à 19 ans.

IV.3.2 Avantages de l'intervention

Tableau XVI : Récapitulatif portant sur les avantages de l'intervention des PE sur les connaissances des élèves relatives à la transmission du VIH

Questions/Assertions	Intervention		Témoin		Comparaison Intervention/Témoin (test statistique)	
	Pré-test (N=761)	Post-test (N=1108)	Pré-test (N=273)	Post-test (N=471)	Pré-test (761/273)	Post-test (1108/471)
Le SIDA n'existe pas, C'est une invention pour décourager	24,4%	14,4%	26,7%	24,5%	P=0,45	P=0,001
	P<0,001		P=0,5			
Transmission du VIH de la mère à l'enfant	80,3%	86,4%	76,5%	75,0%	P=0,18	P<0,001
	P<0,001		P=0,6			
Par piqûres de moustiques	40,2%	15,3	40,3%	29,5	P=0,9	P<0,001
	P<0,001		P=0,003			
En mangeant dans la même tasse qu'une PVVIH	20,8%	6,5%	18,7%	12,9%	P=0,46	P<0,001
	P<0,001		P=0,03			
Partage de la toilette avec une PVVIH	27,0%	12,4%	26,5%	22,5%	P=0,85	P<0,001
	P<0,001		P=0,2			
Par mauvais sort	15,3%	7,2%	7,4%	11,4%	P=0,001	P=0,006
	P=0,001		P=0,07			
Seuls les prostitués et ceux qui ont plusieurs copain/copine peuvent avoir le VIH/SIDA	44,0%	20,3%	40,3%	30,6%	P=0,28	P<0,001
	P=0,001		P=0,07			
En évitant de parler à une PVVIH	17,2%	10,7%	14,7%	18,4%	P=0,35	P<0,001
	P<0,001		P=0,2			
Connait une personne de l'école qui pourrait renseigner sur le VIH/SIDA	71,7%	95,9%	76,3%	75,5%	P=0,14	P<0,001
	P<0,001		P=0,8			
Le SIDA est une maladie qui peut toucher n'importe qui	67,7%	81,1%	67,4%	70,9%	P=0,93	P<0,001
	P<0,001		P=0,3			

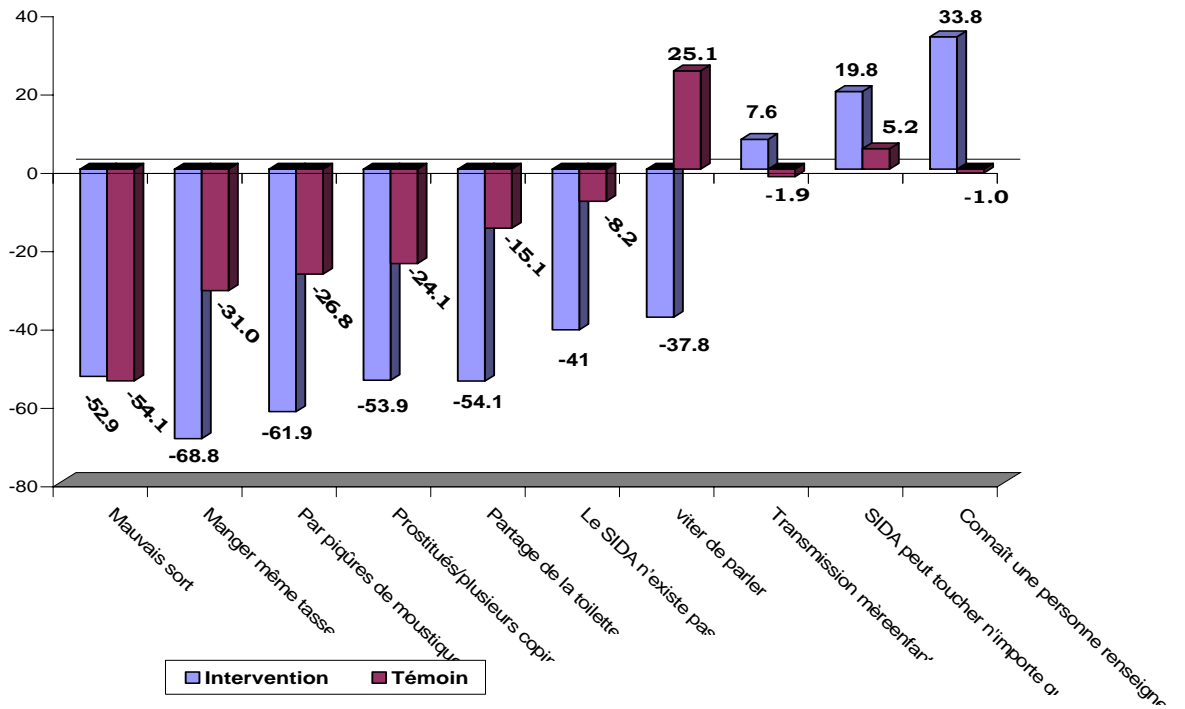


Figure 11 : Comparaison des taux d'amélioration des connaissances sur les IST/VIH/SIDA entre les deux groupes d'études

V
Commentaires
et
Discussions

V.1 Méthodologie :

Notre étude s'est déroulée du 26 janvier au 3 juin 2005 dans 23 établissements repartis sur trois sites: Mopti, la commune I et VI du district de Bamako.

V.2 L'objet de notre étude : était de rechercher l'impact des pairs éducateurs sur les connaissances, les attitudes et les pratiques comportementales de leurs pairs en milieu scolaire dans le cadre de la prévention des IST/VIH/SIDA. Selon 84,8% des femmes et 78% des hommes du niveau secondaire ou plus dans l'EDSMIII^[36], il serait souhaitable d'éduquer les enfants sur l'utilisation du préservatif.

