

MINISTÈRE DE L'ENSEIGNEMENT
SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

REPUBLIQUE DU MALI

UNIVERSITE DE BAMAKO

UN PEUPLE - UN BUT - UNE FOI

FACULTE DE MEDECINE DE PHARMACIE
ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE



Année Universitaire 2010-2011

Thèse N°/___/

**ETUDE DES CONNAISSANCES, DES ATTITUDES ET
DES PRATIQUES COMPORTEMENTALES DES
SCOLAIRES DE LA COMMUNE DE MACINA EN
MATIERE DES INFECTIONS SEXUELLEMENT
TRANSMISSIBLES, DU VIH ET DU SIDA (MACINA,
SEGOU, MALI)**

THESE

Présentée et soutenue publiquement le /10 /06 /2011 devant la Faculté de Médecine de Pharmacie et
d'Odonto-Stomatologie
de l'Université de Bamako

Par Monsieur Salif KONE

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

JURY

Président : Pr Saharé FONGORO

Membre : Dr Fodie DIALLO

Co-directeur de thèse: Dr Cheick A T TRAORE

Directeur de thèse : Pr Samba DIOP

DÉ

Au nom d'**Allah** le tout miséricordieux, le très miséricordieux, louange à toi Allah seigneur de l'univers, maitre du jour de la rétribution, c'est toi seul que nous adorons et c'est toi seul dont nous implorons secours merci seigneur de nous avoir accompagné tout au long du parcours et de nous avoir guidé vers le droit chemin.

Hommage mérité au **Prophète Mahomet** (PSL) grâce à qui l'éternel créa le monde.

A mon père : FOTIGUI KONE affectueusement appelé **Baba** , Papa soit fier en ce beau jour car ce travail est le tien. Merci de m'avoir montré le chemin de l'école et de m'avoir soutenu jusqu'aujourd'hui. Ta rigueur, ton honnêteté, ta tolérance, ton amour du prochain ont fait de toi un homme droit et respecté. Reçois à travers ce travail ma reconnaissance et toute mon affection. L'éducation que mes frères, sœurs et moi avons reçue de toi sera toujours notre guide. Je suis fier de toi, fier d'être ton fils. Cependant en tant que fils je te demande humblement pardon pour toutes les fois où j'ai pu t'offenser. Baba, que Dieu te garde parmi nous le plus longtemps que possible et te bénisse, Amen !!!

A ma mère : BAH TRAORE

Je ne saurai avoir la manière appropriée de t'exprimer ma reconnaissance en ce jour béni. Toi qui m'allaitas, toi qui gouvernas mes premiers pas, toi qui patiemment as su supporter mes caprices. Ce travail est le fruit de tes sacrifices consentis durant toutes ces années. Ta simplicité, ta tendresse, ta générosité, ton courage, ta combativité, ton amour pour la famille ont fait de toi une femme modèle et une mère adorable. Que Dieu maître de l'univers, t'accorde grâce sur grâce et te garde au près de nous pendant des siècles et des siècles, Amen !!!

A ma tante : feu FATOUMATA KONE dite « THIA »

J'aurai souhaité que tu sois à mes cotés pour prendre part à cette cérémonie de joie mais l'homme propose et l'éternel dispose. Merci et merci pour tes bienfaits, que ton âme repose en paix.

A mon tonton et tuteur MAMY COULIBALY et épouses DJAMINATOU COULIBALY et KADIATOU DEMBELE

Pas de mots pour vous remercier car vous m'avez tout donné. Votre amour inconditionnel, vos soutiens et conseils permanents ont toujours été un grand secours pour moi. Ce travail est le fruit, le couronnement de toutes ces années de cohabitation. Je vous dis merci et que l'éternel veille sur vous et vos enfants.

A mon tonton OUMAR KONE

Homme de principe, gros travailleur, tu as toujours œuvré pour que nous allions de l'avant. Puisse Allah le tout puissant te donner encore une longue vie dans la paix et le bonheur. Ce travail est le résultat de tes efforts.

A Souleymane Coulibaly et épouse Djelika Diarra merci pour hier, merci pour aujourd'hui et demain et que Dieu lui même vous en récompense au centuple. Car vous avez été d'un apport inestimable pour la réalisation de cette thèse. Longévité à votre couple, beaucoup d'enfants et beaucoup de chance.

REMERCIEMENTS

“Quelque soit la valeur du cadeau qu’on donne à l’être humain, il est quand même important de manifester sa reconnaissance par un petit mot à cinq lettres.”

A mes grands parents

Merci pour vos contes et devinettes à travers lesquels nous nous inspirions pour être des enfants modèles et exemplaires dans la société.

A mes tontons : Moulaye Koné, Brehima Koné, Kalilou Koné, Amadou Koné, Alou Koné, Malamine, Fotigui dit Karamoko plus que des parents vous avez été pour moi une bénédiction, un espoir, depuis ma naissance jusqu’aujourd’hui. Vous qui m’avez supporté, soutenu dans les moments de difficultés comme dans les moments de joie, chers parents, que Dieu lui même vous récompense et vous garde auprès de nous pour le reste de vos jours.

