

MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR
ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

REPUBLIQUE DU MALI

Un Peuple – Un But – Une Foi

UNIVERSITE DE BAMAKO

**FACULTE DE MEDECINE DE PHARMACIE
ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE**

Année Universitaire 2008 – 2009

N°...../ 2009

TITRE

**CONNAISSANCES, ATTITUDES ET PRATIQUES DES
JEUNES LYCEENS FACE AUX IST VIH / SIDA
DANS LES ECOLES SECONDAIRES DE LA COMMUNE
I DU DISTRICT DE BAMAKO**

THESE

Présentée et soutenue publiquement le / / 09 à
La Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie

Par :

M. FOMBA Bouba

Pour obtenir le grade de Docteur en médecine
(Diplôme d'Etat)

Jury :

Président : Pr Soukalo DAO

Membre : Pr Tiéman COULIBALY

Co-directeur : Dr TOURE Moustaphe

Directeur : Pr KONE Mamadou

DÉDICACES

Je dédie ce travail à :

A L'Eternel ALLAH Le Tout Puissant

Le seigneur des cieux et de la terre et de ceux qui existent entre eux et le seigneur des levants S37 V5.

Tu es au commencement de tout et à la fin de tout.

Merci de m'avoir donné la chance et la force nécessaire de réaliser ce travail.

Au prophète Mohamed

Le message d'ALLAH est un excellent modèle à suivre S33 V21.

A mon cher père : Daouda Fomba

La sincérité, le pardon, la tolérance, l'amour, l'écoute, la compréhension, le respect sont certains de vos valeurs.

Aucune expression orale ou écrite ne déterminera notre niveau de reconnaissance en votre endroit pour notre bonne éducation qui est le meilleur des héritages pour un enfant.

A ma chère mère : feu Kadia Diarra

J'aurais aimé que tu sois là aujourd'hui pour voir le couronnement de mes dures années de sacrifices. Mais hélas, le destin de la mort t'a arrachée à l'affection de nous tous.

A ma mère Fatoumata Fomba

Ce résultat est l'œuvre de tes prières, de tes bénédictions et de ton amour pour moi. Je suis très fière de toi pour l'éducation donnée.

A mes frères et mes sœurs : Bakary Zoumana, Mamoutou, Mama Hamidou, Adama, Maimouna, KADIA

Compréhension, disponibilité, affection, soutien ne m'ont jamais fait défaut de votre part. Ce travail est le fruit des sacrifices que vous avez consentis dignement et humblement ; c'est l'occasion pour moi de vous remercier.

REMERCIEMENTS

A mes amis : Ibrahima CONARÉ, Mamadou A COULIBALILY et Bakary TRAORÉ

Merci pour vos sages conseils et soutiens.

A mes amis : Déna, Adama, Nouhoum, Aboubacar, Maïga, Kaba, Ibrahim, Moussa

Abdoulaye soma.

Pour témoigner sincèrement toute mon amitié et toute ma sympathie.

A mes maitres du premier cycle, du second cycle et du lycée

Merci pour l'encadrement.

Au Dr Soumaré Modibo, Mamadou DIASSANA

Sous votre apparence très calme se cache une grande personnalité.

Vos qualités humaines nous ont comblées. Votre assistance et votre partage du savoir- faire avec les autres ont permis de faire ce travail. Nous vous devons le mérite de cette œuvre. Que Dieu vous donne longue vie.

Aux médecins en spécialisation en gynécologie obstétrique : Seydou z DAO, Issa

DIARRA, Mamadou KEITA et Nanko BAGAGNOGO pour tous les efforts consentis, et le dévouement.

A tous les internes du centre de santé de référence de la commune I

Pour l'esprit du groupe, la solidarité, la fraternité, et le partage.

Qu'est ce que chacun de nous compte faire pour le développement du Mali et celui de l'Afrique ?

Trouvez ici l'expression de ma profonde sympathie.

Au personnel du centre de santé de référence de la commune I

Pour votre soutien, vos qualités humaines, votre admiration.

Au personnel de l'ASACKO-NORD, l'ASACOKOSA et du CABINET SAVOIR.

Merci pour votre soutien.

A Binta Coulibaly

Soit rassuré de mon entière disponibilité pour partager vos joies, vos soucis et ne ménagerais aucun effort pour vous voir sourire pendant longtemps.

A notre Maître et président du jury

Pr DAO Sounkalo

Maître de conférences de maladies infectieuses à la FMPOS

Responsable de l'enseignement de maladies infectieuses à la FMPOS

Enseignant chercheur au programme de recherche et de formation VIH/TB (SEREFO)

Vous nous faites un grand honneur en acceptant spontanément de présider ce jury

Vous contribuez cher maître, à son indispensable amélioration

Nous avons toujours apprécié l'étendue de vos connaissances admiré votre simplicité et vos exhortations à la quête du savoir.

Veillez croire, cher Maître à l'expression de notre plus grand respect.

A notre Maître,

Pr Tiéman Coulibaly,

Chirurgien orthopédiste et traumatologue au CHU Gabriel Touré.

Maître de conférence à la FMPOS.

Membre de la société Malienne de chirurgie orthopédique et traumatologique « SOMACOT ».

Cher maître, vous nous faites un grand honneur en acceptant d'apprécier ce modeste travail malgré vos multiples occupations

Nous admirons beaucoup vos qualités scientifiques et nous sommes fiers d'être compté parmi vos élèves.

Veillez accepter cher maître, l'expression de notre profonde admiration et de toute notre reconnaissance.

A notre Maître et co-Directeur de thèse

Dr TOURE Moustaph

Diplômé de gynécologie et obstétrique

Médecin chef du centre de santé de référence de la commune IV du district de Bamako ;

Maître assistant en gynécologie et obstétrique à la F MPOS

Vos qualités sont immenses et n'ont d'égal que notre admiration.

Vous nous avez fait honneur de diriger ce travail.

Nous ne trahirons pas vos espérances.

Trouvez ici le témoignage de notre reconnaissance et de notre profond respect.

A notre Maître et Directeur de thèse

Pr KONE Mamadou

Professeur titulaire dans l'enseignement de la physiologie

Directeur général Adjoint du CNOU

Vous nous avez fait l'honneur de diriger cette thèse, pour la confiance que vous nous avez accordée en nous proposant ce sujet et pour votre aide précieuse dans la réalisation de ce travail, trouvez ici l'expression de notre gratitude.

Nous avons toujours apprécié l'étendue de vos connaissances, admiré votre simplicité et vos exhortations à la quête du savoir.

Il ne nous reste qu'à vous faire une promesse:

“continuer ce travail qui vient de commencer en marchant toujours dans vos pas“.

ABREVIATIONS

ADN : acide desoxyribonucleique

ARN : acide ribonucléique

CDC : center of Diseases control

CFTQ : Centre de Formation Technique de Quinzambougou

CIT : comité international de la taxonomie

EDSMIV : enquête démographique de santé Mali IV

ENV : enveloppe

GAG : groupe antigène

HTLV: Human Tcell Leukemia Lymphoma Virus

IST : infection sexuellement transmissible

LAV: Lymphadenopathy Associated Virus

LDDK : Lycée Djoba Diarra de Koulikoro

LFCK: Lycée Famolo Coulibaly de Kolokani

LTR : long terminal repeat

MST:Maladie Sexuellement Transmissible

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONU: Organisation des Nations Unis

POL: polymérase

SIDA : Syndrome de l'Immunodéficience Acquise

USA : Union des Etats-Unis d'Amérique

VEB : Virus d'Epstein Barr

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

VIS : Virus de l'Immunodéficience Simienne

SOMMAIRE

	Page
INTRODUCTION.....	1
OBJECTIF	4
GENERALITES.....	5
METHODOLOGIE.....	21
RESULTATS.....	25
COMMENTAIRES ET DISCUSSION.....	41
CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS.....	49
BIBLIOGRAPHIE.....	51

1-contexte et justification :

L'épidémie du VIH/SIDA représente de nos jours une grande menace pour le Monde en raison du nombre croissant de personnes infectées, et son impact négatif sur le développement socio-économique.

Le Virus de l'Immunodéficience Humaine (VIH) est probablement le virus le plus étudié dans l'histoire jusque là, où nous sommes [37].

L'infection par le VIH est due à ce jour à deux rétrovirus de la famille des Lentivirus dont le VIH1 isolé en 1983 par Luc. Montagnier et Coll. du département de rétro virologie de l'institut Pasteur de Paris, ainsi que R. GALLO et coll. et le VIH2 isolé en 1985 par BARIN et Coll.

Le SIDA (Syndrome d'Immunodéficience Acquise), conséquence de l'infection par le VIH a été décrit pour la première aux Etats-Unis au début des années 1980. Depuis, cette infection est devenue une pandémie ne connaît plus de frontière, de peuple, de race, ni de religion, faisant d'elle un véritable problème de santé public dans les pays les plus affectés [52].

En fin 2007, l'ONU/SIDA estimait à 33,2 millions, le nombre de personnes infectées par le VIH. Selon le même rapport, 2,5 millions d'enfants de moins de 15 ans vivaient avec le VIH/SIDA ; 330000 en sont décédés et 420000 ont été nouvellement infectés [40].

Une étude menée en 2000 par [6-51-35] ainsi, Berthé a trouvé au lycée Askia Mohamed que 96,6% des élèves de sexe masculin ont cité le Sida ; et 99% estimaient connaître les voies de transmissions. Dans l'étude de Sacko plus 94% des élèves de sexe féminin ont cité le Sida. dans celle de Maiga menée à l'EN de Bougouni et au lycée de Sikasso trouva respectivement (88,7% et 85%) des élèves ont cité les rapports comme principale voie de transmission.

Dans la sous région au cours d'une discussion de groupe menée au Burkina, Mali, Niger ; l'IST la plus citée était le Sida.

Au Mali, en 2006 une étude de l'EDSM IV montre une baisse de taux de prévalence de 1,7 % à 1,3 % faisant du Mali un pays à faible prévalence. La

prévalence la plus élevée est observée dans le district Bamako avec (2,0%) suivi de Mopti et Ségou (1,6% et 1,5%). Par contre les régions de Sikasso, Kayes et Tombouctou sont faiblement touchées de l'ordre de 0,7%. La surveillance de la prévalence du VIH chez les femmes enceintes en 2005 donne les résultats suivants : 2,6% à Kayes, 3,2% à Sikasso, 5,2% à Ségou, 3,0% à Mopti, 1,2% à Gao pour un taux global de 3,2% [37].

Cette pandémie du VIH/SIDA présente des dynamiques particulières selon les pays. Par conséquent, les stratégies de lutte contre le VIH/SIDA doivent être soigneusement élaborées et adaptées afin de répondre de façon adéquate à cette spécificité.

C'est pourquoi en vue d'une meilleure maîtrise de l'épidémie au Mali, les plus hautes autorités ont mis en place divers mécanismes de surveillance épidémiologique et de lutte contre le VIH/SIDA :

✓ comité sectoriel de lutte contre le Sida (CSLS)

Dont les interventions sont axées sur :

- La surveillance épidémiologique
- La limitation de la propagation
- La réduction de l'impact de l'épidémie sur les personnes infectées et affectées ; sur la communauté et sur l'économie du pays.

La population cible pour ces nombreuses interventions est celle de 15 à 25 ans, qui représente la couche sociale la plus menacée par cette épidémie. Les projections indiquent que d'ici 2020, 55 millions mourront plus jeunes à cause du Sida si rien n'est fait pour stopper l'épidémie [44].

De nombreuses études ont démontré le rôle des IST comme facteurs favorisant la survenue de l'infection par le VIH [11-27-47]. Ces IST restent un problème de santé public majeur.

Il est scientifiquement établi qu'un traitement correct et systématique et la prévention des IST ainsi que le changement des comportements peuvent faciliter la lutte contre le VIH/SIDA dans les populations concernées [11-24-45-46].

De nombreuses études ont été menées au Mali ; en Afrique et dans le monde sur la prévalence des IST/VIH ; et d'autres sur les attitudes et pratiques comportementales [23-45]. En absence d'un traitement efficace du SIDA ou d'un vaccin contre l'infection par le VIH, la lutte contre le sida doit reposer essentiellement sur le conseil pour le changement de comportement (**CCC**). C'est pourquoi, nous avons entrepris cette étude pour savoir les connaissances, attitudes et pratiques comportementales des jeunes lycéens face aux IST-VIH/SIDA dans les écoles secondaires de la commune I du district de Bamako.