V.3 Limites de notre méthodologie : Le choix des PE a été fait par les ONG partenaires de l'UNICEF en collaboration avec les directeurs d'école et les enseignants des différentes classes concernées ; ce choix aurait pu se faire à travers le sociogramme qui est l'instrument le mieux adapté pour une meilleure interaction entre les PE et leurs camarades ^[30]. Un seul kit vidéo par établissement semblait insuffisant rendant parfois difficile l'accès des élèves aux séances de sensibilisation audio-visuelles. Notre évaluation a été plutôt quantitative et n'a pas concerné le processus de mise en œuvre du programme. En effet, l'impact évalué dans notre étude peut être fortement influencé par ce processus (formation des pairs, interaction avec leurs camarades, difficultés rencontrées au cours de la mise en œuvre du programme, etc.)

V.4 Collecte et gestion des données : Nous avons choisi aléatoirement les élèves dans le but d'avoir un échantillon assez uniforme et d'éviter l'influence éventuelle des enseignants qui solliciteraient les mieux éveillés. Les enquêteurs étaient suffisamment formés pour ramener les questions à un niveau accessible à chaque élève.

V.5 Profil des enquêtés : Notre étude a porté sur 1 034 élèves au pré-test et 1 579 au post-test. La tranche d'âge de 10-14 ans constituait 51,9% ; le sexe masculin était dominant (avec 52,1%). Le groupe soumis à l'intervention représentait 70,8% et les autres 29,2% servaient de contrôle.

V.6 Résultats :

V.6.1 Connaissances sur les IST/VIH/SIDA et les médicaments anti-VIH : Dans les établissements tests ainsi que les écoles témoins plus de 90% des élèves affirment avoir entendu parler des IST/VIH/SIDA. Ce taux est légèrement supérieur à 89,1% de l'EDSMIII ^[36] dans la tranche d'âge de 15 à 19 ans, mais inférieur à 95,6% des femmes en CPN de l'étude Mr Gbegnedji ^[12] et de 92,6% de Samaké.^[37] L'intervention a réduit de 40% (24 à 14%) la proportion des élèves qui pensaient que le SIDA serait une invention pour décourager les jeunes d'avoir des relations sexuelles. Dans l'étude de Cissé ^[38] 82,4% des scolaires croient à l'existence du SIDA. La proportion d'élèves attestant avoir oui l'existence de médicaments anti-VIH s'est augmentée d'environ 20% (56.6 à 67%). L'idée que le SIDA peut toucher n'importe qui s'est significativement améliorée allant de 68 à 81% dans le groupe d'intervention contre 67 à 71% du groupe contrôle. Aucun changement significatif n'a été observé dans les écoles témoins par rapport à l'existence du VIH/SIDA et des médicaments anti-VIH.

V.6.2 Connaissances relatives à la transmission du VIH/SIDA :

La faible amélioration observée sur la transmission par le partage d'aiguille ou de lame serait liée à une assez bonne connaissance des élèves dès le pré-test (>90%). Dans l'étude de Camara^[39] environ 35% des élèves (30,7% des filles et 35,2% des garçons) pensaient que le SIDA pouvait se transmettre par des lames, des ciseaux, des couteaux ou par d'autres instruments tranchants souillés.

Cependant dans les établissements d'intervention, les connaissances sur la transmission mère-enfant ou par les relations sexuelles non protégées ont respectivement augmenté de 16% (80,3% à 86,4%) et de 5% (88,4 à 92,5%). Au Mali, dans les études de Samaké⁵³ et de Gbenedji ^[12], le sexe était cité comme voie de transmission du VIH par respectivement 44% et 80%.

La sensibilisation par les pairs éducateurs a diminué la proportion d'élèves qui pensaient que le VIH était transmis par les moustiques allant de 40 à 15% dans les établissements d'intervention contre 40,3 à 29,5% pour les témoins. La proportion d'élèves qui pensaient que la transmission pouvait se faire en mangeant dans la même tasse qu'une PVVIH est passé 20,8 à 6,5% comparé à 30% (18,7 à 12,9%) dans les écoles témoins. Le nombre d'élèves ayant déclaré que seuls les prostitués et les gens qui ont plusieurs copains/copines peuvent avoir le VIH/SIDA est passé de 44 à 20%. Dans les écoles témoins, on note une réduction de la proportion d'élèves ayant des connaissances erronées sur la transmission, mais à un niveau nettement inférieur à celui des écoles d'intervention. Cette modeste réduction des connaissances erronées pourrait subvenir des médias ou d'activités éducatrices certainement moins structurées dans ces écoles témoins contre le VIH/SIDA.

V.6.3 Connaissances relatives à la prévention :

Dans les écoles d'intervention, la faible augmentation (4%) du nombre d'élèves attestant qu'on peut se protéger contre le VIH/SIDA peut s'expliquer par le bon niveau initial constaté au pré-test (90%). Il en est de même de la protection par l'utilisation systématique du préservatif qui est modérément améliorée de 6% (74 à 80% dans les écoles tests).