A mes mères et tantes : Mah Coulibaly, Neh Diallo, Hawa Coulibaly, Hawa Traoré, Mariam Niaré, Neh Saou, Korotimi Koné,

Merci pour vos bénédictions et vos soutiens indéfectibles.

A mes frères : Bamadou, Assade, Moussa, Madou, Badaou Mallé, Balou Coulibaly, Lassina Mallé, Bachaka Mallé, Issa Coulibaly, Papa, Malick, Prince, Junior, Bouba dit le blanc, Kassim, Moussa Coulibaly, Amadou Coulibaly dit Colonel, Ami Diarra, brahim Komina, Samba Diallo merci pour tous les sacrifices consentis.

A mes sœurs : Assitan Koné, Assetou Koné, Fatoumata dite Batoma, Mah Koné, Safoura Koné, Nado Koné, Mariam Koné, Oumou dite Dilika, Fanta et Lavieille depuis le Maroc, Bassetou Coulibaly, merci pour le soutien sans faille.

A mes cousins et cousines : Alou Traoré, Modibo Traoré, Issa dit Yah Traoré, Boukary Traoré, Malamine Diarra dit Airness, Amadou Keita dit khadafi, médou, Baber Maiga, Dani Traoré,

Etude des connaissances, des attitudes et des pratiques comportementales des scolaires de la commune de Macina en matière des infections sexuellement transmissibles, du VIH et du sida (Macina, Ségou, Mali)

Samourou Coulibaly, Djelika Traoré, Kady Traoré, Ablo Traoré, Aly Traoré, Fatim Traoré, Adam Traoré, Badjènè, cette œuvre est aussi la votre.

A notre regretté tante : Bafanta Keita, merci pour les services rendus et que ton âme repose en paix.

A mes fils et filles : Salimata Camara, Malick Coulibaly, Fousseyni Coulibaly, Seydou, Oumar Cissé, Hawa Cissé, Sira Fainké, Korotimi dite Mama Touré, Neh Koné, Bah Traoré, Mamy S Coulibaly dit Papi, courage et longévité à vous.

A mes amis de Macina : Madou Bouaré, Hamdiata Sidibé, Abass Diarra, Alou N Samaké, Boi Diarrassouba, Salia Bouaré, Tidiani Sidibé, Fousseyni Camara, Mounirou Sininta, Chaka Komina, Bakary Togola. Merci pour votre accompagnement.

A mes complices : Mohamed Keita, Charles Dara, Modibo Doumbia dit Van, Karamoko I Coulibaly, Boubou Sangaré. Pas de mot car la moyenne a dépassé le total « lorsque le vent souffle la température varie »

A mes amis et compagnons de la FMPOS: Abdramane Kone, Nouhoum Guindo dit Parrain, Tiémoko Sogodogo, Diouma Kansaye, Nene Konipo, Ibrahim G Diallo, Amadou Koné, Anou Moïse Somboro, Allaye G Diallo, Rokiatou Diarra dite Kia, Aminata Dabo, Bagna Baby, Mariam Dao, Rokiatou Mété, Habibatou Sogodogo, Djaminatou Niambélé, Aissata Guindo, Bintou dite Bi, merci pour tous vos soutiens.

A la cité de Dieu : Zoumana Isaac Traore dit Hitler, Niawalou dit Jacob Dara, Zakari Saye, Antoine Dara, Fernand dit Papa la joie, Francois Dao, Paul Koné, Hama Keita.

Etude des connaissances, des attitudes et des pratiques comportementales des scolaires de la commune de Macina en matière des infections sexuellement transmissibles, du VIH et du sida (Macina, Ségou, Mali)

A la cabine de Hama Maiga : Merci pour ces moments de joie et de fraternité.

Au studio Papson : Merci pour l'accompagnement quotidien, l'estime et toute l'affection à l'endroit de ma personne.

A tous les membres de l'Académie : Bane Kalilou, Mohamed Diakité dit Modiak, Aly Guindo, Souleymane dit Norbert Doumbo, Boubou Sangaré, Ibrahim Nimaga.

A tous les membres de l'Assemblée citoyenne de Macina (Bina, Vieux Diallo, Dramane, Souley, Kaou, Mohamed Dagnon, Good, Zao et tous les autres ; Avec sans nul doute Macina sortira de l'ornière.

Aux pratiquant de close combat : Maitre Domo Tembely, Dri, Samuel, Malick, Merci pour la qualité des enseignements.

A tous les animateurs de la radio virus de la FMPOS : Grégoire Dembélé, Mamadou A Coulibaly dit Papa, Bougou Coulibaly, Henry Paré, Boubacar D Diallo dit Ancien, Moussa Samaké, Radical, Raymond, Mademba, Hama Maiga.

A mes collègues internes de Macina : Daniel Bouaré, Sidy Coulibaly; Merci pour l'accompagnement quotidien.

A mes camarades de lutte à la FMPOS : Josephe Sagara, Nouhoum Guindo, Mohamed, Salif Yara, Massedou Traoré, Mamadou D Traoré, Bagna Baby, Oumar Koné dit Barou, Mamadou souaré; ce travail ne saurai se réalisé sans votre concours, merci pour tout.