Objectif général

- ✓ Etudier les connaissances, attitudes et pratiques comportementales des jeunes lycéens de la commune I du district de Bamako face au VIH/SIDA

Objectifs spécifiques

- ✓ Déterminer le degré d'information des jeunes sur l'existence des IST-VIH/SIDA
- ✓ Déterminer l'attitude des lycéens face au IST-VIH/SIDA
- ✓ Déterminer la pratique des lycéens dans les méthodes de prévention du VIH/SIDA
- ✓ Déterminer l'attitude des jeunes élèves face au dépistage des IST et du VIH.

1-Définition : Venus, la déesse de l'amour a donné son nom aux maladies transmises lors des contacts ou rapports sexuels [56]. L'ancienne dénomination des maladies vénériennes a été abandonnée au profit de l'appellation maladies sexuellement transmissibles (MST); actuellement dénommées infections sexuellement transmissibles (IST). Ces maladies constituent un problème majeur de santé publique. On distingue plus d'une vingtaine d'IST dues à des germes divers. Elles sont contagieuses et responsables de complications graves pour l'homme, la femme, le fœtus et le nouveau-né. A tout âge, quels que soient le sexe, la race, le milieu social on peut contracter une IST. Les IST sont dues à des bactéries, des parasites, des champignons, ou des virus.

Les IST étant nombreuses, notre étude portera sur celle qui constitue un fléau mondial le VIH/SIDA.

2- SIDA :

2-1 Historique :

L'histoire du SIDA commence des deux villes des Etats-Unis (New York et Los Angeles) où des cas cliniques ont été observés dans les communautés d'homosexuel par le Docteur Gohlieb et collaborateurs entre octobre 1980 et Mai 1981 par le Docteur Pozalki [19].

La nature infectieuse et transmissible du SIDA suspectée au paravent fut confirmée par les travaux du professeur Luc Montagnier et son équipe qui en 1983 isole le virus du Sida à partir du ganglion lymphatique d'un sujet atteint du Syndrome de Lymphadénopathie Chronique. Le virus du SIDA qui fut appelé lymphadenopathy Associated Virus (LAV) ou virus associé à la lymphadénopathie. C'est l'identification du VIH [39-40]. Ensuite, en 1984, le même virus fut identifié par Robert Gallo qui l'appela H.T.L VIII [19-20].

En 1986, un deuxième rétrovirus humain (LAV III) causant le SIDA fut isolé à l'institut Pasteur chez les malades d'origine Ouest Africaine hospitalisés à l'hôpital Claude Bernard de Paris [8]. Ce même virus fut retrouvé par M. Essex et appelé HTL VIV la même année [16].

En revanche, en Mai 1986, le comité international de la taxonomie (CIT) des virus a recommandé une nouvelle appellation, virus de l'immunodéficience humaine « Human Immuno Deficiency Virus (HIV) ».

-En 1993, la classification CDC du virus est faite.

- En 1995, ce fut le développement des bi thérapies et de la mesure de la charge virale.

- En 1996, les tris thérapies se développent.

2-2- Epidémiologie de l'infection par le VIH :

2-2-1- Situation de l'infection par le VIH dans le monde :

Selon les estimations de l'ONU SIDA en 2007, 33,2 millions de personnes vivent avec le VIH-SIDA depuis le début de la pandémie dont 15,4 millions de femmes et 2,5 millions d'enfants de moins de 15 ans. Le nombre de nouveau cas en 2007 s'élevait à un total de 2,5 millions de personnes dont 2,1 millions d'adultes et 420 milles enfants de moins de 15 ans. Le nombre total de décès dû au SIDA dans le monde en 2006 et en 2007 s'est respectivement réduit à 2,9 et à 2,1 millions de personnes sur des populations vivant avec le VIH estimée respectivement à 39,5 – 33,2 millions de personnes .[41]

3-2-2- Afrique et SIDA :

En 2007, dans le monde, un peu plus de 33,2 millions d'adultes et enfants sont porteurs du VIH ; 94 % de cette population vit dans les pays en développement (22,5 millions en Afrique subsaharienne qui reste la région la plus touchée ; comparativement à 2006 où ce nombre était estimé à 24,7 millions) [40, 42].

En Afrique subsaharienne, les épidémies semblent se stabiliser de manière générale avec une prévalence proche de 7,4 % pour toute la région. Mais, cette stabilité cache une réalité beaucoup plus triste, car elle signifie que les nombres de nouveau cas égalisent les décès dus au SIDA. La fréquence des IST favorise la survenue des infections concomitantes par le VIH, pour deux principales raisons : Primo le VIH et certaines IST ont des modes de contaminations similaires ; secundo les IST constituent des portes d'entrées propices au VIH.

Les conflits ouverts, les catastrophes écologiques ou naturelles, les guerres, ont contraint des milliers d'Africains à abandonner leur domicile, et à se tourner vers des moyens de survie comportant de pratiques sexuelles à très haut risque ; ces déplacements des populations ont provoqué une propagation du VIH/SIDA [45].

De bons de renseignements sont la clé pour une action appropriée. Pour cela il faut absolument des données comportementales, sociologiques, et contextuelles fiables pour atteindre des taux plus faibles ainsi qu'un arrêt définitif de la propagation du virus

2-2-3- Agent Pathogène [12-21-29-48] :

Le virus d'immunodéficience humaine (VIH) est un rétrovirus appartenant à la famille des Rétroviridae, et au sous familles des lentivirus. Ce virus a été identifié en 1983 comme étant l'agent étiologique du SIDA. Le VIH possède les caractéristiques communes qui sont :

- La possibilité de transcrire la molécule d'ARN de la cellule infectée en une molécule d'ADN virale à partir de l'ADN de la cellule infectée grâce à une enzyme appelée la transcriptase reverse.

- L'ADN néoformé possède à chaque extrémité une même séquence répétitive de taille variable dite LTR (long terminal repeat). Il peut alors s'intégrer de manière stable dans l'ADN chromosomique de la cellule devenant alors un provirus ;

- La latence : Ce provirus peut rester silencieux et être transmis aux cellules filles par mitose. Il peut aussi s'exprimer et être transcrit en ARN puis traduit en protéine virale et donner les particules virales identiques aux virus infectieux de départ ;

- La variabilité génétique : Elle explique la possibilité de résistance à certains traitements. Deux types de VIH présentant des pronostics et des taux de transmissions différents ont été identifiés :

VIH 1 : isolé en France puis aux Etats-Unis en 1983, il fut synonyme de LAV et de HTLVIII. Ce virus se divise en trois groupes :

-Groupe M (majeur)

Il inclut la quasi-totalité des variantes isolés de par le monde et est lui-même séparé en 11 sous types de A à K ;

-Groupe O (outlier)

Ils regroupent un nombre limité de variants très éloignés de M qui représenteraient près de 50% de divergences avec les autres VIH1 ;

-Le groupe nouveau (N) ou non M et non O :

Le premier isolant a été identifié en 1995 chez des patients Camerounais.

VIH2 : isolé en Afrique en 1986 plus proche du virus de l'immunodéficience simienne (Kurt et Coll.), car présentant des propriétés communes : morphologie et morphogénèse tropisme pour les cellules possédant la molécule CD4, cytopathogénicité, pathogénicité (immunodéficience) ; organisation génomique surtout pour les gènes de régulation.

Sensibilité : Le VIH est fragile dans le milieu extérieur il est inactivé par : la chaleur à 55° C pendant 30 mn, l'alcool à 70° C pendant 30 mn, l'acide hypochloridrique (eau de javel) dilué au 1/10 pendant 40 mn, l'eau oxygénée à 0,3 % mais résiste au froid ; au rayon, X ; U ; V.

Affinité : Le VIH a une affinité pour les cellules porteuses de la molécule CD4 : lymphocytes TCD4, macrophages, monocyte qui sont ses principales cibles ; le VIH affecte également d'autres cellules porteuses de CD4 : précurseurs médullaires, lymphocytes B immortalisés par le virus Epstein Barr (VEB), cellules intestinales, cellules gliales du cerveau, cellules endothélium vasculaire avec production d'interleukine 6.

L'infection de certaines de ces cellules se fait par l'intermédiaire du récepteur CD4 par liaison avec le groupe GP 110 du virus. D'autres récepteurs seraient aussi mis en jeu.

Exemple : Les canaux ioniques, ce qui explique la formation du syncytium in vitro et le fait qu'in vivo des cellules ne possédant le récepteur CD4 puissent être infectées ; exemples : cellules nerveuses non macrophagiques.

Le récepteur macrophagique

CCR-5 découvert en 1996 interviendrait dans la transmission sexuelle du VIH et au début de l'infection.

2-2-4- Structure :

L'étude de la structure génétique du VIH permet de comprendre la complexité de Virus, certaines de ses manifestations cliniques et biologiques.

Le virus apparaît sphérique au microscope électronique avec un diamètre de 80 à 120nm

Sa structure comporte :

- une enveloppe de couche lipidique ou « core » portant à sa surface, 72 boutons de longueur 9 à 10nm et de largeur 14nm,
- A l'intérieur de l'enveloppe se trouve une matrice protéique de 5à 6nm d'épaisseur jouant le rôle de facteur stabilisant de la particule virale mature et de facteur supportant la projection de surface,
- Molécule d'ARN associée à la transcriptase inverse.

En coupe, on observe, une sorte de barreau conique de 10nm de long et de 45nm de large. L'espace vide entre le core et la matrice protéique est partiellement occupée par les masses denses d'électrons « corps latéraux »

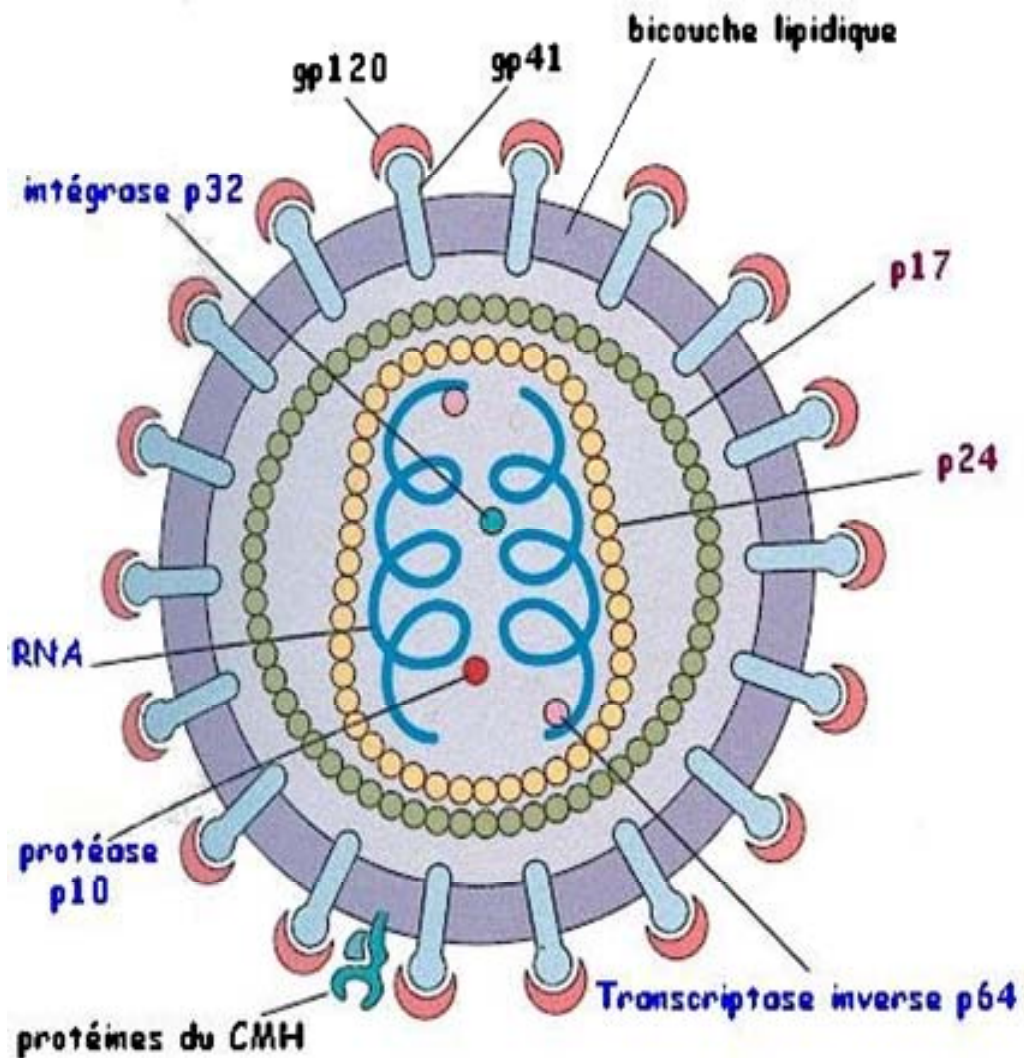


Figure1 : structure VIH.