Ce résultat est inférieur à 93,9% de l'étude de Madina ^[40] mais supérieur à celle de Camara ^[39] où environ 37% élèves (37,95% de garçons et 25,7% de filles) citent principalement le préservatif comme moyen de prévention des MST. L'intervention a réduit les connaissances absurdes

des moyens de protection. Ainsi, la proportion d'élèves, qui pensaient se protéger par le mariage ou l'évitement de PVVIH, a significativement diminué de 37% (43,4 à 27,5%) pour les établissements tests mais moindre pour les contrôles allant de 17,2 à 10,7%. En revanche, les connaissances sur les moyens de protection contre le VIH telles que la fidélité à un partenaire non infecté ou l'abstinence sexuelle n'ont pas varié significativement entre le pré-test et le post-test. Cela pourrait s'expliquer par: 1] une mauvaise compréhension de cette question par les élèves, 2] Un abord inadéquat du sujet par les enseignants et les pairs éducateurs. Cette dernière semble la plus probable étant donnée que plus de 25% des PE n'ont pas bien répondu à ces deux questions.

V.6.4 Connaissance et utilisation des condoms/préservatifs:

Le nombre d'élèves qui ont déclaré connaître le condom/préservatif, ou connaître un endroit près de leur école où on peut avoir des préservatifs ont respectivement augmenté de 6 (89,5 à 94,6%) et 13% (77,4 à 87,5%) dans les établissements tests. Dans l'EDSMIII ^[36] seuls 33,7% des 15-19 ans pouvaient citer un moyen important d'éviter le VIH/SIDA. L'augmentation de 80,2 à 86,5% de la proportion d'élèves du groupe témoin ayant déclaré connaître un lieu d'obtention de préservatifs près de l'école s'expliquerait par la diffusion de l'information à travers leurs causeries avec ceux qui reçoivent l'enseignement. La proportion d'élèves qui ont utilisé le préservatif lors du dernier rapport sexuel parmi ceux qui reconnaissent avoir eu un rapport sexuel au cours des trois mois précédents l'enquête n'a pas changé. Cela peut être lié au délai de notre étude qui serait relativement court pour qu'on puisse remarquer un éventuel effet sur les pratiques des élèves. Aux États-Unis, le projet de prévention du VIH chez les adolescents (RAPP) a permis de constater que sur un délai relativement court, il est possible d'avoir un impact

spectaculaire sur le niveau de connaissance mais un effet beaucoup moindre par rapport aux attitudes et des pratiques^[41, 42, 43].

V.6.5 Attitude relative au test de dépistage volontaire :

L'intervention serait un bon apport pour le test de dépistage, la proportion d'élèves acceptant un test de dépistage volontaire du VIH est allée de 81,1 à 84,8% (P=0.03), et de 73 à 86% pour ceux qui pouvaient citer un centre de dépistage. Dans l'EDSMIII^[36] 51% des 15-19 ans désiraient le dépistage volontaire seuls 2,3% l'auraient subit contre 15% de notre étude.

L'intervention a aussi permis de réduire la proportion d'élèves qui pensaient que le dépistage du VIH était seulement pour les adultes allant de 13 à 9% (P<0,01). Aucun changement significatif n'a été observé dans les écoles témoins du pré-test au post-test par rapport au dépistage volontaire.

V.6.6 Comportement à risque pour les IST/VIH/SIDA :

Le comportement sexuel n'a pas significativement changé. L'âge médian au premier rapport sexuel estimé à 14,50 est inférieur à celui de Sow ^[18] au Mali et SABARA M⁵⁵ au Sénégal qui ont trouvé respectivement 15,5 et 15,17 ans. Dans l'Enquête de Surveillance Comportementale (ESC)^[44] réalisée en Haïti par le Projet IMPACT en 2000, 46% des filles et 66% des garçons de 15 à 19 ans avaient déjà eu une expérience sexuelle.

Le nombre d'élèves ayant déclaré avoir eu des rapports sexuels au cours des 3 derniers mois précédant le post-test a été presque le double du pré-test dans les deux groupes d'études (12,7 à 2 % pour intervention contre 12,5 à 27% pour les témoins). Ceci pourrait s'expliquer par le fait que les élèves seraient devenus plus confortables avec cette question (administrée par les mêmes enquêteurs qu'ils ont rencontrés lors du pré-test). La sensibilisation par les PE aurait permis de lever un certain

tabou sur la sexualité rendant les élèves plus confortables à parler de rapport sexuel.

V.6.7 Connaissances relatives aux sources d'information sur les IST/

VIH/SIDA : Suite à l'intervention le nombre d'élèves pouvant citer les pairs éducateurs comme principales sources d'information sur le VIH/SIDA est passé de 71 à 96%. Cependant la télévision était citée par 94,6% de la tranche d'âge de 15 à 19 ans de l'EDSMIII ^[36] en 2001. Ceci témoignerait de la reconnaissance des activités des PE par les élèves. Dans l'étude de Camara ^[39] 34% des élèves ont cité principalement l'école comme source d'information sur les MST.

V.6.8 Effets de l'intervention par âge et par sexe au post-test :

Dans la tranche d'âge 15-19 ans, seul 1,8% des filles disent n'avoir pas entendu parler du SIDA dans le groupe d'intervention comparé à 2,2% de son contrôle et 11,9% de l'EDSMIII ^[36].

Pour la transmission du VIH/SIDA : l'intervention a significativement amélioré les connaissances sur la transmission mère enfant dans toutes les tranches d'âge quel que soit le sexe. Dans la tranche de 15-19 ans ce taux a évolué de 85,4 à 86,5% pour les établissements d'intervention contre 73 à 79,1% pour leurs témoins et 41,4 à 50% de l'EDSMIII ^[36]. Les connaissances sur les 2 autres modes de transmission du VIH (les relations sexuelles non protégées et le partage des aiguilles ou de lames) n'ont significativement augmenté que chez les garçons âgés de 10-14 ans. On note une réduction significative de plus de la moitié, de la proportion de garçons qui croient à la transmission du VIH par les moustiques. En effet, selon Sarah ^[46], l'absence de transmission du VIH par le moustique, serait une cause de doute sur l'existence du SIDA au Mali et plus précisément à Sikasso. Dans la tranche d'âge de 15 à 19 ans, le pourcentage de ceux qui pensent qu'une personne qui a l'air en

bonne santé peut avoir le VIH/SIDA est de 79,7% ; 73,5% respectivement pour le sexe masculin et féminin du groupe d'intervention. Ces taux sont supérieurs à leurs témoins et à ceux de l'EDSMIII^[36] pour les garçons et les filles de la même tranche d'âge respectivement 55,6 et 44,6%.