Etude des connaissances, des attitudes et des pratiques comportementales des scolaires de la commune de Macina en matière des infections sexuellement transmissibles, du VIH et du sida (Macina, Ségou, Mali)

Au neuf mercenaires : Moussa Y Sanogo, Amadou Koné, Moussa Sambou Dembélé, Yamoussa Karabenta, Basseré D Magassa dit Bass, Sekou Yattara, Bourema Dembélé dit Breneca, Chaka Keita, Sirantou Tata Déna. Merci pour votre courage et votre bravoure, la lutte continue.

A tout le personnel du lycée Mamadou Abdoulaye Bah de Macina et de l'IFP : merci de nous avoir facilité la présente étude.

A l'AMERS (Amicale des Etudiants de la Région de Ségou et Sympathisants) Courage et longévité à l'amicale.

Au Groupement des étudiants en santé du cercle de Macina (GESCM) : Ousmane Cissé, Soumaila Savadogo, Sena Aly Ouédraogo, Kadia Coulibaly, Pam, Fily, Mahamane, Soul le chef de village, Diop, Kanta, Toe.

AEERCERS (Association des élèves et étudiants ressortissants des communes riveraines de Sanando) Souleymane Traoré, Karim Yattoura, Issa Traoré, Lassine Mallé, Moctar Sissoko, Kader, Bah Sissoko, Oumar. Avec notre courage et notre détermination nos communes iront de l'avant.

AJVDCM (Association des jeunes volontaires pour le développement du cercle de Macina) Macina est en marche pour le développement, restons uni la chance nous sourira.

A mes frères et sœurs de l'Amers (Association des Étudiants Ressortissants de la région de Ségou et sympathisants) Ce travail est aussi le vôtre.

A toutes les associations de la faculté : **ADERS, AERMOS, AERKOS, GAKASSINEY, GUINNA DOGON,**

Etude des connaissances, des attitudes et des pratiques comportementales des scolaires de la commune de Macina en matière des infections sexuellement transmissibles, du VIH et du sida (Macina, Ségou, Mali)

A toute la grande Famille RASERE : « LA PAROLE N'EST QUE LA PAROLE, LA PUISSANCE RESIDE DANS L'ACTION » Merci de nous avoir forgé à ton image et avoir fait de nous des syndicalistes aguerris.

A tous les états majors de la FMPOS : Bâtisseurs, Renaissance convergence syndicale, Allure, Expérience syndicale, Parein, Merci pour un syndicalisme pur et noble et pour votre unité d'action syndicale.

A mon guide, maitre et conseiller : Ras Sidy Doucouré dit Sidy Boy depuis la France. Je suis de cœur avec toi et bonne carrière musicale.

A tous les frères RASTAS du Mali et de la FMPOS en passant par la CURASMA : Ras Soul dit Botrio, Ras Fomba, Ras Charly, Ras Mody, Ras Bath, Ras pap, Ras Oumar Traoré dit Segovien, Ras Ouatt, Ras Amos, Ras Africain, Ras Diak, Ras Nouhoum Berthé, Ras Sekou, Ras Alpha, Ras Moulaye.

A la CEC (communauté des élèves et étudiants croyants)

Lumière, action, pour un monde meilleur, la CEC c'est pour toujours.

Aux aînés Docteurs : Birama Adama Diarra dit Morikè, Dr Aminata Simpara, Clément Drabo, Bougou Goita, Konimba Coulibaly, Adama Sacko, Yaya Goita, Victor Dara, Jacob Dara, Kanté Moussa, Safouné Diakité, Traoré Harouna, Traoré Moro, Dantouma Goita, Youssef, Moussa Dabo.

A tout le personnel du CS Réf de Macina

- **Docteur Traoré Cheick A T**

Cher maître, nous avons été séduit par vos qualités humaines, votre dévouement, votre détermination et votre acharnement pour le travail bien fait. Vous n'avez ménagé aucun effort malgré vos multiples occupations pour la réalisation de ce travail dans une atmosphère amicale et sereine. Soyez assuré de notre sincère reconnaissance.

- **Docteur Bagayoko Aliou**

Nous avons apprécié votre disponibilité, votre simplicité, votre rigueur et votre souci du travail bien fait. Trouvez ici l'expression de notre profonde gratitude et nos sincères remerciements.

- **Docteur Diallo Mamadou**

Nous avons beaucoup apprécié vos qualités humaines et vos compétences pratiques sur le terrain.

Votre contribution à la réalisation de ce travail est inestimable, au delà des connaissances que nous avons pu acquérir à vos cotés.

Veillez recevoir ici, l'expression de notre profonde gratitude.