2-2-5 Organisation génétique [12-21]

Le génome viral compte plus de 9.700 nucléotides ;le génome est composé de l'extrémité 3' vers l'extrémité 5' de trois gènes caractéristiques des rétrovirus codant les composants structuraux du virus :

- Le gène « gag »(Groupe antigène) code pour les protéines internes appelées du « core » qui sont : P50 et P40 qui se cliveront en P18 et P13 ;
- Les protéines du noyau P24, P17, P13 ; ce dernier se clivent en P6 et P9 ;
- Le gène « Pol. »(Polymérase) code pour les enzymes de réplication P68 et P67 constituant la reverse transcriptase P34 correspond à l'intégrase ;
- Le gène « ENV » (enveloppe) code pour les glycoprotéines GP110 et GP41 issue de GP160 qui est un précurseur moléculaire.

GP110 est responsable de l'interaction avec la membrane de la cellule cible au niveau du récepteur CD4 permettant la pénétration du VIH ;

GP110 correspond aux boutons hérissant la surface du virus ;

GP41 permet d'induire le syncytium (fusion cellulaire) qui est un des éléments cytophylaxie du VIH.

Contrairement aux autres rétrovirus, le VIH possède d'autres gènes intervenant dans sa réplication, ceci explique probablement son haut pouvoir pathogène. Il s'agit de gènes régulateurs se retrouvant chez le VIH1 et VIH2 ; c'est :

- TAT favorisant l'augmentation du niveau de la synthèse des protéines virales ;
- REV qui favorise l'augmentation des ARN messagers correspondant aux protéines gag, Pol et ENV ;
- VIF qui permet d'augmenter l'infectuosité ;
- NEF dont le rôle est inconnu.

Il existe d'autres gènes n'appartenant pas aux deux types de virus :

- VPU est présent chez le VIH1 ;
- VPX se trouve chez le VIH2 et VIS

2-2-6- Variabilité génétique [31-36] :

L'analyse phylogénétique de nombreuses souches du VIH1 d'origine géographique diverse a révélé trois grands groupes distincts de virus nommés M pour majeur ou main, N (pour new ou non O) et O (pour out lier) le groupe O ne représente que 50 % d'homologie avec les souches du groupe M dans les séquences du gène de l'enveloppe. La grande majorité des souches de VIH1 responsables de la pandémie appartient au groupe M dans lequel l'analyse phylogénétique a permis d'identifier 11 sous types (de A à K), et près de 20 % des isolats sont recombinants, avec des parties du génome appartenant à deux sous types différents. Il est important de distinguer les sous types purs des virus recombinants. Pour être classés comme des sous types, les isolats doivent se ressembler entre eux et non à d'autres sous types sur le génome entier. Sur cette base, il y aurait seulement neuf sous types au sein du groupe M, étant que le virus du prototype E et I dans l'enveloppe est des recombinants avec des fractions importantes du génome appartenant à d'autres sous types.

2-2-7- Réplication virale [18] :

La fixation et la fusion des virus sur les récepteurs cellulaires sont les premières étapes du cycle viral, les structures de surface du VIH y jouent un rôle principal et les deux glycoprotéines de l'enveloppe sont directement impliquées dans le mécanisme de fixation et de fusion. La glycoprotéine trans-membranaire participe à la fusion entre l'enveloppe virale et la membrane cellulaire.

L'intégration génomique : Après que le noyau viral ait été introduit dans la cellule, il est décapsidé et l'ARN du virus est libéré dans le cytoplasme.

Le brin de l'ARN est copié en ADN intermédiaire simple grâce à une polymérase. On obtient un hybride ARN ADN.

Une ribonucléase intervient alors pour détruire l'ARN d'origine viral ; et la polymérase produit alors un second brin d'ADN en utilisant le premier comme matrice ; polymérase et ribonucléase sont souvent désignées sous le nom de transcriptase inverse ; l'ADN double brin migre vers le noyau, et une troisième enzyme, l'intégrase ou endonucléase, intervient. Elle permet l'intégration de la

copie d'ADN du génome viral dans le génome cellulaire sous forme de provirus, l'information virale répliquant chaque fois que la cellule se subdivise. Le provirus reste silencieux ou entre dans un cycle reproductif quelque soit le facteur déclenchant le cycle reproductif ; il provoque l'activation virale (par le gène TAT) et lève l'inhibition de la réplication (liées au gène VIF). L'ADN intégrée est alors transcrit en ARN. Les copies de l'ARN du génome ainsi que les ARN messagers migrent alors vers le cytoplasme où ces derniers sont traduits en protéines grâce aux ribosomes. La protéine et l'ARN viral sont assemblés pour donner des structures sphériques qui bourgeonnent à la surface de cellule.

En sortant de la cellule, le virus s'enveloppe, retrouvant les constituants de l'enveloppe qui ont été transportés et sont insérés au niveau de la membrane cellulaire indépendant du noyau viral. Après un bourgeonnement, les particules vont alors infecter à leur tour d'autres cellules cibles dans l'organisme accélérant ainsi la dissémination virale.

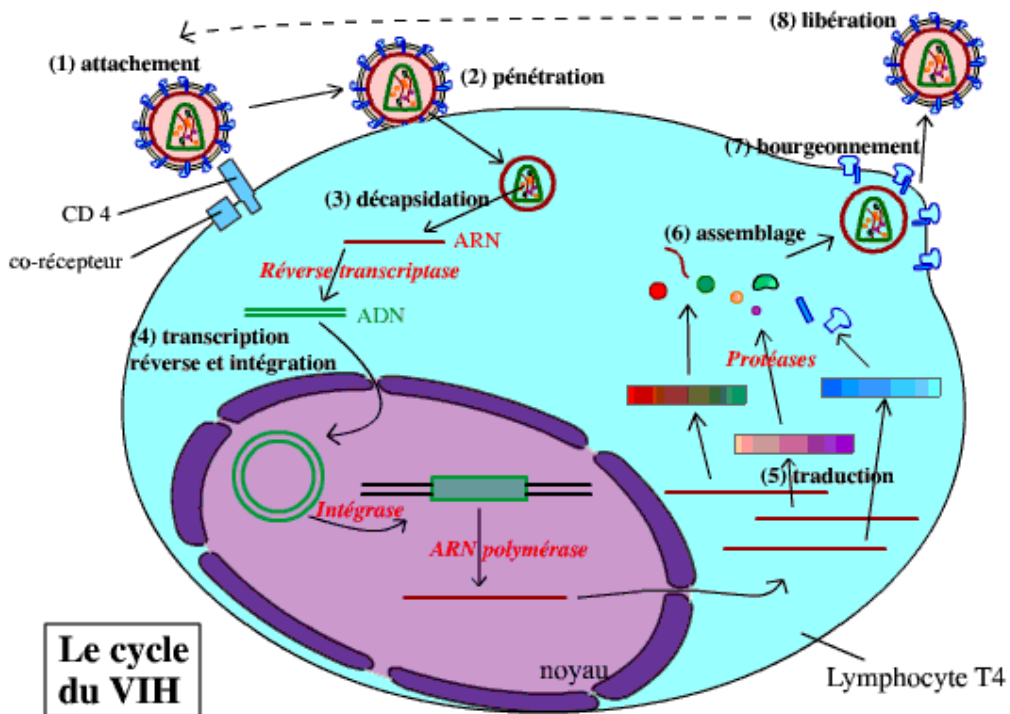


Figure 2 : Réplication du VIH.

3-Mode de transmission :

La transmission du VIH se fait par l'intermédiaire des lymphocytes T infectés contenus dans le sang, dans la lymphe et dans le sperme du porteur de virus. Le virus a également été isolé dans les sécrétions vaginales, la salive, les urines, les larmes et le lait maternel [17].

3-1- Transmission sexuelle :

Si au début de l'épidémie la plupart des cas de SIDA recensés étaient des homosexuels, en Amérique, Europe Afrique, aux Caraïbes et dans de nombreux pays en voie de développement, la transmission hétérosexuelle représente le mode de contamination dominant [39]. Cela est dû à des facteurs socio-économiques tels que la pauvreté et l'augmentation sans cesse croissante de la prostitution. Elle s'effectue par l'intermédiaire des muqueuses buccales, vaginales ou rectales lorsqu'elles rentrent en contact avec des sécrétions sexuelles ou du sang contenant du virus.

Lors d'une pénétration vaginale, le risque de transmission est supérieur d'un homme séropositif vers une séronégative à celui qui existe d'une femme séropositive vers un homme séronégatif surtout lorsque la femme est en règle.

La pénétration anale multiplie ce risque par trois [28].

La contagiosité d'un porteur du VIH est variable dans le temps, car la quantité de virus présente dans les sécrétions sexuelles est fonction de l'état, latent ou non de ce dernier. Cela explique qu'un porteur du virus puisse contaminer plusieurs personnes dans un laps de temps, par contre d'autres porteurs ne contaminent pas leur partenaire, malgré une vie sexuelle sans protection pendant des mois, des années. C'est ce qui explique la contagiosité du VIH1 par rapport au VIH2 [28].

3-2- Transmission sanguine :

C'est la voie la plus directe de transmission, et comporte deux modes distincts.

- La transmission par des objets souillés (aiguilles, lames, seringues, couteaux). Le

Partage de seringues entre les toxicomanes est l'un des facteurs essentiels de l'extension de l'épidémie du VIH dans plusieurs régions du monde : Russie et Europe orientale, Inde et Indonésie, Chine, Etats-Unis, Proche et Moyen Orient. Ce mode de transmission concerne essentiellement les consommateurs de drogues injectables par voie intraveineuse. Il représente aux Etats-Unis la deuxième voie de contamination après celle des relations sexuelles entre homosexuels [28]. Au 1^{er} février 1988 ; 17 % des 50 000 cas signalés par le CDC d'Atlanta étaient représentés par des hétérosexuels utilisateurs de drogues [4], 8 % étaient des homosexuels toxicomanes. Ce mode de transmission est également incriminé en Afrique par l'utilisation de seringues, d'aiguilles ou de lames usagées [50] lors de scarifications, de circoncisions et d'excisions.

Bien que rares, les contaminations professionnelles (infirmiers, médecins, biologistes, etc.) par inoculation accidentelle de sang contaminé par le VIH, les piqûres accidentelles avec des aiguilles contaminées par le sang frais existe également.

- La transmission par transfusion sanguine : les premiers cas de SIDA furent décrits

En 1982 aux Etats-Unis chez les hémophiles après les homosexuels [18].

L'instauration du dépistage systématique des dons de sang a considérablement réduit de risque de transmission. Néanmoins il subsiste une "fenêtre" chez des donneurs prélevés dans les semaines ou les mois suivant une contamination qui peuvent ne pas avoir encore développé d'anticorps anti- VIH détectables.

3-3- Transmission verticale :

La transmission du virus de la mère à l'enfant peut survenir à différentes étapes de la grossesse.

- In utero : dans les semaines précédant l'accouchement dans un tiers des cas ;
- Intra partum : au moment de l'accouchement dans deux tiers des cas

- Par l'allaitement : la période d'allaitement présente un risque d'infection pour l'enfant estimé entre 5 et 7 % [25].

Le taux de transmission materno-fœtale du VIH-1, en l'absence de traitements ARV est de 18 à 25 % et ce quelque soit le mode de contamination de la mère ou son origine géographique ; contrairement au VIH-2 où le risque de transmission de la mère à l'enfant serait de 1 %[25].

3-4- Autres Modes de transmission :

Même s'il a été retrouvé dans la salive, les urines, les larmes, le liquide céphalo-rachidien ; la transmission du VIH n'est cependant pas automatiquement à cause de la faible concentration de virus présent dans ces liquides et de la présence éventuelle de composants inactivant les virus.

Pour ces liquides, le risque de transmission est théorique et les cas anecdotiques publiés ne permettent pas d'écarter la possibilité de souillure du liquide concerné par le sang. La possibilité de transmission par les insectes hématophages a été écartée [3].