Chez les garçons, l'intervention a augmenté la proportion d'élèves qui croient qu'on peut se protéger contre le VIH/SIDA surtout pour les 10-14 ans (97%) comparé à leur témoin (85%). Elle a significativement amélioré les connaissances sur le préservatif de la tranche d'âge de 10-14 ans. Cela est en rapport avec les 75% des populations urbaine et rurale qui pensent qu'on doit éduquer les enfants sur l'utilisation du préservatif⁽³⁶⁾. La proportion d'élèves qui désirent faire le test de dépistage est successivement de 85 et 84,7% pour les garçons et les filles de 15-19 ans contre 65 et 51% de L'EDSMIII^[36]. Pour les groupes d'intervention, ceux qui attestent avoir subi le test de dépistage est de 19,5 et 14,5% pour le sexe masculin et féminin contre respectivement 3,5 et 2,3 de l'EDSMIII^[36] dans la tranche d'âge de 15-19 ans.

V.6.9 Indicateurs de connaissance sur la transmission et la protection contre le IST/VIH/SIDA :

A la suite de la sensibilisation par les PE, le nombre d'élèves qui n'ont pu citer correctement aucun moyen important d'éviter le VIH/SIDA a diminué allant de 21,68% à 16,43%. Ce taux est nettement inférieur à 36,2 du niveau primaire de l'EDSMIII^[36].

Le nombre d'élèves qui ont pu citer correctement deux ou trois moyens importants de prévention du VIH/SIDA est allé de 49,93 à 59,93%. Cette proportion est semblable à 59,4% de l'EDSMIII^[36] pour ceux qui avaient un niveau d'éducation primaire.

VI

Conclusions

Après environ trois mois de sensibilisation des élèves de la 5^e à la 9^e année fondamentale par les pairs éducateurs sur les IST/VIH/SIDA nous avons constaté :

- Une diminution du doute sur l'existence des IST/VIH/SIDA ;
- Une amélioration considérable des connaissances correctes des élèves sur les modes de transmission et des moyens de prévention des IST/VIH/SIDA ;
- Une augmentation du nombre de volontaires au test de dépistage.

Cela permettra aux adolescents d'être mieux équipés pour réfléchir et adopter un comportement sexuel responsable dont les avantages seront :

- La diminution du risque d'infection par le VIH/SIDA ;
- La vulgarisation de l'information sur le VIH dans la population générale ;
- La constitution d'une jeunesse saine apte aux activités de développement.

Nous recommandons

Aux autorités administratives :

- D'étendre sur toutes les écoles le module de formation de pairs éducateurs ;
- De multiplier les centres de dépistage volontaire ;
- De promouvoir au niveau des infirmeries scolaires, des services de prise en charge des IST ;
- De multiplier les points de vente des préservatifs.

A l'UNICEF et aux ONGs partenaires :

- D'octroyer un nombre suffisant de kits vidéo et de groupes électrogènes pour une meilleure accessibilité des élèves aux séances de sensibilisation audio-visuelle ;
- De motiver les enseignants et des PE pour la pérennité du mouvement.

FICHE SIGNALÉTIQUE

Nom : KONE

Prénom : Danaya

Titre : Impact d'un module de formation de pair éducateur sur les connaissances, attitudes et pratiques des élèves par rapport aux IST/VIH/SIDA.

Ville de soutenance : Bamako

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odonto-stomatologie

E-mail : konedanaya@yahoo.fr; danaya@mrtcbko.org.

Secteur d'intérêt : Epidémiologie, santé publique, virologie

Résumé :

La progression rapide de la pandémie des IST et du VIH/SIDA en particulier, fait appel à des mesures d'urgence. Sous l'initiative de l'UNICEF nous avons mené une étude sur deux groupes : un premier groupe soumis à la sensibilisation par les PE en plus du programme habituel et un second servant de contrôle ne recevant que le programme habituel.

De janvier à juin 2005 nous avons noté dans le groupe d'intervention:

- Une diminution de 41,6% (24,4 à 14,4%) du doute sur l'existence des IST/VIH/SIDA;
- Une amélioration considérable la connaissance correcte des élèves sur les 3 modes de transmission des IST/VIH/SIDA de 79,7% (31,54 à 56,68%) ; et de 20% (49,93 à 59,93%) celle de deux à trois moyens importants de prévention des IST/VIH/SIDA;
- Une augmentation de 4.6% (81.1 à 84.8%) du nombre de volontaires au test de dépistage.

L'absence de modification significative du comportement semble liée au délais d'intervention relativement court.