- Secrétaires : Djibril Samaké, Mahin Naco
- Maternité : Mme Diakité Sanata Diallo, Mme Traoré Soumba Traoré, Mme Koita Aminata Koné, Mme Diallo Fatoumata Traoré, Mme Dembélé Fatoumata Daou, Mme Kadiatou Diabenta dite grand-mère, Mme Taye Kalapo, Mme Maiga Coumba Konaté.
- Médecine : Major Ballan Diakité, Major Mamoutou Tounkara, Mr Djery Kanté, Mr Amidou Diarrassouba, Mme Rosalie Dakouo, Mme Sylla Bintou Diarra, Mr Sanogo Batigui, Aboubacrine Koné.
- Odontostomatologie : Mr Mamoutou Traoré
- Ophtalmologie : Mr Ouattara
- Laboratoire : Mr Dembélé Mamadou, Mme Keita Aminata, Mr Doufeko Sanogo
- Chauffeurs et apprentis : Mr Amadi Camara, Mr Neke Ballo, Mr Baty Ouane, Mr Dramane Zallé, Salia Bouaré, Daba Diallo.
- Pharmacie : Mme Diawara Kady Guindo, Mme Diarra Oumou Goita
- Gestionnaire et Agent comptable : Mr Tahar Coulibaly, Ballé Pléa.

Etude des connaissances, des attitudes et des pratiques comportementales des scolaires de la commune de Macina en matière des infections sexuellement transmissibles, du VIH et du sida (Macina, Ségou, Mali)

- Stagiaires : Samba Diallo, Togo, Haidara, MD, Maimouna, Sylla
- Gardien et manœuvre : Samba Dolo, Solomane, Mme Kadiata

Coup de chapeau à vous tous pour les bénédictions et les conseils

A tous les professeurs et chargés de cours à la FMPOS, pour les qualités de l'enseignement dont nous avons bénéficié.

A notre maitre et président de jury

Pr Saharé FONGORO

- **Spécialiste en néphrologie**
- **Praticien hospitalier au CHU du point G**
- **Maitre de conférences à la FMPOS**
- **Chargé de cours de néphrologie à la FMPOS**
- **Chevalier de l'ordre national du mérite de la santé**

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 maitre et juge

Dr Fodie DIALLO

- **Médecin généraliste**
- **Coordinateur à l'USAC du CSRéf de la commune V**

Cher Maître,

C'était un plaisir pour nous d'avoir des moments d'entretiens, de partages avec vous pour ce travail. Malgré vos multiples occupations si nécessaires, vous nous faites honneur en acceptant de juger ce travail.

Permettez nous, cher maître, de vous exprimer nos vifs remerciements et notre profond respect.

A notre maitre et co-directeur de thèse

Dr CHEICK A T TRAORE

Etude des connaissances, des attitudes et des pratiques comportementales des scolaires de la commune de Macina en matière des infections sexuellement transmissibles, du VIH et du sida (Macina, Ségou, Mali)

- **Médecin chef du centre de santé de référence de Macina**
- **Chevalier du mérite de la santé**
- **Diplômé inter - universitaire (DIU) « Organisation et management des systèmes publics de prévention vaccinale des pays en développement »**

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. Cher maître ce travail est le votre et nous vous prions d'accepter nos sentiments distingués.

A notre Maître et directeur de thèse

Professeur Samba DIOP

- **Maître de conférences en anthropologie médicale**

Etude des connaissances, des attitudes et des pratiques comportementales des scolaires de la commune de Macina en matière des infections sexuellement transmissibles, du VIH et du sida (Macina, Ségou, Mali)

- **Enseignant-chercheur en écologie humaine, anthropologie et éthique en santé au DER de santé publique de la FMPOS**
- **Responsable de l'unité de recherche formative en sciences humaines, sociales et éthique de SEREFO /VIH/SIDA/FMPOS**
- **Responsable du cours <<Anthropologie de la lutte contre la cécité : aspects sociaux et éthique >>, Centre hospitalier universitaire de l'institut d'ophtalmologie tropicale d'Afrique**
- **Responsable du cours <<Sciences et éthique>> du DEA d'anthropologie, Institut supérieur pour la formation à la recherche appliquée (ISFRA), Université de Bamako**
- **Responsable du cours << Culture et éthique>> du centre d'enseignement virtuel en Afrique, Ecole nationale des ingénieurs (ENI), Université de Bamako**
- **Membre du comité d'éthique de la FMPOS**

Cher maître, ce travail est le votre,

Votre disponibilité et votre sens de lecture des choses font de vous un maître exemplaire, Votre franchise votre rigueur scientifique et votre amour du travail bien fait font de vous un maître respectable. Je garderais de vous l'image d'un homme de science et un enseignant soucieux de la bonne formation de ses élèves. Je suis fier d'être compté parmi vos disciples. Nous vous prions d'accepter l'expression de notre profond respect et de notre profonde reconnaissance.

LEXIQUE

ADN: Acide désoxyribonucléique

AZT: Zidovudine.

ARN: Acide ribonucléique.

ARV : Antirétroviraux.

CDC: Centers for Diseases Control.

CMV: Cytomégalovirus.

CNTS: Centre national de transfusion sanguine.

CO₂: Gaz carbonique

CS Réf : Centre de santé de référence.

D4T : Stavudine.

DDI : Didanosine.

EBV: Epstein Barr virus

EDSM-III : Enquête démographique de santé du Mali-III.

EFV: Efavirenz

ELISA: Enzym Linked Immuno Sorbend Assay.

GRID: Gay Related Immune Deficiency

HCNLS: Haut conseil national de lutte contre le sida.

HTLV: Human T-cell Leukemia Virus.