4-Les manifestations cliniques du VIH [49-57] :

Le VIH est une maladie virale qui évolue très lentement. L'histoire naturelle de cette maladie montre que, dans la majorité des cas, le délai moyen entre la contamination et la survenue de la forme évoluée (SIDA) est de l'ordre de 2 à 10 ans.

Une à deux semaines après la contamination survient dans 50 à 90 % des cas un épisode de primo-infection marqué par la fièvre, une pharyngite, des érosions muqueuses, des adénopathies cervicales, plus rarement une méningo-encéphalite aseptique ou une myélite aiguë, une neuropathie périphérique, paralysie faciale, un exanthème maculaire et des troubles digestifs.

Les symptômes peuvent manquer, passer inaperçus ou être confondus avec un syndrome grippal, une mononucléose infectieuse. Cette période est marquée par une forte virémie et à l'infection du système lymphoïde dont l'intensité serait en rapport avec le pronostique ultérieur.

Après des mois ou des années surviennent des symptômes de pré SIDA témoignant d'une Immuno suppression modérée avec une baisse progressive des lymphocytes T4. Un syndrome de lymphadénopathie chronique est fréquent. Puis la lymphopénie T4 s'aggrave, l'Immuno dépression devient sévère, apparaissant les infections opportunistes et les atteintes du SIDA.

Classification OMS 1990 :

Classification en stade clinique : [36]

Stade clinique 1 :

- Patient symptomatique,
- adénopathies persistantes généralisées,
- et / ou degré d'activité 1 : activité normale.

Stade clinique 2 :

Amaigrissement de plus de 10 % du poids corporel de base,

- Zona (au cours des cinq années précédentes) ;
- Manifestation cutaneo-muqueux mineures (dermite, séborrhéique, prurigo, onyxis mycotique, ulcération buccales récidivantes perlèche),
- Infections récidivantes des voies aériennes supérieures,
- et / ou degré d'activité 2 : patient symptomatique, activité normale.

Stade clinique 3 :

- Amaigrissement de plus de 10 % du poids corporel de base,
- Diarrhée inexplicée depuis plus d'un an,
- Fièvre prolongée depuis plus d'un mois,
- Candidose orale
- Leucoplasie chevelue,
- Tuberculose pulmonaire dans l'année précédente,
- Infection bactérienne sévère,
- Et/ ou degré d'activité 3 : patient alité moins de 50 % du temps au cour du mois précédent

Stade clinique 4 :

- Syndrome de cachexie du VIH,
- Pneumocystose pulmonaire,
- Toxoplasmose cérébrale,
- Criptosporidiose avec diarrhée de plus d'un mois,
- Cryptococcose extra pulmonaire
- Cytomegalovirose autre qu'hépatique, splénique ou ganglionnaire,
- Virose herpétique cutanéomuqueux depuis plus ou viscérale,
- Leuco encéphalopathie multifocale progressive,
- Mycose profonde endémique généralisée (histoplasmosse, coccidiomycose),
- Mycobactériose atypique disséminée,
- Tuberculose extra pulmonaire,
- Sarcome de kaposi,
- Encéphalite due au VIH,
- Et/ ou degré d'activité 4 : patient alité plus de 50 % du temps au cours du mois précédent.

Classification en stades clinique et biologique :

Tableau I : classification selon les critères cliniques et biologiques :

Lymphocytes Totaux en Mm ³	Lymphocytes CD4/ mm ³	Stade clinique			
		1	2	3	4
> 200	> 500	A1	A2	A3	A4
1000-2000	200-500	B1	B2	B3	B4
< 1000	< 200	C1	C2	C3	C4

Classification CDC (Center of Diseases Control):

Atlanta 1993.

C'est la classification la plus complète et la plus utilisée basée sur des critères cliniques et selon le taux de C.

Tableau II : classification selon les critères cliniques :

Critère de la catégorie B	Critère de la classification C
<ul style="list-style-type: none"> - Angiomatose, -Candidose oropharyngée, -Candidose vaginale persistante ou qui répond mal au traitement, -Dysplasie du col, carcinome insitu, -Syndrome constitutionnel = Fièvre sup à 38,5 ou diarrhée sup. à 1 mois - Leucoplasie chevelue de la langue, - Zona récurrent ou envahissant plus d'un dermatome, -Purpura thrombocytopénique idiopathique - Salpingite en particulier lors complications pour abcès tubo-ovariens - Neuropathie périphérique, 	<ul style="list-style-type: none"> - Candidose bronchite, trachéale ou pulmonaire, - Candidose œsophagienne, - Cancer invasif du col utérin - coccidiomycose extra pulmonaire, - Criptosporidiose intestinal sup à 1 mois, - Infection à CMV avec perte de la vision, - Encéphalopathie due au VIH, - Infection herpétique cutanée avec, - Ulcération chronique sup à 1 mois ou bronchique pulmonaire œsophagienne - Histoplasmose disséminée ou extra pulmonaire, - Isosporose intestinale sup à 1 mois, - Sarcome de kaposi, - Lymphome de burkitt, - Lymphome immunoblastique, - Lymphome cérébral primaire, - Infection à mycobacterum tuberculosis quelque soit le site, - Infection à mycobacterum avium ou kansasii disséminé ou extra pulmonaire, - Infection a mycobactérie disséminée ou non disséminée, - Pneumopathie à pneumocystis carinii, - Pneumopathie bactérienne récurrente, - Leuco encéphalopathie multifocale progressive, - Septicémie à salmonelle non typique récurrente, - Toxoplasmose cérébrale, - Syndrome cachectique au VIH

Classification de Bangui :

Tableau III : la définition clinique suivante et la positivité de la sérologie VIH permettent le diagnostic du SIDA en milieu tropical :

Définition du SIDA en milieu tropical : Absence d'autres causes d'Immuno suppression cellulaire.

Adultes Présence d'au moins 2 signes majeurs associés à au moins 1 signe mineur		Enfants (inf à 13 ans) Présence d'au moins 2 signes majeurs associés à au moins 2 signes mineurs	
Signes Majeurs :	<ul style="list-style-type: none"> - perte de poids sup.à 10 % en 1 mois, - diarrhée chronique sup.à 1 mois, - fièvre prolonge sup.à 1 mois. 	Signes Majeurs	<ul style="list-style-type: none"> - Fièvre récidivante sup à 1 mois, - candidose buccale récidivante, - infection pulmonaire récidivante.
Signes Mineurs	<ul style="list-style-type: none"> - Toux chronique sup.à 1 mois - Lymphadenopathie généralisée , - Infection herpétique, - Fatigue permanente, - Sueurs nocturnes, - Candidose buccale ou vaginale, - Herpes genital récurrent, - cancer du col agressif 	Signes Mineurs	<ul style="list-style-type: none"> - Diarrhée chronique sup à 1 mois - Perte de poids, retard de croissance, - Lymphadénopathie généralisé, - Toux chronique sup à 1 mois - Tuberculose extra pulmonaire - Pneumocytose pulmonaire, - infection maternelle à VIH Confirmée

1- Cadre géographique :

Notre enquête a été menée dans le district de Bamako. Nous avons choisi de façon aléatoire les trois établissements d'enseignement secondaire général que couvrent la commune 1

-Lycée Fily Dabo Sissoko situé à Djoumanzana, crée en 1994. L'établissement dispose 34 salles de classe. L'effectif total pour l'année scolaire 2007-2008 est de 1357 élèves dont 974 garçons et 383 filles qui sont encadrés par 82 personnels enseignants.

-Lycée Kodonso situé à Djélibougou crée en 1998, l'établissement dispose 21 salles de classe.

L'effectif total pour l'année scolaire 2007-2008 est de 517 élèves dont 267 garçons et 250 filles qui sont encadrés par 41 personnels enseignants.

-Lycée Nany Simpara situé à fadjiguila, crée en 1999. L'établissement dispose 14 salles de classe. L'effectif total pour l'année scolaire 2007-2008 est de 751 élèves dont 438 garçons et 312 filles qui sont encadrés par 39 personnels enseignants.

L'intérêt d'un tel choix est de savoir s'il peut exister une différence dans les connaissances, attitudes et pratiques comportementales des jeunes scolaires de la commune 1 à différents statuts sociaux et ceux des autres communes du district de Bamako.

2- Type d'étude :

Il s'agit d'une enquête transversale, descriptive, à passage unique basée sur un sondage exhaustif des jeunes scolaires de 15 à 24 ans, régulier, inscrits pour l'année académique 2007-2008 et présent au moment de l'enquête sur leurs connaissances, attitudes et pratiques en matière d'infections sexuellement transmissibles et SIDA.

3- Période d'étude :

L'étude a duré un mois allant du 1^{er} février au 2 Mars 2008 , période où les élèves sont stables dans les établissements.

4-population d'étude

Elle était constituée par les élèves adolescents âgés de 15 à 24 fréquentant les établissements secondaires de la commune 1, du district de Bamako.

4-1 Critères d'inclusion :

- _être élèves dans l'un des établissements sus cités
- _être âgé d'au moins 15 ans et d'au plus 24 ans
- _accepter volontiers de répondre aux questionnaires

4-2 Critères de non inclusion

N'ont pas été inclus :

- _tous les élèves âgés de moins de 15 ans et de plus de 24 ans.
- _tous les élèves ne fréquentant pas l'un des lycées sus cités.
- _tous les élèves n'acceptants pas de façon volontaire l'enquête.

5 Instrument de travail :

Pour les besoins de cette étude, nous avons élaboré des questionnaires individuels qui ont été soumis aux enquêtés. Chaque questionnaire comportait

Les sections principales :

- les caractéristiques socio- démographiques des enquêtés,
- connaissances sur les IST/SIDA,
- sources d'informations sur les IST/SIDA,
- l'activité sexuelle de l'enquêté,
- sur le préservatif,
- opinion sur l'introduction de l'enseignement de la sexualité à l'école
- comportements sexuels à risque,
- opinion sur le dépistage du VIH/SIDA.

6- Aspect éthique

Avant le début de l'enquête, d'amples informations ont été fournies aux élèves et à l'administration scolaire sur les objectifs et la confidentialité de l'entretien, nous avons reçu l'autorisation de l'administration (directrice de l'académie d'enseignement secondaire de la rive et les proviseurs) et le consentement éclairé verbal de chaque élève. Au cours de l'interview, les zones d'ombres identifiées étaient éclairées à la fin du questionnaire. Les questionnaires étaient individuels et l'enquête garantissait le secret.

7- Echantillonnage.

7-1 Base de sondage :

Elle est constituée par la liste des élèves de 15 à 24 inscrits par classe et par sexe pour l'année académique en cours.

7-2 Procédure de tirage :

Elle a été effectuée par un sondage systématique aléatoire de 210 adolescents sur 2625 sur l'effectif total des élèves de 15 à 24 ans et inégalement reparti entre les différents établissements.

7-3 Technique de collecte des données :

S'est effectuée sous forme d'interview confidentielle.

7-4 Collecte et analyse des données :

Les données recueillies ont été saisies avec le logiciel MICROSOFT WORD xp, analysées sur Epi-Info Version 6.04cFr du CDC d'Atlanta et de l'OMS.

8-Définitions opérationnelles des nouveaux termes et concepts :

Les définitions ci – après concernent l'usage qui est fait des termes de notre étude.

- ✓ **Connaissances** : l'ensemble des idées ou des informations partielles, complètes ou utiles sur le VIH / SIDA
- ✓ **Attitudes** : manière d'être à l'égard des autres face au VIH / SIDA.
- ✓ **Comportement sexuel** : manière de se conduire sexuellement face aux IST/ SIDA.
- ✓ **Education sexuelle** : éducation conçue pour faire mieux comprendre les aspects biologiques, socioculturels, psychologiques, spirituels et ethniques du comportement sexuel humain.