Mots clés : Pair éducateur, VIH, scolaires, Mali

Secteur d'intérêt : santé publique Epidémiologie,

VII

Bibliographie

1. ONU/SIDA : *Statistiques et caractéristiques régionales du VIH et du SIDA 2003 et 2005*
2. ALIHONOU E et coll. *Adolescents et contraception : Enquete Cap au Bénin. Rapport 1988-93*
3. FLANAGAN D, WILLIAMS C, MAHLER H. *Peer Education in projects Supported by AIDSCAP : A study of 21 projects in Africa, Asia and Latin America.* AIDSCAP. 1996.
4. CARON F, GODIN G, OTIS J, LAMBERT LD. *Evaluation of a theoretically based AIDS/STD peer education program on postponing sexual intercourse and on condom use among adolescents attending high school.* *Apr;19 (2):185-97. PMID: 15031278 [PubMed - indexed for MEDLINE]* *Health Educ Res.* 2004
5. APOSTOLIDIS T. : *Pratiques « sexuelles » versus Pratiques« amoureuses ».* *Fragments sur la division socioculturelle du comportement sexuel.* *Sociétés, 39 : 39-46 ; (1993).*
6. Pr DELFRAISSY : *Réseau d'information francophone sur le Sida Prise en charge thérapeutique du VIH/sida Présentation du rapport "Delfraissy" 2004 Sidanet, 2005, 2(1) : 800 Lundi 21 février 2005)*
7. WWW. iFrance.com/Histo.htm *Historique du VIH/SIDA. Consulter le 26 janvier 2005*
8. FRIEDLAND G, KAHL P, SALTZMAN B, ET AL. *Additional evidence for lack of HIVinfection by closeinterpersonal (casual) contact.* *AIDS 1990, 4: 639-44.*
<http://amedeo.com/lit.php?id=2118767>
9. ONU/SIDA : *Rapport sur l'épidémie mondiale du SIDA 5^{ième} rapport mondial, Genève 2005 : 96p*
10. GARAIT .V ; MOLINA JM *Infection par le VIH, revu du praticien (maladies infectieuses) B192 (2002)*
11. FREUD S. : *Trois essais sur la théorie de la sexualité (1905).* *Gallimard, Paris, 1987.*
12. Gbegnedji Kodjogan Y. *Evaluation des facteurs determinant l'utilisation des services de la prévention de la transmission mère*

- enfant du VIH/SIDA dans le District de Bamako. Thèse de médecine 2005.
13. DAO S, DIARRA S DEMBELE JP et al. *VIH/SIDA au Mali ; Premières journées medico-chirurgicales et pharmaceutiques de l'hôpital du Point G Actualité thérapeutiques 2004*
 14. BENGALY., COULIBALY S.M., DIAKITE ET AL. *Dispensation des ARV à l'hôpital du Point G. Premières journées médico-chirurgicales et pharmaceutiques de l'hôpital du Point "G". 2004*
 15. FRIEDLAND G, KAHL P, SALTZMAN BR, ROGERS MF, ET AL. *Lack of transmission of HTLV-III/LAV infection to household contacts of patients with AIDS or AIDS related complex with oral candidiasis. N Engl J Med 1986, 314:344-
<http://amedeo.com/lit.php?id=3456076>.*
 16. PERRY CL, SIEVING R. *Peer Involvement in Global AIDS Prevention among Adolescents. Unpublished review commissioned by the Global Programme on AIDS. WHO, 1991*
 17. GODIN, G., FORTIN, C., MICHAUD, F., BRADET, R. AND KOK, G. *Use of condoms : intention and behavior of adolescents living in juvenile rehabilitation centres. Health Education Research, 12,289-300.) (1997)*
 18. SOW YDRISSA ALMAMY. *Sexualité des adolescents dans le district de Bamako.; thèse méd N°16 (1997)*
 19. DAOUDA DIABY *Evaluation de l'efficacité immuno-virologique des traitement anti rétroviraux en usage dans trois centres de soins accrédités en cote d'ivoire : Cirba, CAT d'Adjame, pédiatrie du chu de Yopougon Thèse de Doctorat en pharmacie.28 mai 2002.)*
 20. MICHAEL SHINER: *Definning peer education/ Journal of Adolescence Article No. jado..0248 (1999)*
 21. KERRIGAN, D. *The status of HIV/AIDS peer education. Horizons/Population council. Prepared for the international Consultation on Peer Education and HIV/AIDS, Kingston, Jamaica, April 18-21, 1999*
 22. KIRBY, D., SHORT, L., COLLINS, J., RUGG, et al. *School-based programs to reduce sexual risk behaviors: A review of effectiveness. Public health reports, 109, 339-359 (1994)*

23. SENDEROWITZ, J.. *Reproductive health outreach programs for young adults*. Washington, D.C.: FOCUS on young Adults research Series, Pathfinder International. (1997)
24. BANDURA, A. *A Social Cognitive Approach of Thought to the exercise of control over AIDS infection*. In R.J. DiClemente (Ed.) *Adolescents and AIDS: A generation in jeopardy*. Newbury Park, CA: Sage Publications. (1992).
25. FEE N, YOUSSEF M. *Young people, AIDS and STD Prevention : Experience of peer Approchesin Developing countries*. (Drft). *Global programme on AIDS*. WHO, (1993.)
26. JASON, L. A., & RHODES, J. E. *Children helping Children: Implications for prevention*. *Journal of Primary Prevention* 9(4), 203-211. (1989).
27. WORLD HEALTH ORGANIZATION/UNITED NATIONS POPULATION Fund/United Nations Children's Fund (Who/UNFPA/UNICEF). *Programming for Adolescent Health. Discussion paper prepared for the WHO/UNFPA/UNICEF study group on programming for adolescent health*. 29 November-4 december 1995. Saillon, Switzerland.(1995)
28. MANUEL D'EDUCATION POUR LA SANTE *dans l'optique des soins de santé primaires OMS Genève (page 97, 22, 137) 1990*
29. CASH K, ANASUCHATKUL B. *Experimental Educational Interventions for AIDS Prevention among Northern Thai Single Migratory Female Factory workers*. ICRW Report-in-Brief. *Women and AIDS Research Program*. ICRW, 1993.
30. ROSENSTOCK IM. *Historical origins of the health belief model*. *Health Education Monographs* 1974; 2:328-335
31. COLLEGE DES ENSEIGNANTS D'ENDOCRINOLOGIE, DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES. *Mise à jour Novembre 2002 Faculté de Médecine ULP Strasbourg 67000 France 2003*
32. CONTE C., SAFOUAN M. : *Sexualité- sexualité et psychanalyse*. 16 : 770774 *Encyclopaedia Universalis*, 1985
33. ABRAHAM G., PASINI W. : *Introduction à la sexologie médicale*. Payot, Paris, 1974.