IFP: Institut formation professionnel

IN: Inhibiteurs nucléosidiques.

INN: Inhibiteurs non nucléosidiques.

INTI : Inhibiteurs nucléosidiques de la transcriptase inverse.

INNTI: Inhibiteurs non nucléosidiques de la transcriptase Inverse.

IP: Inhibiteurs de la protéase.

IST: Infection sexuellement transmissible

Km: Kilomètre.

LAV 1: Lymphadénopathy Associated Virus type 1.

LMABM: Lycée Mamadou Abdoulaye BAH de Macina

MI: Millilitre.

Mn: Minute.

MST: Maladie sexuellement transmissible

NFS: Numération formule sanguine.

NVP : Nevirapine

OMS: Organisation mondiale de la santé.

ONG: Organisation non gouvernementale.

ONU SIDA : Organisation des nations unies pour le sida.

PCR : Polymerase chain reaction.

PNLS : Programme national de lutte contre le sida.

RAC : Réseau administratif de communication

SIDA : Syndrome d'ImmunoDéficiency Acquisée.

3TC : Lamivudine.

USA: United States of America

µm : Micromètre

VIH : Virus de l'immunodéficience humaine.

I. INTRODUCTION :

Le syndrome de l'immunodéficience acquise (**SIDA**), forme évoluée de l'infection au virus de l'immunodéficience humaine (**VIH**) constitue aujourd'hui l'un des problèmes de santé publique les plus préoccupants, surtout dans les pays en développement dont le nôtre [1, 2, 3]. En 1994, TRAORE rapportait 36,2% comme taux de mortalité lié au Sida dans les hôpitaux nationaux [12]. En 2004, cette infection a fait 3,1 millions de victimes dans le monde dont 2,4 millions en Afrique [7, 8, 9, 13]. En fin 2005, selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), 40.3 millions de personnes vivaient dans le monde avec le VIH dont la majorité en Afrique subsaharienne (29,1 millions soit plus de 70%) [6, 7, 8, 9,]. Au Mali la prévalence

générale du VIH/SIDA était estimée en décembre 2001 à 1,7% avec 2% pour les femmes et 1,3% pour les hommes. En 2006, cette prévalence générale était estimée à 1,3% [10, 11, 12, 13].

En 2008 sur le plan mondial l'ONU/SIDA estimait le nombre de personnes infectées à 33 millions avec 2,7 millions de nouvelles infections et 2 millions de décès dans l'année. [3] Jadis, on pensait que les jeunes étaient relativement épargnés par le VIH/SIDA ; mais aujourd'hui plus de la moitié des nouvelles infections sont diagnostiquées chez les jeunes de moins de 25 ans [3, 4]. Si l'individu à partir de 14, ans ne peut plus être considéré comme un enfant à cause des caractères sexuels secondaires et du développement physiologique de son corps, il ne peut non plus être considéré comme un adulte susceptible d'assumer toutes ses responsabilités. L'adolescence est alors la période transitoire au cours de laquelle le processus de maturation passe par la période de dépendance chez l'enfant à l'interdépendance chez l'adulte.

L'insuffisance d'informations, les services de santé inadaptés, l'environnement malsain, les systèmes d'appui inappropriés pour des modes de vie sains demeurent les facteurs de dégradation de l'état de santé des jeunes et des adolescents [3, 4].

La modernisation de la vie amène les jeunes des deux sexes à poursuivre de plus en plus leurs études jusqu'à 25 ans voire plus. Au cours de cette période, ils peuvent avoir des rapports sexuels occasionnels et fréquents avec un ou plusieurs partenaires. La finalité de tels rapports à risque est le nombre croissant de grossesses non désirées, d'avortements clandestins et leurs complications, d'infections sexuellement transmissibles avec un accent particulier à l'heure actuelle sur le VIH/SIDA [1, 3].

Il semble plausible que le problème d'IST, du VIH et du sida est un problème de comportement d'où la nécessité de mettre en place un système efficace d'informations afin d'amener au changement de comportement et l'adoption de bonnes pratiques face à ce fléau [3, 4]. Selon de nombreux auteurs, le développement de la pandémie du VIH serait une question de comportements, de connaissances et d'informations [1, 3, 4, 5]. Si dans de nombreuses sociétés et nombreux pays, des études ont été consacrées aux connaissances et comportements tel n'est pas le cas au Mali. Nous n'avons pas assez de données sur les

connaissances et les comportements chez les jeunes maliens en particulier, du milieu scolaire et universitaire alors qu'une proportion importante de donateurs volontaires est constituée par les élèves et les étudiants. C'est pourquoi nous avons initié cette étude pour évaluer les connaissances et les comportements sexuels des scolaires face aux IST, au VIH et au sida.

II. HYPOTHESES ET OBJECTIFS :

1. HYPOTHESES

Dans de nombreuses études menées, il ressort souvent que le niveau d'instruction influence beaucoup dans la lutte contre les IST, VIH et sida. Les élèves et étudiants sont censés être plus réceptifs des différents moyens de prévention contre les maladies. Ils ont plus accès aux informations que ceux ne fréquentant pas une école.