- ✓ **Programme d'éducation sanitaire scolaire** : cours ou ensemble de cours conçus pour atteindre des buts et objectifs sanitaires partiels tels que la prévention du SIDA et les IST.
- ✓ **Jeunes** : l'OMS définit les jeunes comme des individus se situant entre les âges de 15 à 24 ans.
- ✓ **Partenaires sexuel (les)** : toute fille ou garçon avec qui l'élève a des rapports intimes ; qu'il y ait ou non des rapports sexuels.
- ✓ **Une stratégie de santé publique** : consiste à identifier les individus qui courent un risque particulièrement élevé de transmettre une IST (noyau de transmission).
- ✓ **Prévalence** : cas existants (d'une maladie déterminée) dans une communauté et à un instant donné. (lorsqu'on précise une période d'observation, le paramètre correspondant est désigné sous le nom de prévalence au cours d'une durée déterminée.
- ✓ **Santé** : défini par l'OMS comme « un état de complet bien – être physique, mental et social, et, (...) « pas seulement (par) une absence de maladie ou d'infirmité » (constitution de l'OMS)

I - Caractéristiques Socio Sanitaires :

Tableau IV : Répartition selon l'âge

Age	Fréquence	%
Indéterminé	12	5,7
15	3	1,4
16	22	10,5
17	52	24,8
18	69	32,9
19	30	14,3
20	17	8,1
21	1	0,5
22	3	1,4
23	1	0,5
Total	210	100

L'âge la plus représenté dans notre série était de 18 ans avec 32,9%

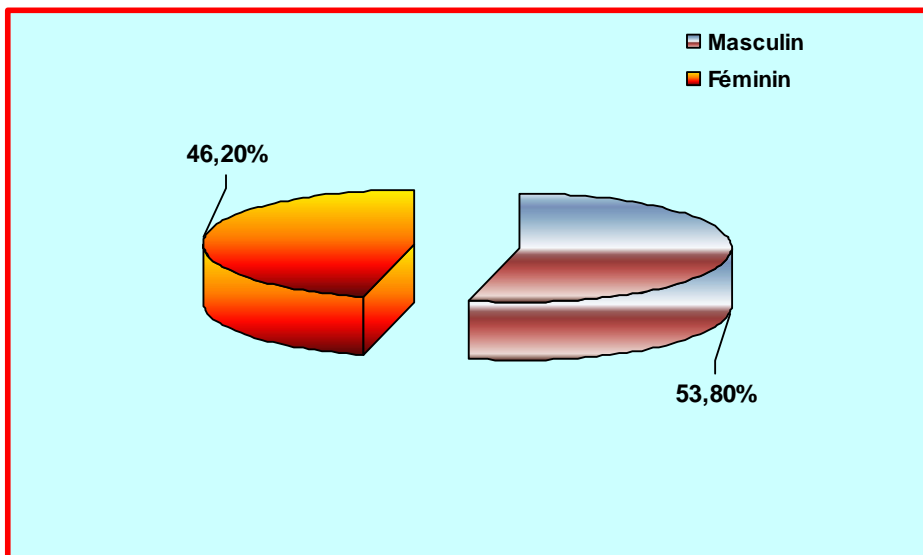


Figure 3 : Répartition selon le sexe

Cette figure montre une prédominance du sexe masculin, soit 53,8%

Tableau V : Répartition selon le statut matrimonial

Statut matrimonial	Fréquence	%
Marié	13	6,2
Célibataire	197	93,8
Total	210	100

De ce tableau, nous retenons que 93,8% de nos enquêtés étaient des célibataires

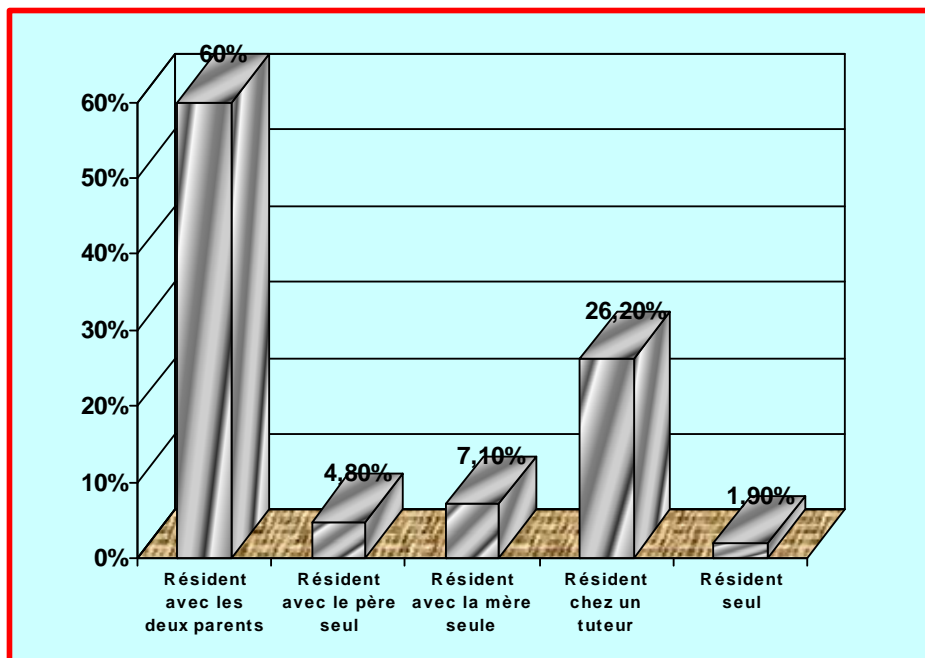


Figure 4 : Répartition selon la résidence

Environ 60% de nos enquêtés résidaient avec les deux parents

II - Connaissances :

Tableau VI : Répartition selon les sources d'information

Sources d'information	Fréquence	%
Causerie	58	27,6
Radio	11	5,2
Télévision	64	30,5
Théâtre	9	4,3
Ecole	47	22,4
Parents	4	1,9
Agent de santé	14	6,7
Autres	3	1,4
Total	210	100

La télévision était la source d'information la plus utilisée, soit 30,5%

Tableau VII: Répartition selon la source la plus crédible

Source la plus crédible	Fréquence	%
Causerie	31	14,8
Radio	8	3,8
Télévision	57	27,1
Théâtre	5	2,4
Ecole	25	11,9
Parents	25	11,9
Agent de santé	58	27,6
Autre	1	0,5
Total	210	100

Autre : Toutes ces sources

La source la plus crédible était constituée par les agents de santé et la télévision, soit 27,6% et 27,1%

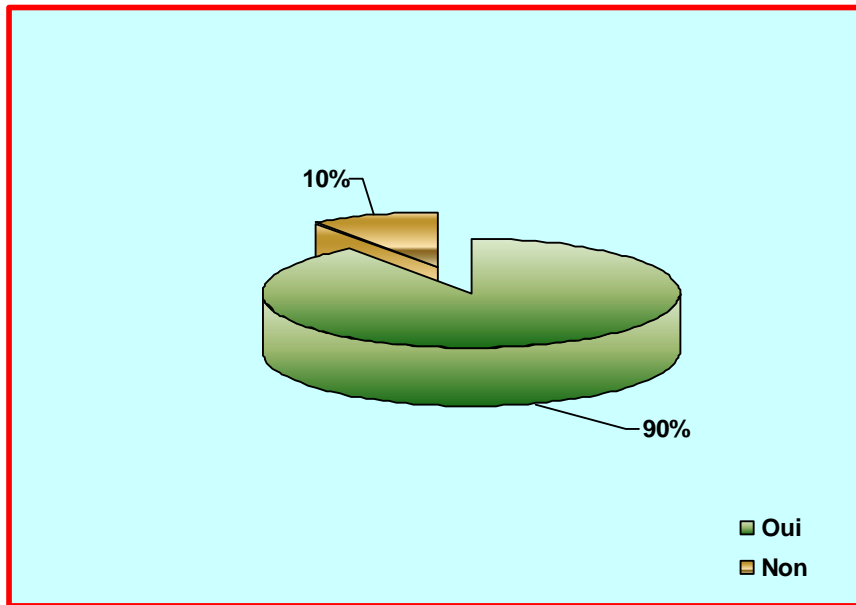


Figure 5 : Répartition selon l'enseignement de la sexualité à l'école

L'enseignement de la sexualité était approuvé chez 90% de nos enquêtés

Tableau VIII : Répartition selon le niveau d'introduction de la sexualité à l'école

Niveau d'introduction de la sexualité à l'école	Fréquence	%
Premier cycle	21	10
Second cycle	139	66,2
Lycée	50	23,80
Total	210	100

Le second cycle était le mieux adapté pour l'enseignement pour 66,2% de nos enquêtés

Tableau IX : Répartition selon que les patients soient à l'abri du SIDA

A l'abri du SIDA	Fréquence	%
Oui	129	61,43
NON	81	38,57
Total	210	100

Plus de la moitié des enquêtés pensaient qu'ils sont à l'abri du VIH/SIDA

Tableau X : Répartition selon qu'une personne en bonne santé ne soit porteur sain

Personne en bonne santé ne soit porteur sain	Fréquence	%
Oui	188	89,52
Non	22	10,48
Total	210	100

Les 89,52% des adolescents savent qu'une personne en bonne santé apparente peut être porteuse du virus du SIDA

Tableau XI : Répartition des enquêtés ayant parlé de sexualité avec l'un des parents

Causerie sexualité avec un parent	Fréquence	%
Oui	50	23,80
NON	160	76,20
Total	210	100

Plus de la moitié de nos enquêtés n'ont eu aucun entretien sur la sexualité avec l'un de leurs parents.

Tableau XII : Répartition selon le sujet tabou entre parents et enfants

Sujet tabou entre parents et enfants	Fréquence	%
Oui	88	41,91
Non	122	58,09
Total	210	100

La sexualité est un sujet tabou entre parents et enfants chez 41,91% de nos enquêtés

Tableau XIII : Répartition selon la raison du oui ou non du tabou entre parents et enfants

Raison du oui ou non du tabou	Oui	Non
Plus d'informations sur VIH	0	7
Meilleure solution de réduction de la contamination	0	56
Bon sujet de discussion	0	10
Parents sont les meilleurs conseillers	0	14
Droit d'information des enfants	0	5
Droit de sensibilisation des enfants	0	2
Devoir d'éducation des parents	0	17
Source de confiance des enfants	0	11
Manque de respect aux parents en Afrique	29	0
Honte	33	0
Mauvais sujet de discussion entre parents et enfants	18	0
Source de conflit	8	0
Total	88	122

La honte était la raison la plus évoquée (33 avis)

Tableau XIV : Répartition selon que les sujets ont entendu parler de SIDA

Sujets ont entendu parler de SIDA	Fréquence	%
Oui	202	96,19
Non	8	3,81
Total	210	100

La quasi-totalité des enquêtés avaient entendu parler de SIDA

Tableau XV : Répartition selon l'existence du SIDA

Existence du SIDA	Fréquence	%
Oui	171	81,42
Non	39	18,58
Total	210	100

Environ 18,58% pensaient que le SIDA n'existe pas

Tableau XV : Répartition selon la 1^{ère} source d'information

1 ^{ère} source d'information	Fréquence	%
Parents	5	2,38
Ecole	69	32,85
Agent de santé	10	4,76
Amis	14	6,66
Associations ou ONG	2	0,95
Télévision	81	38,57
Radio	10	4,76
Journal	6	2,85
Partenaire	1	0,51
Causerie	12	5,71
Total	210	100

La 1^{ère} source d'information était la télévision, soit 38,57%

Tableau XVI : Répartition selon les exemples d'IST

Exemples d'IST	Fréquence	%
Chancre mou	8	3,80
Chaude pisse/Gonococcie	61	29,04
Syphilis	12	5,74
VIH/SIDA	76	36,19
Aucun	53	25,23
Total	210	100

Le sida était l'exemple d'IST le plus cité, soit 36,19%

Tableau XVII : Répartition selon les signes d'IST

Signes d'IST	Fréquence	%
Aucun signe	9	4,28
Amaigrissement	21	10
Bouton génital	10	4,76
Brûlure mictionnelle	14	6,66
Prurit génital	13	6,19
Démangeaison génitale	46	21,90
Diarrhée	24	11,42
Dyspareunie	6	2,9
Perte blanche	46	21,90
Hématurie	7	3,33
Algies pelviennes	14	6,66
Total	210	100

Les démangeaisons et les pertes blanches étaient les signes les plus cités respectivement 21,90%et 21,90 %

Tableau XVIII : Répartition selon les voies de transmission

Voies de transmission	Fréquence	%
Objets tranchants contaminés	91	43,33
Mères – enfants	33	15,73
Rapports sexuels non protégés	64	30,47
Transfusion	22	10,47
Total	210	100

Les objets tranchants étaient la voie de contamination la plus évoquée par 43,33%

Tableau XIX : Répartition selon les méthodes de prévention

Méthodes de prévention	Fréquence	%
Abstinence	65	30,95
Préservatifs	121	57,63
Fidélité	24	11,42
Total	210	100

Les préservatifs étaient la méthode la plus évoquée dans 57,63% des cas

Tableau XX: répartition selon ceux qui ont eu une première expérience sexuelle.