34. R. COURTOIS *Conceptions et définitions de la sexualité: les différentes approches* Ann. Méd.-Psychol., 1998, 156, n° 9
35. DR ALAIN BRACONNIER *Le guide de l'adolescent*, , éditions Odile Jacob, 1999
36. ENQUETE DEMOGRAPHIQUE ET SANITAIRE, (EDSM-III, Mali), ORC, Macro (WWW.measuredhs.com) 2000-2001
37. SAMAKE BROULAYE MASSAOULE : *Etude de l'action d'un centre de santé communautaire dans la lutte contre le SIDA dans un quartier péri urbain de Bamako*, 91-M-28
38. CISSE HAMIDOU: *Etude comparative des connaissances, attitudes et pratiques des adolescents scolaires et non scolaires en matière d'IST/SIDA dans la commune de Sikasso*. Thèse de médecine. N° 94. Bamako 2002
39. CAMARA MOHAMED : *Jeunes scolaires face à la sexualité ; thèse de médecine* 1999 N° 90
40. MADINA MAKI TALL (épouse Bah) : *Projet pilote d'intervention visant à freiner la propagation des MST-SIDA dans un groupe à haut risque dans le district de Bamako* 1988
41. TAWIL, O., VERSTER, A., & O'REILLY, K.. *Enabling approaches for HIV/AIDS promotion: Can we modify the environment and minimize the risk?* AIDS, 9, 1299_/1306. (1995)
42. WALDO, C., & COATES, T.. *Multiple levels of analysis and intervention in HIV prevention science: Exemplars and directions for new research*. AIDS, 14(Suppl. 2), S18_/S26. (2000)
43. WALLERSTEIN, N.. *Powerlessness, empowerment and health: Implications for health promotion programmes*. American Journal of Health Promotion, 6(3), 197_/205. (1992)
44. DEBORAHN. PEARLMAN , Ph.D. et al. *Tapping Youth as Agents for Change: Evaluation of a Peer Leadership HIV/AIDS Intervention* Journal Of Adolescent Health 2002;31:31-39
45. SABARA MARIE: *quelques aspects médicaux sanitaire de la reproduction chez les adolescents*. Dakar (thèse Pharm., Dakar). 1992

46. SARAH CASTLE: *Doubting the existence of AIDS : A barrier to voluntary HIV testing and counseling in urban Mali health policy and planning* 18(2), Oxford University Press 2003
47. BEEKER, C., GUENTHER GRAY, C., & RAJ, A. *Community empowerment paradigm and the primary prevention of HIV/AIDS. Social Science and Medicine*, 46(7), 831_/842. (1998).
48. BLOCH H., CHEMAMA R. : *Grand dictionnaire de la psychologie Larousse, Paris, 1991.*
49. BOZON M., LERIDON H., EDS : *Sexualité et sciences sociales. Populations, ; 48: 1174-1550. 1993*
50. CARON, F., OTIS, J. AND PILOTE, F. *Evaluation of an aids peer education program on multi ethnic adolescents attending an urban high school in Quebec CANADA. Journal of HIV/AIDS Education and prevention for adolescents and children*, 2 , 31-53. (1998)
51. CASTRO KG, LIEB S, JAFFE HW, ET AL. *Transmission of HIV incidence in Belle Glade, Florida: lessons for for other communities in the United States. Science* 1988, 239:193-7.
<http://amedeo.com/lit.php?id=3336781>
52. CENTERS FOR DISEASE CONTROL and Prevention, National Center of HIV, STD and TB Prevention, Divisions of HIV/AIDS Prevention. *HIV/AIDS Surveillance Report. Year-end Edition. 2000;12 (2).*
53. EGGER M, MAY M, CHENE G, ET AL. *Prognosis of HIV-1-infected patients starting HAART: a collaborative analysis of prospective studies.; 360:119-29. (<http://amedeo.com/lit.php?id=12126821>) Lancet* 2002
54. ENDA : *Panos SIDA et le Tiers monde Dakar Avril 1987*
55. Evidence for increased transmission of syphilis among homosexual and heterosexual men and women in Europe
Eurosurveillance weekly 4 (50),14.12.2000
(<http://www.eurosurv.org>)
56. FRANÇOISE OLIVIER ET MARIE-CHRISTINE FRANCO *Tribune libre « Les bouleversements de l'adolescence »*
<http://etapsycho.com/journal/article01-17.html> consulté le 24 janvier 2006