Est-ce que nos élèves de la commune de Macina ont des connaissances élevées en matière de prévention des IST, VIH et sida ?

Comment se comportent-ils dans la pratique de la sexualité ?

2. OBJECTIFS

➤ *Objectif général :*

Etudier les connaissances, attitudes et comportements sexuels des scolaires de Macina en matière d'IST/SIDA ;

➤ *Objectifs spécifiques :*

- ❖ Décrire les caractéristiques sociodémographiques des scolaires ;

- ❖ Evaluer les connaissances, attitudes et pratiques comportementales des scolaires de Macina en matière d'IST et du SIDA ;

- ❖ Identifier leurs sources d'information sur les IST/VIH-SIDA ;

- ❖ Evaluer leur connaissance sur les relations entre les autres IST et le SIDA ;

III. CADRE THEORIQUE

A-LES INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES

1-Définition des I.S.T :

Venus, la déesse de l'amour a donné son nom aux maladies transmises lors des contacts ou rapports sexuels [14]. L'ancienne dénomination de maladies vénériennes a été abandonnée au profit de l'appellation maladies sexuellement transmissibles (M.S.T), actuellement dénommées infections sexuellement transmissibles (I.S.T). 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 celles qui sont fréquemment rencontrées chez les jeunes.

2- Gonococcie :

2-1 Historique : [14]

Le mot gonorrhée est d'origine grecque. Il est de Galien et signifie écoulement de semence. Rabelais lui donna le nom de « chaude pisse ». **Swediowr** lui donna le nom de blennorragie en 1784. Longtemps, gonorrhée et syphilis ont été Considérées comme deux manifestations d'une même maladie. **Benjamin Bell**, en 1773, montra la différence entre les deux maladies ; **Hernandez**, en 1812, apporta la preuve définitive de cette différence, qui sera confirmée en

1838 par **Philippe Ricord**. Ce n'est qu'en 1879 qu'**Albert Neisser** a découvert le gonocoque dans les pus urétraux et oculaires à 30 – 34° C, et lui donna le nom de *Neisseria gonorrhoeae*.

2-2 Epidémiologie :

La gonococcie est une des maladies humaines les plus anciennement connues. *Neisseria gonorrhoeae* est un des germes sexuellement transmis dont la prévalence est la plus élevée. Les taux de gonococcie maternelle sont inférieurs à 5% aux Etats-Unis, tandis qu'ils peuvent dépasser 10% dans certaines régions de l'Afrique. Des rapports originaires des Etats Unis ont retrouvé une infection à gonocoque chez 3 à 12% des adolescents sexuellement actifs dans les deux sexes. [15]

Des études, menées dans une communauté rurale d'Afrique du Sud sur 259 sujets, ont montré que la prévalence de *Neisseria gonorrhoeae* était de 4,5%. Au Kwazulu Natal sur 145 prostituées, 14,3% avaient une infection à *Neisseria gonorrhoeae* [16]. La gonococcie reste fréquente particulièrement en milieu urbain et notamment dans le milieu de la prostitution [17].

2-3 Agent pathogène [14] :

Il s'agit d'un diplocoque Gram-négatif en grain de café ; chaque diplocoque ayant 0,7 µm de longueur 1,3 µm de largeur. Par rapport aux polynucléaires, les diplocoques sont intra ou extracellulaires. *Neisseria gonorrhoeae* est une bactérie que l'on trouve sur les muqueuses. Il est très fragile et sensible aux variations de température et de PH. Le gonocoque est très souvent associé aux infections à *Chlamydia Trachomatis*, *Candida albicans*, *Trichomonas vaginalis*, *Mycoplasmes*.

2-4 Clinique [14] :

La période d'incubation est muette et dure environ 10 jours.

Chez l'homme, les manifestations génitales se présentent dans 93,6% de cas. Il s'agit d'une urétrite aiguë. Elle se manifeste par un prurit plus ou moins intense du méat dont les lèvres deviennent plus ou moins rouges tandis qu'apparaissent un suintement et une brûlure à la miction.

Très rapidement l'écoulement devient important, purulent, tantôt blanchâtre, tantôt jaunâtre. L'infection peut s'étendre : aux canaux déférents, à l'épididyme, aux canaux spermatiques, à la prostate, aux canaux éjaculateurs, aux vésicules séminales, à la sous muqueuse urétrale, et au prépuce créant une balanite.

Chez la femme, en général, l'infection est muette à son début, capricieuse dans son évolution ; c'est presque toujours la gonococcie du partenaire masculin qui va inciter la malade à se faire consulter. Les complications locales sont possibles; mais c'est surtout l'extension au haut appareil génital qui fait la gravité et le pronostic de l'infection : endométrite, salpingite annexite pelvienne, Syndrome de **FITZ-HUGH-Curtis**.

3- La Syphilis vénérienne :

3-1 Historique : Dans l'histoire de syphilis, il a été noté que cette maladie aurait été introduite en France par l'équipe de **Christophe Colomb** à son retour des Antilles. Au début du 16ème siècle, l'équipe fut frappée par l'épidémie de syphilis appelée à l'époque « Vérole ». Dès 1505, la vérole s'est répandue jusque dans la province de canton en Chine. Selon « la théorie Colombienne » la syphilis aurait envahi « le vieux monde » moins de 12 ans après son introduction en Espagne. En revanche, pour les adversaires de cette théorie, il apparaît que la syphilis s'est manifestée dans le vieux continent avant Colomb.