Rapport sexuel déjà fait	Fréquence	%
Oui	180	85,75
Non	30	14,25
Total	210	100

Près de 90 % de nos enquêtés ont déjà eu une expérience sexuelle

Tableau XXI : Répartition selon l'âge au 1^{er} rapport sexuel

Age au 1 ^{er} rapport sexuel	Fréquence	%
11 ans	2	0,99
12 ans	2	0,99
13 ans	8	3,80
14 ans	18	8,57
15 ans	19	9,04
16 ans	55	26,19
17 ans	37	17,61
18 ans	23	10,95
19 ans	8	3,80
20 ans	8	3,80
Total	180	100

L'âge du premier rapport sexuel était de 11 ans chez 26,19 % de nos cas

Tableau XXII : Répartition selon la raison du 1^{er} rapport sexuel

Raison du 1 ^{er} rapport sexuel	Fréquence (Eff=210)	%
Par curiosité	123	68,33
Par contrainte	57	31,67
Total	180	100

La curiosité était la raison la plus évoquée du 1^{er} rapport sexuel chez 68,33%

Tableau XXIII : Répartition selon le nombre de partenaires déjà fréquentés

Nombre de partenaires déjà fréquentés	Fréquence absolue	% relative
1	77	42,77
2	38	21,11
3	28	15,55
4	14	7,77
5	14	7,77
6	2	1,11
7	4	2,22
8	2	1,11
14	1	0,59
Total=50	180	100

Près de la moitié de nos enquêtés avaient déjà fréquenté un partenaire sexuel avec en moyenne deux(2) par an.

Tableau XXIV : Répartition selon le rapport sexuel avec des partenaires occasionnels

Rapport sexuel avec des partenaires occasionnels	Fréquence absolue	% relative
Oui	47	26,12
Non	133	73,88
Total	180	100

Environ 26,12% de nos enquêtés avaient eu des rapports occasionnels

Tableau XXV : Répartition selon l'utilisation de préservatif au cours du rapport occasionnel

Utilisation de préservatif au cours du rapport occasionnel	Fréquence	
	absolue	% relative
Oui	31	65,95
Non	16	34,05
Total	47	100

Plus de la moitié de nos enquêtés soit 65,95% avaient utilisé le préservatif

Tableau XXVI : Répartition selon les raisons du refus de préservatif

Raisons du refus de préservatif	Fréquence absolue	
		% relative
Gêne	32	15,23
Non croyance à l'existence du SIDA	20	9,52
Confiance au partenaire	4	1,93
Mauvais goût / dégoût	76	36,19
Diminution de la sensibilité	20	9,52
Amour du contact corporel	13	6,19
Ignorance et méconnaissance du risque	45	21,42
Total	210	100

Le mauvais goût ou le dégoût était la principale cause de refus de préservatif, soit 36,19%

Tableau XXVII : Répartition selon l'acceptation volontaire du test de dépistage

Acceptation volontaire du test de dépistage	Fréquence absolue	% relative
D'accord	161	76,66
Pas d'accord	49	23,34
Total	210	100

Près de 80 % de nos enquêtés accepte de faire de façon volontaire leur test de dépistage.

Tableau XXVIII : Répartition selon le dépistage du VIH/SIDA

Dépistage du VIH/SIDA	Fréquence absolue	% relative
Oui	42	20
Non	168	80
Total	210	100

Seulement 20% de nos enquêtés avaient fait un test de dépistage

Tableau XXIX : Répartition selon le lieu du dépistage

Lieu du dépistage	Fréquence	
	absolue	% relative
Centre éveil	64	30,48
Centre national de transfusion sanguine	48	22,86
INRSP	5	2,38
Hôpital du Point G	2	0,95
Hôpital Gabriel TOURE	4	1,90
ASACOBA	2	0,95
ASACODJé	5	2,38
CSRéf C I	14	6,67
CSRéf C III	4	1,90
Autres CSCOMS	59	28,09
Autres centres	3	1,44
Total	210	100

Le centre éveil était le plus cité, soit 30,48%

I- Méthodologie :

Notre étude a été menée avec succès, cependant nous avons été confronté à un certain nombre de problème :

- Difficulté d'accès aux intéressés durant les périodes de cours.
- Le manque de temps suffisants pour avoir l'avis de grande majorité des élèves.

II- Caractéristiques socio – démographiques

Cette section porte sur le sexe, l'âge, la situation matrimoniale de même que sur la résidence des enquêtés.

L'enquête s'est déroulée exclusivement à Bamako "la métropole"

Profils des enquêtés

La majorité des adolescents enquêtés était de sexe masculin (53,8%) avec un âge moyen de 18 ans, résidait pour la plus part avec leurs parents (60%) et en majorité célibataire (93,8%).

Connaissances

1-les IST

Les principales IST citées par les élèves des différents sites sont : le sida, la gonococcie, la syphilis et le chancre mou ; les autres IST n'étaient pas connues des élèves.

D'autre ont retrouvé des résultats similaires [6 -51-59].

Ainsi pour Berthe [6], 96,6 % des élèves de sexe masculin ont cité le sida et la gonococcie (65 %) ; et dans celui de sacko [51] 94,9 % des élèves de sexe féminin ont cité le sida et la gonococcie.

Au cour de la discussion de groupe mené au Burkina, Mali, Niger [13]. Les IST les plus citées étaient le sida, la gonococcie, la syphilis, le chancre mou ; et assimilaient au IST d'autres maladies comme la lèpre, la bilharziose, l'hémorroïde et la lèpre.

Ceci s'explique par l'accent particulier porté sur la pandémie du sida lors des multiples campagnes de sensibilisation.

2-voies de transmission

Dans notre étude la voie la plus citée était la transmission sanguine ''objet tranchants (43,33%) ; la transmission sexuelle (30,47%) ; la transmission maternofoetale (15,73%) la transfusion (10,47%).

Berthe [6] a trouvé que 99 % des élèves enquêtés estimaient connaître les voies de transmission du VIH et les voies les plus citées étaient les objets tranchants (99,6%), rapports sexuels (98,3%). La transfusion sanguine et la transmission mères enfants étaient les moins citées.

Dans l'étude de Maiga [35] en 2000, 88,7% des élèves de Bougouni et 85% des élèves de Sikasso ont cité le rapport sexuel comme principale voie de transmission.

Dans l'étude B. Touré [59] menée à Abidjan les voies de transmission les plus citées étaient : la transmission materno-fœtale 99,9%, la transmission sexuelle 89, 2%, la transmission sanguine 68,7%

Ces résultats traduisent que les connaissances générales des élèves sont bonnes.

3- moyen de prévention

Quant au moyen de prévention ; dans notre étude le préservatif a été le plus cité (57,63%) par les adolescents enquêtés, suivi de l'abstinence (30,95%) et de la fidélité (11,42%).

4-sources d'informations

Les principales sources d'information sur les IST/sida citées par les élèves sont la télévision (30,5%) ; la causerie (27,6%) ; école (22,4%); Agent de santé (6,7%); théâtre (4,3%) ; les parents (1,9%).

Une étude récente menée par Berthe estimait que les principales sources d'information sur les IST/sida étaient les medias (83,7%), amis (49,6%), et l'école (39,2%).les conférences, les parents et les agents de santé étaient des sources rares avec respectivement 2,9% ; 2,5% ; 7,5%.

Selon l'étude d'Amidou [60] ; les principales sources d'information sur les IST/SIDA pour les élèves du CFTQ sont : les conférences à l'école avec 48,1% ; medias 36, 7% centre de santé 6, 3% ; parents 8, 2%.

Pour les élèves du LDDK : l'école/conférence 54, 7% ; medias 35, 8% centre de santé 3, 8% ; parents 5, 7% et les élèves du LFCK citaient : l'école/conférence 50%, 44,7% pour les medias, centre de santé 3,2% et parents 2, 1%. Centre de santé et parents est les sources rares rapportées par toutes les enquêtes.

Le rôle prépondérant des medias comme source d'information dans l'acquisition des connaissances, en matière de sexualité, noté dans notre étude a également été relevé dans plusieurs études.

En comparant toutes ces études, il ressort que le rôle des parents comme sources d'information dans l'acquisition des connaissances en matières de sexualité est faible, bien que la majorité des enquêtes (60%) résidaient chez leurs parents. Dans notre étude les sujets relatifs à la sexualité demeuraient tabou et étaient très rarement évoqués en famille entre parents et enfants.

Cette situation comme l'a souligné Adjahoto [1] pourrait s'expliquer par la crainte des parents de polariser l'attention de leur enfants sur la sexualité ou l'ignorance des parents eux-mêmes, car on ne transmette que ce qu'on connaît.

Contrairement aux craintes souvent exprimées et aux stéréotypes courants des recherches poussées n'ont guère trouvé de preuves à l'appui du fait que l'éducation sexuelle entraîneraient une augmentation de l'activité sexuelle [43].

La majorité des adolescents enquêtés (96,19%) ont entendu parler de sida mais la minorité qui n'y croit pas est à prendre en compte à des fins de sensibilisation.

. Un pourcentage assez important pensait être à l'abri du SIDA (61,43%).

Maiga [35] trouvait dans son étude que 60,6% des élèves de Bougouni pensaient être des sujets à risque pour le sida.

Au vu de ces résultats on peut conclure que le VIH au lieu d'être considéré comme la maladie d'autrui suscite la peur chez les adolescents.

5-sexualité

Les lycéens de notre étude ont cité l'agent de santé (27,6%) comme source crédible suivi de la télévision (27,1%) la causerie (14,8%) et des parents (11,9%).

Environ un tiers des élèves ont déclaré avoir discuté de sexualité avec l'un de leur parent. Hamidou dans son étude a relevé que 40% d'élève ont eu un entretien sur la sexualité avec leurs parents.

Kodjovi et al [30] ont trouvé au cours de leur étude que plus d'un parent sur dix (12%) refusent de parler de sexualité avec leurs enfants.

Des actions de sensibilisations doivent être menées par les parents au sein de leur famille. L'éducation sexuelle faite par les parents doit être encouragée, car nombreux sont les adolescents qui se plaignaient de n'avoir jamais eu l'occasion de discuter de sexualité avec l'un de leurs parents. Il deviendrait nécessaire de présenter au parents le bien fondé de cette éducation pour l'avenir de leurs enfants.

Les élèves ont donné leur avis favorable à l'introduction de module sur l'étude de la sexualité dans le programme scolaire (90%) et surtout au niveau du second cycle (66,2%) car selon il est nécessaire pour réussir leur vie sexuelle.

L'école, important canal d'éducation et d'acquisition de connaissance, n'est malheureusement pas utilisée suffisamment pour véhiculer les informations sur la sexualité. Au Mali, malgré la jeunesse de la population et le taux de prévalence du VIH/SIDA le rôle du système éducatif demeure minime dans la lutte contre le SIDA. Bien qu'il existe des cours sur la reproduction en fin de second cycle, ils n'entrent cependant pas dans le cadre d'un programme d'enseignement de la sexualité et de lutte contre le VIH / SIDA et les IST. L'une des clés de la réussite de la lutte contre est sa prévention chez les adolescents à travers une éducation sanitaire précoce, avant la puberté, pour une sexualité saine.

Selon une étude portant sur le comportement sexuel et reproductif des adolescents dans des pays à revenu élevé, plus ils reçoivent les informations, mieux ils adoptent des comportements sexuels sains. Des taux relativement faibles de grossesse et d'infections sexuellement transmissibles chez les adolescents dans des pays comme le Canada, la France et la Suède semblent refléter le succès des programmes d'étude complets, appliqués à l'échelle nationale, couvrant toute une gamme de sujets et présentant des options de comportements sexuels dangereux[44]. En Afrique certains pays comme le Nigeria et le Togo ont adopté une approche globale de prévention dans les écoles par la mise en œuvre d'un programme national d'enseignement sur la sexualité. [1-44]

Afin de permettre à l'école d'aider les jeunes à acquérir des comportements sexuels à moindre risque, les autorités compétentes (ministère de la lutte contre le sida et le ministère de l'éducation) devraient élaborer et inclure au programme d'enseignement des modules de formation sur la sexualité et la planification familiale.