57. HOFFMANN – ROCKSTROH - KAMPS AL 2005 HIV Medicine
Page 25; 28 (2005)
58. WILLIAM R. BRIEGER, M.P.H., C.H.E.S., et al *International Article. West African Youth Initiative: Outcome of a Reproductive Health Education Program. Adolescent Health 2001;29:436– 446*
- 59.** KOUMARE B, COULIBALY S, et al. *Le soutien psychologique des PVVIH/SIDA au Mali. Enjeux et perspectives. Troisième journée VIH/SIDA de Bamako 2006*
60. LANE C. PEER EDUCATION: *Hopes and realities/The West African Youth Initiative. Presented at a John Hopkins University/ CEDPA Symposium, « The young and the Restless » Washington, DC. April 1997*
61. MELLANBY AR, REES JB, TRIPP JH. RELATED ARTICLES, *Peer-led and adult-led school health education: a critical review of available comparative research. Health Educ Res. 2000 Oct;15(5):533-45. Review. PMID: 11184213 [PubMed - indexed for MEDLINE]*
62. MILBURN, K.. *A critical review of peer education with young people with special reference to sexual health. Health and Education Research, 10, 407±420. (1995)*
63. MILLER, W. AND MACGILCHRIST, L.. *A model for peer-led work. Health Education, 2, March, 24±29. Newburn, T. (1997). Peer Education: a review of the literature. Unpublished. (1996)*
64. MELLORS JW, MUNOZ AM, GIORGI JV, et al. *Plasma viral load and CD4+ lymphocytes as prognostic markers of HIV-1 infection. Ann Intern Med. 1997, 126:946-954. <http://amedeo.com/lit.php?id=9182471>*
65. OLSON W, ISRAEL R, JACOBSON J ET AL. *Viral resistance and pharmacologic analyses of phase I/II study patients treated with the HIV-1 entry inhibitor PRO542. Abstract 561, 10th CROI 2003, Boston. Abstract 561*

66. PIOT (P) ET COLLABORATEURS: *Epidemiological aspects of HIV infection in developing countries British Medical Bulletin* 1988 vol44 n° p.68-88

67. SMITH MU, DANE FC, ARCHER ME, DEVEREAUX RS, KATNER HP. *Students together against negative decisions (STAND): evaluation of a school-based sexual risk reduction intervention in the rural south.* AIDS Educ Prev. Feb;12(1):49-70. PMID: 10749386 [PubMed - indexed for MEDLINE] 2000

68. SOGOBA DRAMANE. *Contribution à l'étude épidémiologique du SIDA en milieu hospitalier du Point "G" Bamako, MALI. Thèse de médecine* 2004.

69. TAMASHIRO H, MASKILL W, EMMANUEL J, FAUQUEX A, SATO P, HEYMANN D. *Reducing the cost of HIV antibody testing.* Lancet;342:87-90. (1993)

70. WILLIAM R. BRIEGER, M.P.H., C.H.E.S.et al. *Journal Of Adolescent Health;29:436– 446International Article. West African Youth Initiative: Outcome of a Reproductive Health Education Program.* (2001)

71. MELLORS JW, MUNOZ AM, GIORGI JV, ET AL. *Plasma viral load and CD4+ lymphocytes as prognostic markers of HIV-1 infection.* Ann Intern Med., 126:946-954. (1997)

72. MANUEL DE REFERENCE POUR LES PAIRS EDUCATEURS EN SANTE DE LA REPRODUCTION.AMREF-AIDSTECH-Programme national de lutte contre le SIDA, Ministère de la santé/TANZANIE 2005

Annexes

Et

Résumé

- c. En partageant des aiguilles d'injection ou des lames de rasoir
Vrai Faux
- d. En partageant la même toilette avec une PVVIH
Vrai Faux
- e. De la mère à l'enfant pendant la grossesse ou l'accouchement
Vrai Faux
- f. En ayant des relations sexuelles non protégées (sans utiliser le condom/préservatif)

Vrai Faux

- g. Par mauvais sort (*boni, dabali*)

Vrai Faux

5. Peut-on se protéger du VIH/SIDA ?

Oui Non

6. Répondre par vrai ou faux aux questions suivantes

Selon toi, on peut se protéger de l'infection à VIH:

- a. En évitant de parler aux personnes vivant avec le VIH/SIDA
Vrai Faux
- b. En se mariant
Vrai Faux
- c. En utilisant des préservatifs au cours des rapports sexuels
Vrai Faux
- d. En évitant d'avoir des rapports sexuels (abstinence sexuelle)
Vrai Faux
- e. En ayant des rapports sexuels avec un(e) seul(e) partenaire fidèle et non infecté(e)
Vrai Faux

7. Une personne qui a l'aire en bonne santé peut avoir le VIH.

Vrai Faux

8. Connais-tu une personne de ton école qui pourrait-te renseigner sur le VIH/SIDA ?

Oui Non

Si oui, qui est-elle ?

Enseignant

Elève

Pair éducateur

Autres,(préciser)_____

9. Est-ce que tu connais le préservatif/condom?

Oui Non

10. Connais-tu d'autres noms du préservatif/condom?

Oui Non

Citer quelques-uns _____

11. Connais-tu un endroit près de ton école où on peut avoir des condoms/préservatifs ?

Oui Non

Si oui, indiquer l'endroit

Centre de santé

Boutique

Pharmacie

Autres,(préciser)_____

12. Peux-tu citer un endroit où on fait le dépistage du VIH/SIDA ?

Oui Non

Si oui, indiquer l'endroit (écrire les noms):_____

Préciser : Centre de dépistage volontaire CSCom CSRéf

Laboratoire d'analyse

13. Il existe actuellement des médicaments qui permettent aux PVVIH de mener une vie normale.

Vrai

Faux NSP

Attitudes

14. Concernant les propositions suivantes, répondre par je suis : D'accord, Pas d'accord, Sans avis (je ne sais pas).

PROPOSITIONS	D'accord	Pas d'accord	Sans avis/ Je ne sais pas
Le SIDA n'existe pas. C'est une invention pour décourager les jeunes d'avoir des relations sexuelles.			
Le VIH/SIDA m'inquiète et me concerne.			
Le SIDA est une maladie qui peut toucher n'importe qui.			
Seuls les prostitués et les gens qui ont plusieurs copains/copines peuvent avoir le VIH/SIDA.			
Un garçon a le droit de forcer sa copine à avoir des rapports sexuels.			
Une fille peut refuser d'avoir des rapports sexuels à tout moment.			
Si un garçon veut utiliser un préservatif avec sa copine, cela signifie qu'il n'a pas confiance en elle.			
Un(e) élève qui achète ou qui porte des condoms sur lui/elle, a un mauvais comportement.			
Le dépistage du VIH/SIDA est seulement pour les adultes.			
J'accepterais de faire un test volontaire (de mon libre choix) du SIDA.			