La description d'une maladie ressemblant étrangement à la syphilis a été retrouvée dans des textes Chinois, Indiens, Hébraïques et Grecs, datant d'époques très anciennes. Des squelettes humains préhistoriques et des moines Egyptiens portent des cicatrices semblables à celles occasionnées par la syphilis.

La théorie de l'évolution prêche que la syphilis n'est pas une maladie en elle même, mais plutôt une forme de maladie appelée « Tréponématose ». Les autres formes de cette maladie sont appelées « pian » (syphilis endémique ou Bejel [18]. L'agent causal (*Treponema pallidum*) fut découvert par Schaudinn et Hoffman en 1905. [19]

3-2 Epidémiologie [20] :

L'épidémiologie est plus ou moins connue selon les pays. Aux Etats Unis, moins de 50 % des cas sont en fait rapportés. De 1950 à 1960 le nombre de cas a augmenté. Au début des années 1980, du fait de la modification des habitudes sexuelles engendrée par l'apparition du SIDA,

on observe une légère décrue jusqu'en 1985. Dès cette période, on constate une augmentation rapide de l'incidence de la syphilis chez les hétérosexuels masculins et les femmes. Les personnes préférentiellement atteintes sont les prostituées et les toxicomanes.

Dans les pays en voie de développement, notamment en Afrique, l'incidence de la syphilis est inconnu, car les études disponibles sont des enquêtes de séroprévalence conduite sur des populations particulières : femmes enceintes, donneurs de sang, malades hospitalisés ou groupe à risque, à savoir les prostituées.

L'évolution de la syphilis comme celle des autres IST est appréciée à partir de systèmes de surveillance non représentatifs : médecins de ville et laboratoires regroupés en réseau, dispensaire de lutte contre les IST.

L'extrapolation de ces données ne permet pas de calculer l'incidence, mais indique seulement une tendance évolutive à la stabilisation de 1986 à 1990.

3-3 Agent pathogène [19] :

L'agent causal de la syphilis est un microbe exclusif de l'homme. Il s'agit de *Treponema pallidum* avec 6 à 12 tours de Spires. C'est une bactérie spiralée, mobile à divisions transversales de forme hélicoïdale de 8 à 14 μ de longueur, de 0,15 à 0,20 μ de largeur appartenant à l'ordre des Spirachaetales.



Figure1 : bacterie responsable de la syphilis

Source : Microsoft Encarta Junior 2009

3-4 Clinique :

Les études récentes ne sont pas nombreuses. Elles ne remettent pas en cause les descriptions classiques. La classification clinique distingue différents stades.

- ✓ **La syphilis primaire [19]** : elle se caractérise par l'apparition du chancre au point d'inoculation, accompagnée de son adénopathie satellite. Cette adénopathie n'est pas spécifique, car observée dans le chancre mou et l'herpès. Elle peut s'associer à d'autres IST : gonococcie, urétrite à *Chlamydia trachomatis*.
- ✓ **La syphilis secondaire [21]** : C'est la phase de dissémination septicémique de *Treponema pallidum*. Elle apparaît six semaines après le chancre. Elle est marquée par une éruption cutanée polymorphe. A ce stade la maladie est curable.
- ✓ **La syphilis tertiaire [21]** : Elle est marquée par des atteintes viscérales graves, cardiovasculaires, neurologiques, osseuses ou cutanées. La syphilis tertiaire persiste jusqu'à la mort. La neurosyphilis est classiquement rattachée à la syphilis tertiaire ; cependant la contamination du système nerveux central peut se présenter à tous les stades de la maladie.
- ✓ **La syphilis Latente [21]** : c'est la phase latente asymptomatique de longue durée et 25% des cas non traités évoluent vers une syphilis tertiaire, selon l'OMS ; cette syphilis latente est précoce lorsqu'elle évolue depuis moins de deux ans. Elle est tardive quand elle évolue depuis plus de deux ans.

4- Infections génitales à *Chlamydia* :

4-1 Epidémiologie [22] :

La prévalence des infections génitales à *Chlamydia trachomatis* chez les femmes enceintes en milieu urbain africain varie de 5,3 à 13%. Les chlamydiae constituent la 2ème cause d'urétrite chez l'homme dans les pays en voie de développement ; 20 à 50% des salpingites en Afrique chez les femmes en milieu urbain, âgées de 15 à 45 ans sont dues aux chlamydiae.

4-2 Agent pathogène [23] :

Les chlamydiae sont des bactéries immobiles à gram – négatif et des parasites intracellulaires obligatoires. Elles se multiplient à l'intérieur du cytoplasme des cellules de l'hôte, forment des inclusions intracellulaires caractéristiques. Elles se distinguent des virus par leur contenu en ADN, par leur paroi cellulaire semblable en structure à celle des bactéries gram négatif et par leur sensibilité à certains antibactériens telles que les tétracyclines et l'érythromycine.