III-Attitudes

Dans notre échantillon, une proportion de 80% avaient accepté de faire leur test de dépistage mais seulement 20% l'avaient déjà fait mais les résultats non pas été vu. Ce résultat est nettement supérieur à celui de l'étude de B.Toure [59] dans laquelle 69,8% ont accepté de faire leur test de dépistage du virus du sida. Le centre de dépistage le mieux connu des élèves est le centre l'éveil.

En comparant ces résultats, on note que le SIDA au lieu d'être considéré comme la maladie d'autrui suscite la peur chez les adolescents. Cette considération qui amenait les adolescents à refuser de se considérer comme étant dans une situation à risque, à justifier leur position en se référant à d'autres ayant des comportements similaires et ayant survécu, à mettre non seulement en quarantaine les personnes infectées, mais également à nier qu'ils courent eux-

mêmes le risque de contracter cette infection est en train d'être annihilé. Ils curieux de connaître leur statut.

IV-Comportements

1-de l'activité sexuelle

Dans notre étude, plus de la moitié des élèves enquêtés (180 soit 85, 75%) a déjà eu une première expérience sexuelle. l'âge moyen au premier rapport sexuel était de 15 ans et les âges extrêmes de 11 à 20 ans. Plus de la moitié des adolescents sont sexuellement actifs ont eu au moins deux partenaires sexuels.

Parmi les 180 adolescents en activités sexuelles 47 soit 26,12 % ont affirmé avoir eu des rapports sexuels avec un partenaire occasionnels.

Selon l'enquête CERPOD [9], la quasi-totalité des adultes et personnes âgées au Burkina Faso ; Mali et au Niger, pense que l'intensité de la sexualité des jeunes (15-19 ans) est beaucoup élevée qu'elle ne l'était durant leur jeunesse.

Ce qui confirme cette affirmation d'un planificateur burkinabé : "plus de la moitié des jeunes sont sexuellement actifs" et corrobore le résultat d'Hamidou Traoré [60] pour qui 50% des élèves du CFTQ sont sexuellement actifs, ceux du LDDK et du LFCK sont sexuellement actifs avec un taux respectifs de 75,5% et 57,4% ; 83,5% des élèves du CFTQ ; 65% des élèves du LDDK et 72,2% des élèves du LFCK avaient un âge supérieur ou égale à 15 ans lors de leur premier rapport sexuels. L'âge minimum était de 14 ans pour le CFTQ, 11 ans pour le LDDK et 12 ans pour LFCK.

L'étude menée au Burkina Faso [14] indiquait que l'activité sexuelle commence vers 15 ans alors qu'au Niger elle commençait vers 12 ans.

Dans l'étude B. Touré [59] faite à Abidjan, plus de la moitié des élèves enquêtés (56,1%) a déjà eu des rapports sexuel. L'âge moyen au premier rapport sexuel était de 15,02 ans chez les filles et 15,28 ans chez les garçons. Tous les enquêtés en activités sexuel ont eu au moins deux partenaires sexuel et 26,6 % ont eu plus de 5 partenaire sexuels.

Nous remarquons que nos élèves ont une activité sexuelle précoce dont les causes peuvent être multiples. La principale raison pourrait être le manque de l'éducation sexuelle d'une part au sein des familles et d'autres parts à l'école ou les cours ne traitent que de la biologie et de l'anatomie, et ne parlent pas de sexualité en tant que tel.

1-du contexte du premier rapport sexuel

Le contexte du premier rapport sexuel est un indicateur clé du risque potentiel de contraction d'une MST et marque de façon psychologique le jeune. Ainsi nous avons demandé aux jeunes le caractère volontaire ou non volontaire de leur premier rapport sexuel. Ainsi les résultats donnent que 68,33% ont vécu leur premier rapport sexuel de façon libre et volontaire. Par contre 31,67% l'ont fait de façon non consensuelle (par contrainte).

2-Du préservatif

Parmi les 180 adolescents en activité sexuelle, 31(soit 65,95%) ont affirmé avoir utilisé le préservatif au cours du premier rapport sexuel alors 57,63% le connaissaient déjà comme méthode préventive contre les IST ; Tandis que seulement 29,9% de ceux qui ont eu des rapports avec des partenaires occasionnels déclarent avoir utilisé le préservatif au cours de ces rapports.

Selon les enquêtes, les raisons de la non utilisation des préservatifs étaient essentiellement dues au fait qu'ils rendent les rapports sexuels moins agréables (36,19%) et méconnaissance du risque (21,42%)

Dans l'étude d'Hamidou Traoré [60] sur les 1039 jeunes qui ont déjà eu leurs premiers rapports sexuels au moment de son enquête, seul 271(soit 26%) déclarent avoir utilisé une méthode contraceptive à cette occasion.

Berthe [6] a trouvé que plus de la moitié de son échantillon sexuellement actif 54% ont eu des rapports sexuels occasionnels et parmi eux 56% ont toujours utilisé le préservatif, 24,4 % utilisaient occasionnellement, 19,6% n'ont jamais utilisé le préservatif

Selon l'étude de B. Touré [59] parmi les 338 adolescents en activité sexuelle. Près de 80% ont affirmé utiliser le préservatif << de temps à temps >> ; cependant que 10,7% ont affirmé les utiliser régulièrement tandis que 17(5%) ne les avait jamais utilisé. Il est important de noter que la majorité de ces élèves n'a pas utilisé le préservatif au cours du dernier rapport sexuels

Différentes études menées au mali, mais aussi ailleurs en Afrique subsaharienne, ont noté la survenue des premiers rapports sexuels à un age jeunes pendant l'adolescence [59-35-6-2], la multiplicité des partenaires sexuels et l'utilisation irréguliers des préservatifs [59-5-10-60] dans nos régions.

En effets bien que la majorité des adolescents enquêtes (57,63%) aient cité le préservatif, comme moyen de prévention, son utilisation reste irrégulière au motif qu'il diminue le plaisir au cours de l'acte sexuel ou qu'il est refuse par le partenaire sexuel.

Les comportements sexuels à risque, l'insuffisance d'information en matière de sexualité et le faible utilisation des services de santé reproductive accroissent la vulnérabilité des adolescents, les exposants ainsi aux conséquence d'une sexualité de plus en plus précoce et mal contrôlée (IST y compris le VIH/sida, grossesse précoce, avortements clandestins, abandons scolaires....)

La connaissance des voies de transmission et des moyens de prévention ne se traduit pas toujours dans les comportements.

Ainsi, malgré les efforts de sensibilisations, le risque de contamination par le virus du SIDA n'a pas suscité l'adoption de comportement sexuel sain.

1-conclusion :

Au terme de cette étude nous avons abouti aux conclusions suivantes ;

Environ 18,58% pensaient que le Sida n'existe pas.

Le Sida a été l'IST la plus citée dans plus 36%.

Les objets tranchants étaient la voie de contamination la plus évoquée.

Le préservatif était la méthode de prévention la plus évoquée dans plus de 57% et plus de 65% avaient utilisé le préservatif au cours des rapports sexuels occasionnels ; suivi de l'abstinence dans 30,95% des cas.

Les 80% des enquêtés ont accepté de faire de façon volontaire leur test de VIH.

Seulement 20%, des élèves enquêtés avaient fait leur test de VIH ; le centre d'éveil était le plus connu par 30,48% des élèves.

2 - Recommandations

Au ministère de la santé

- étendre la mise en place de centres des jeunes pour la prise en charge de leur problème sanitaire.
- rendre disponibles les centre de conseils et de dépistages volontaires

Au ministère de l'éducation

- Mobiliser le système éducatif pour qu'il devienne le moteur d'un programme de prévention et de prise en charge généralisée pour la jeunesse scolarisée ;
- Introduire dans le programme d'enseignement des cours d'éducation sexuelle au sein de tous les établissements fondamentaux deuxième cycle ;
- Former les enseignants dans le domaine des IST

Aux parents

- Encourager les parents a discuté des questions relatives a la sexualité et aux IST/SIDA avec les jeunes

Aux adolescents et jeunes adultes

- Participer pleinement aux campagnes d'information, d'éducation et communication (IEC) organisées sur les IST/SIDA.
- Profiter de chaque occasion pour s'informer et informer ses pairs.

1-ADJAHOTO EO, HODONOU KA, DE SOUZA AD et coll. Information des jeunes en matière de sexualité. Cahiers santé 2000 ; 10 :195-9

2-AGBERE ARD, TCHAGAFU M, HOUEDJI K et coll.

Utilisation des méthodes contraceptives par les jeunes femmes de Lomé (Togo). Sante 2003 ; 13 :243-251.

3-ANNE LA PORTE, FLORENCE LOT

Épidémiologie-situations actuelles et tendances IN : P.-M.GIRARD, CH. KATLAMA, G. PIALOUX VIH EDITION 2001 DOIN ; PARIS ; 55-58

4-Anonymous: AIDS Weekly surveillance report, AIDS-program CDC Atlanta, 1988

5-BA MG, SANGARE M, MOREIRA P et coll.-

: Connaissance, pratique et perspectives de la contraception chez les adolescentes. Med Afr Noire 1999 ; 46 :300-302.

6-BERTHE :

Connaissances, attitudes et comportements pratiques des adolescents du lycée ASKIA MOHAMED en matière de planification familiale, de maladies sexuellement transmissibles et du SIDA. Thèse méd. Bamako, Mali ; 2000 ; 143p

7-CASSUTO J.P-

SIDA et infection par le VIH : Abrégé 2nd éd 1996

8-Clavel F:

VIH type 2 infection association with AIDS in West Africa the New England journal of med 7.1982-1185

9- CERPOD : centre d'étude et de recherche sur la population et le développement. Santé de la reproduction chez les adolescents au Burkina Faso, au Mali, au Niger vol v n°1, septembre 1996

10-COURTOIS R, MULLETE, MALVY D:

Comparaison des comportements sexuels de lycéens congolais et français dans le contexte du SIDA. Santé 2001 ; 11 :49-55

11-Della Betta- Fiel. M. NLLAGAM, ISLAM.M

La lutte contre les IST un fardeau mondial et un défi à la prévention Aids cap/ USAID 1997 ; 5-15

12-Description du VIH : disponible sur [http : // .w.w.w./ France.com/seb IV/ descrip. / ttm](http://.w.w.w./ France.com/seb IV/ descrip. / ttm)

13-Djiré M, Gueye, Konaté MK, Sames O

: santé de la reproduction au sahel : les jeunes en danger. Résultat d'une étude des cinq pays de l'Afrique de l'ouest. CERPOD, 1996 ; 47p

14-Direction nationale de la santé publique, programme national de lutte contre le SIDA.

La prise en charge syndromique des MST . Manuel d'appui 1997; p 4 et p 8

15-E .PICHARD; A.GUINDO; G.GROSSETTE, FOFANA Y; MAIGA, B.KOUMARE et coll.

L'infection par le VIH au Mali, MedTrop, octobre-décembre 1988 volume 48,n°4 pages 345-349

16-ESSEX M.

Isolation of HTLV retrovirus related from wild caught Africa green Monkeys. Science vol 230 new 25; 1985 p 951-954

17- Fleury HJA 2eme édition Paris

Virologie humaine paris Masson 2^{ème} édition paris Masson 1997 ; 195

18-Fleury HJA.

Virologie humaine paris Masson ,2000; 928p

19-Gallo R-C:

Detection, isolation and continuous production of cytophatic retrovirus from patients, with AIDS and Arcs. Science 1984; 224; 497P

20-Gallo R-C: Frequent detection and isolation of cytophatic retrovirus (HTL III) from patients with Aids and risk for Aids. Science 1983; 224:500-503

21-17 Gentilini M:

Medicine tropical Paris Flammarion 1993; 928p

22-GLUMECK N; MASCART-LEMOINEF, DEMAUBEUGE J :

Acquired immunodeficiency syndrome in black Africans lancet 1983; 11:6

Doin. j Paris 12-16

23-hitchcock p; fransenl;

Preventing HIV infections. Lessons from wanga and Rakaï the lancet 1999:353:503-514

24-HolmES K.K Delay P Crohen M.S;

La lutte contre les MST une priorité en santé publique 1995; 9-13

25-[http:// documentation.ledmed.org/igm/html/doc 10797.html](http://documentation.ledmed.org/igm/html/doc_10797.html)

26-institut national de la statistique (INS)-

Enquête démographique et de santé 1998-1999.ministère de la santé publique/INS, Abidjan, Côte d'ivoire, 2000.