Comportements/Pratiques

15. Est-ce que tu t'es déjà procuré (soit reçu gratuitement ou acheté) des condoms/préservatifs ?

Oui Non

16. Est-ce qu'il t'est arrivé d'avoir un contact sexuel ? Oui Non

NSP/sans avis

Si oui, quel âge avais-tu (premier rapport)?
 |__|__|

Si non → question N°20

17. As-tu eu un rapport sexuel au cours des 3 derniers mois ?

Oui Non

18. As-tu été obligé de faire un rapport ces 3 derniers mois ?

Oui Non

19. As-tu utilisé un condom/préservatif lors de ton dernier rapport sexuel ?

Oui Non

20. Au cours de ce mois, as-tu discuté de VIH/SIDA avec :

Camarade Parent Enseignant(e) Autres
 (préciser) _____

21. As-tu déjà fréquenté un centre de santé ou autre centre, pour obtenir des renseignements sur les IST/VIH/SIDA ou pour soigner une IST ?

Oui Non

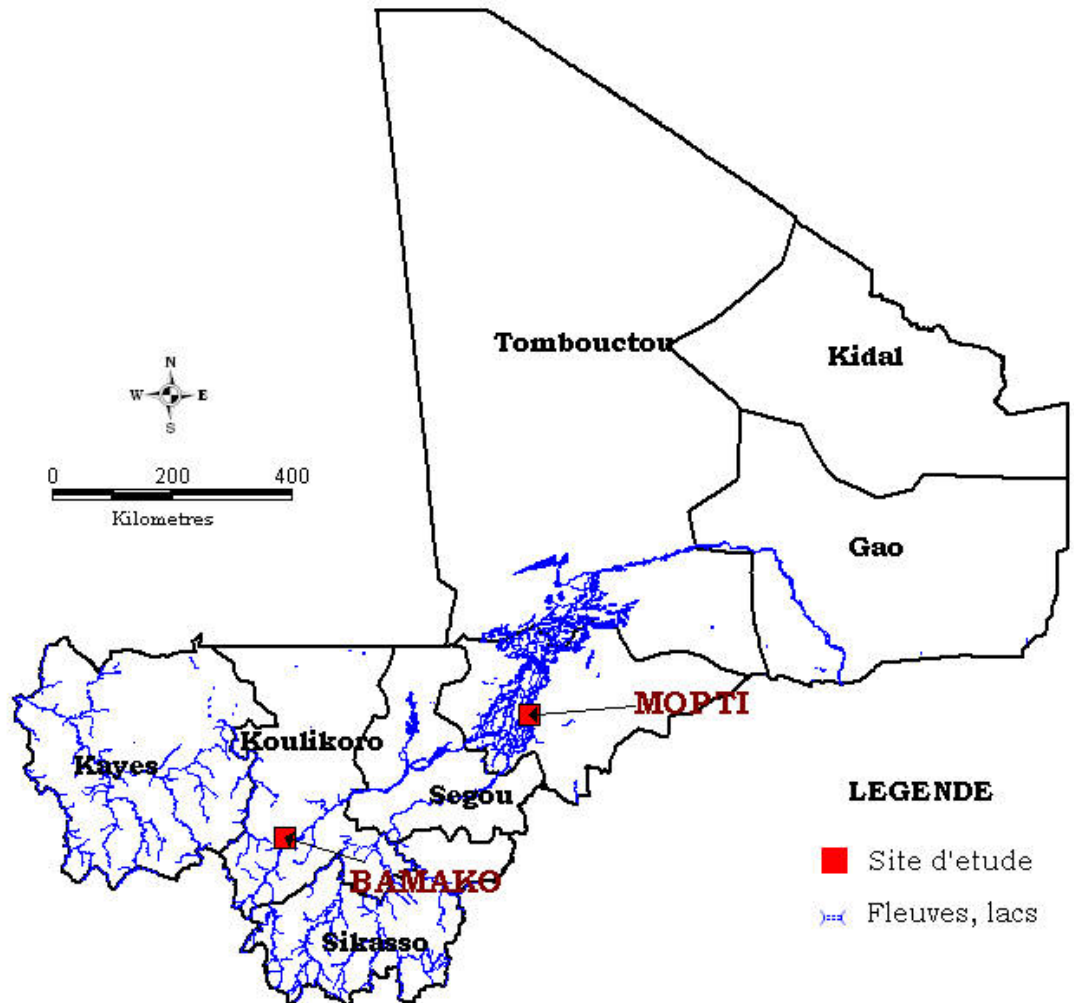
22. As-tu déjà fait un test de dépistage du VIH/SIDA ? Oui

Non NSP

Si oui, as-tu obtenu les résultats de ce test ?

Oui Non

REPUBLIQUE DU MALI



SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

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

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

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

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

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

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

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

JE LE JURE.