27-institut royal des tropiques : Relever les défis du VIH/SIDA et des MST

Aids /SAF Aids/OMS 1995. 5-7

28: in: [www. Yahoo encyclopedie.fr/SIDA:](http://www.yahoo.encyclopedie.fr/SIDA)

29 : Jossay, M donadien y le SIDA

Étude, prévention, traitement, paris malaine 1987; 41p

30-Kodjovi kouwanou, patrice Muka Hirwa :

Enquête évaluation du centre des jeunes de l'ATBEF à Lomé « Evac jeune 1 »

Connaissance, attitudes et pratiques sexuels des jeunes de Lomé focus on Young adultes et URD, sfpf, juin 2000 p27

31-la prévention du VIH/SIDA disponible sur le site ensemble contre le sida

35-Maïga : Connaissance, attitudes et comportements sexuels en matière de MST/SIDA en milieu scolaire à l'EN de Bougouni et lycée Monseigneur De montclos de SIKASSO. Thèse Med Bamako 2000

36-Mamadou S ; Montavonc ; Ben A ; Djibo.A, Rabiraus et al.

Predominance of CRFO 2 AG and CROF 06 cpx in Niger West Africa. Aids research and human retrovirus 2002, 18 (sous presse)

37: MINISTERE DE LA SANTE/ CELLULE DE COORDINATION DU COMITE SECTORIEL DE LUTTE CONTRE LE VIH/SIDA

Compétence en counseling en matière de VIH/SIDA, Manuel de référence Août 2006 Page : 2

38-Modieli M-Z.: surveillance épidémiologique du VIH/SIDA : cas de la surveillance sentinelle 2002 au Mali

Thèse pharmacie, FMPOS 2004-106p-19 Bamako

39-Montagnier L:

Isolation of HT2 retrovirus (LAV).from zarian married couayte one with Aids one with Arc. Lancet 1984; 1183-1185

40- Montagnier L :

Lutte contre le SIDA : la course contre la montre santé du monde : magazine de l'OMS Mars 1988 p 12

41-- ONU SIDA/OMS le point sur l'épidémie du SIDA, décembre 2007

42-ONU SIDA/OMS le point sur l'épidémie du sida, Genève, 2006

43- ONU SIDA rapport sur l'épidémie mondiale .Genève, 2006 p154

44-ONU SIDA rapport sur l'épidémie mondiale .Genève, 2002, p231

45-ONU SIDA baisse des taux d'infection à VIH associée à l'évolution des comportements sexuels en Thaïlande 1998 ; 1-2

46-ONU SIDA/OMS les principes directeurs applicables à la surveillance des IST et VIH dans le monde 199-1-15

47-OVER M.PIOT; HIV Infection and sexually transmitted diseases in diseases control priorities in developing countries Washington. Oxford University 1993; 5-25

48-Peeters Mulanga—Ka Beyac, Deleporte E.

La diversité génétique du VIH virologie2000;4:371-81

49-Pilly E : maladies infectieuses 15^{ème} édition paris 1996 ; 453

56PNLS/OMS l'épidémie à VIH population cibles et activité en matières de prévention, 1994 ; 45

50-Rosenheim M et A.I Touangaporo

SIDA et infection à VIH : aspect en zone tropicale

Paris : méd. Trop, éd ELLIPSES. AUPELF 9 :101-109

51-Sacko D

Connaissances attitudes et pratiques des adolescents du lycée Bah Aminata DIALLO en matière de planification familiale, des maladies

Thèse Med, Mali 2000 ; 139p sexuellement transmissibles et du sida

52-SALAH ED, GRUNITZKY-BEKELE M, BASSABI K ET coll.-

Comportements sexuels, connaissances et attitudes des étudiants de l'université du Bénin(Togo) face au sida et aux maladies sexuellement transmissibles. Santé1999 ;

53-Sanogo M : enquête sero épidémiologique sur l'infection par les VIH/SIDA au CESAC de 2001 à 2003.thèse de pharm., FMPOS, 2004-86p, 65 Bamako

54-Sanogo S. A

Connaissance, attitudes et pratiques des adolescents et des jeunes en matières d'IST/SIDA en milieu scolaire dans le district de Bamako

Thèse Med Bamako 2006,FMPOS,

55-Siboulet A

La résistance du gonocoque aux antibiotiques peut-elle expliquer la recrudescence actuelle des MST ? Méd. Af Noire 1991 ; 38 :77-80

56-Siboulet A, c

oulaud JP ; Basset A, Bohbot JM.

Blennorragie gonococcique. Maladies sexuellement transmissibles paris Masson ; 1991

57-Starm w ; Turck M :

Infection des voies urinaires ; pyélonéphrites et maladies apparentes 4^{ème} édition : Flammarion 1988.p1185-1189

58-Svenson LW, Carmel S, Varnhagen CK-

A review of the knowledge, attitudes and behaviours of university students concerning HIV/AIDS. Health promotion international 1997; 12:61-68

59-Touré B et collaborateurs

Connaissances attitudes et pratiques des collégiens et lycéens d'Abidjan face au VIH/sida

Méd. trop 2005 ; 65 :346-348

60-Traoré Amidou

Connaissances, attitudes comportementales des jeunes de moins de vingt ans face aux IST/SIDA

Thèse Pharm Bamako 2006

QUESTIONNAIRE ELEVE

Bonjour /bonsoir, je m'appelle.....et je suis un enquêteur.

Nous menons une enquête initiée par l'UNICEF et le HCNLS dans le district de BAMAKO.

L'objectif de cette enquête est d'explorer les connaissances, attitudes et comportements des élèves en matières des infections sexuellement transmissibles (IST), VIH/SIDA avant l'exécution d'un programme d'enseignement des IST/VIH/SIDA dans les écoles pour réduire l'impact de ces maladies chez les élèves. À la vue de cela, j'aurai besoin de te poser quelques questions. Le contenu de cet entretien restera confidentiel, personne ne saura que c'est toi qui as donné ces réponses. L'enquête garantit le secret. Le présent questionnaire est individuel et a un but purement scientifique. En répondant correctement à ces questions posées, vous contribuez à l'évolution de la science au service de l'homme.

Est-ce que je peux continuer ?/_/ 1=oui 2=non

Si oui, continuez l'interview. Si non mettre fin à l'interview et remercier.

Numéro du questionnaire: /__ / __ / __ / __ /
/ __ / __ /

date de l'enquête / __

Site d'enquête : commune 3

I D de l'élève: / __ / __ /
ans) : ____ / ____

Age (15_24

Sexe: Masculin : / __ / Etablissement : _____
/ ____ / __ / ____

classe :

Féminin : / __ /

Résidence: / __ / 1-vous résidez avec les deux parents

2-vous résidez avec le père seul

3-vous résidez avec la mère seule

4-vous résidez chez un tuteur

5-vous résidez tout seul

Connaissances sur la sexualité et les IST/SIDA

A- sexualité

Q1 : Avez-vous entendu parler de sexualité en général ? / __ / 1=oui 2=non

Q2 : quelles sont vos sources d'information sur la sexualité ? / __ /

1=causerie 2=Radio 3=Télévision 4=Théâtre 5=école 6=parents 7=Agent
de santé

8=Autres :

Q3 : parmi vos sources, quelle est celle qui vous semble la plus crédible ? / __ /

Q4 : Avez-vous l'habitude de parler de sexualité avec l'un de vos parents ? / __ /
1=oui 2=non

Q5 : A quel niveau d'étude avez-vous entendu parler de sexualité pour la
première fois ? / __ /

1=premier cycle 2=second cycle 3=lycée

Q6 : Aimeriez vous qu'on enseigne la sexualité à l'école ?/___/ 1=oui 2=non

Q7 : Si oui, à quel niveau d'étude ?/___/ 1=premier cycle 2=second cycle 3=lycée

Q8 : Selon vous, la sexualité doit elle rester un sujet tabou entre parents et enfants ?/___/

Si oui,

Pourquoi.....

Si non,

pourquoi.....

B : infection sexuellement transmissibles et VIH/SIDA

1=oui 2=non

Q1 :avez-vous entendu parler de maladie qu'on peut attraper par les rapports sexuels : /___/

Q2 :Avez-vous entendu parler de SIDA ?/___/

Selon vous existe-t-il ?/___/

Sinon,

pourquoi_____

Q3 : Quelle a été votre première source d'information sur les IST/ SIDA ?/___/

1=parents 2=école 3=professionnel de santé 4=Ami(e)

5=Association/organisme

6=télévision 7=Radio 8=journal 9=partenaire 10=causerie

11=Autres.....

Q4 : Si vous avez entendu parler d'IST, citer quelques exemples ?/___/

a-

b-

c-

Q5 : citer quelques signes d'IST :

a-

b-

c-

Q6 : pouvez citer quelques voies de transmission du VIH/SIDA ?

a-

b-

c-

Q7 : pensez-vous être à l'abri des MST/SIDA ?/ ___/

Q8 : pouvez vous citer quelques méthodes de prévention contre les IST/SIDA ?

a-

b-

c-

Q9 : Une personne qui a l'air en bonne santé peut avoir le SIDA ?/ ___/

C- Attitudes

Concernant les propositions suivantes, répondre par oui ou non

1=oui 2=non

Q1 : consentez vous pour subir et recevoir le test de dépistage du VIH ?/ ___/

Q2 : Avez-vous déjà fait un test de dépistage du VIH ?/ ___/

Si oui avez vous obtenu les résultats de ce test ?/ ___/

Q3 : pouvez vous citer un endroit où on fait le dépistage du VIH ?/ ___/

Si oui, indiquer l'endroit (écrire le nom) _____

Préciser : centre de dépistage volontaire : /__ / CSCOM : /___ / CSref :
/___ /

Laboratoire d'analyse : /__ /

D- Comportements et pratiques

1-contact sexuel

Q1 : est ce qu'il vous est arrivé d'avoir un contact sexuel / __ / 1=oui 2=non
3=pas de réponse

*Si oui, quel âge aviez vous (au premier rapport sexuel) 1=âge en
année/___ / ___*

*Si non _____ Q16 2=je ne me rappelle
plus/___ /*

Q2 : vous avez fait votre premier rapport sexuel:/___ /

1=par curiosité 2=par contrainte

Q3 : combien de partenaire avez-vous déjà fréquenté ? 1_nombre/___ /
2- je ne sais pas/___ /

Q4:Avez-vous déjà eu des rapports sexuels avec des partenaires occasionnels.
/___ /

Q5 : si oui, avez-vous utilisé le préservatif avec ce partenaire occasionnel ?

2- du préservatif ou condom

1=oui 2= non

Q 6: connaissez-vous le préservatif au moment de votre premier rapport
sexuel ?/___ /

Q7 :Avez-vous utilisé le préservatif au cours de votre premier rapport
sexuel ?/___ /

Q8 : selon vous pourquoi tous les jeunes n'utilisent pas le préservatif ?.....

FICHE SIGNALETIQUE

Noms : FOMBA

Prénoms : BOUBA

Numero de telephone :76343411

e-mail :boubaf @ yahoo.fr

TITRE : connaissances, attitudes et pratiques des jeunes lycéens face aux IST-VIH/SIDA dans les écoles secondaires de la commune I du district de Bamako

Année académique : 2008-2009

Pays d'origine : MALI

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la faculté de médecine, de Pharmacie et d'odonto- stomatologie de Bamako.

Département : Santé Publique, Maladies infectieuses

Summary:

we carried out in Mars 2008 a cross-sectional study, descriptive with single passage in three colleges of commune 1 of the district of Bamako. The population of study was consisted the old adolescent pupils from 15 to 24 years. This study had as general objective to describe knowledge, attitudes and

practices of the teenagers in school vis-a-vis VIH/sida. The teenagers of male sex were prevalent (53,80%) .la average age were 16 years with old some 15 years and 23 years extremes. The majority from the teenagers, 96,19%, had already intended to speak about the AIDS and knowledge on the AIDS was good. The condoms was the means more quoted (57,80%). they were 180 is 85,75% to have already had sexual relations. However, the irregular use of the condom was evoked by the majority of the teenagers surveyed in sexual activity. Indeed this study shows us that they are well informed, but manage with difficulty to connect knowledge and the perception of the risk of contamination.

Keywords: adolescent-knowledge-attitudes-practices - HIV / AIDS-sex common-I-Bamako-Mali.

SERMENT D'HYPPOCRATE

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 race, de parti ou de classe viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient. Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception.

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

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

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes condisciples si j'y manque.

Je Le Jure !