Chlamydia trachomatis comporte différents sous-groupes (A, B, C, D), agents du trachome G et K responsables d'infection génito-urinaires, L1, L2 L3 agent de la maladie de Nicolas-favre.

4-3- Clinique :

L'infection à *Chlamydia trachomatis* se manifeste par le trachome et les IST comme la lymphogranulomatose vénérienne (LGV) ou Maladie de Nicolas – Favre.

Chez l'homme l'infection à *Chlamydia trachomatis* représente la cause principale des urétrites non gonococciques et Post gonococciques [23].

A partir de l'infection utéro-tubaire, *Chlamydia trachomatis* peut gagner la région périphérique et provoquer une péri-hépatite ou syndrome de **FITZ – HUGH – Curtis** [22].

5- Chancre mou [24] :

5-1-Epidémiologie : Le chancre mou est surtout répandu en Afrique et en Asie (20 à 60% des ulcérations génitales), particulièrement dans les milieux défavorisés et chez les prostituées.

5-2-Agent pathogène : *Haemophilis ducreyi* est l'agent pathogène du chancre mou ; Il est classé dans le genre *Haemophilus* (**Benyey's Manual 1984**). C'est un coccobacille de 1,25 à 2 µm de longueur et 0,5 à 0,6 µm de largeur. Il est mobile, acapsulé, asporulé à gram – négatif exigeant en hémine, de culture difficile. On utilise un milieu enrichi par du sérum de cheval et de l'isovitalex sous CO₂ à 10%. Il est aérobie ou anaérobie facultatif et sa transmission n'a jamais été observée en dehors du chancre mou qui est 10 à 15 fois plus fréquent chez l'homme que chez la femme.

6- Affection à *Trichomonas vaginalis* :

6-1 Historique [24] :

La première description de *Trichomonas vaginalis* a été faite par **Alfred Donne**, lors de séance du 9 septembre 1836 à l'Académie des sciences. « À propos d'animalcules observés dans les matières purulentes et le produit de sécrétion des organes génitaux de l'homme et de la femme ».

Une année plus tard, **Deyardin** donnera le nom de *Trichomonas vaginalis* à ces animalcules.

Depuis, de nombreuses publications ont signalé l'existence de ce parasite chez l'homme, sans pour autant lui attribuer le moindre rôle pathogène.

En 1884 **Kunstler**, à Bordeaux a observé en très grande abondance le flagellé chez presque toutes les femmes examinées en clinique gynécologique en 1913 ; **Brumpt** et **Sabate**, à Paris, l'ont découvert chez les femmes apparemment saines qu'ils consultaient en clinique d'accouchement. Ce n'est qu'en 1916 que les travaux de **Hoene** et de **Rodecur** ont confirmé le rôle pathogène de ce flagellé. Quant à la possibilité d'une éventuelle transmission sexuelle, elle a été soulevée depuis 1855, par **Kollikes** et **Scanzoni** devant l'extrême fréquence de la trichomonose urogénitale (50%) des femmes examinées.

En 1924, **Katsuma** le découvrit dans l'urine de l'homme, et en 1927, **Caper** décrivit pour la première fois une urétrite aiguë à *Trichomonas vaginalis* dans le sexe masculin.

En 1915, les premières cultures ont été obtenues par **Lynch**. En 1935, utilisant un milieu pauvre en albumine, **Westphall** réussit à conserver une culture vivante pendant sept mois et demi.

6-2 Epidémiologie : [25]

La trichomonose est une maladie urogénitale cosmopolite, fréquente, à transmission vénérienne, due à *Trichomonas vaginalis*. Ce germe est un protozoaire flagellé qui vit à la surface des muqueuses urogénitales de l'homme et de la femme. Il perd rapidement sa vitalité dans le milieu extérieur sans jamais produire de Kystes. La transmission de *Trichomonas vaginalis* ne peut donc être que directe et sexuelle. Une mère peut transmettre le parasite à ses enfants par un linge de toilette commun. Cependant la trichomonose est exceptionnelle chez la fillette avant la puberté. On estime à 2,5 à 3 millions de cas par an aux Etats Unis. La prévalence habituelle de la trichomonose chez la femme adulte est de 15 à 25%.

6-3 Agent pathogène :

Trichomonas vaginalis appartient à la famille des *Trichomonadidae*. Il est de forme ovale et long de 10 à 18 µm.

Le Trophozoïte très mobile possède quatre flagelles antérieurs et une membrane ondulante terminée au niveau du tiers postérieur du parasite. Un axostyle dépasse en arrière le corps du parasite. [26]

6-4 Clinique [25] :

Trichomonas vaginalis provoque une inflammation aiguë des muqueuses et des glandes annexes du système génital. Il provoque des vaginites, des urétrites, prostatites, et épидидymites. Chez la femme, cette inflammation provoque : hypersécrétion, prurit, brûlure et dyspareunie. Le passage à la chronicité est très fréquent entraînant de longues périodes asymptomatiques pendant lesquelles le sujet porteur peut éventuellement disséminer l'infection.

7- Candidose vaginale :

7-1 Historique: [24]

En 1840, **Wukinson** établit une corrélation entre une vulvo-vaginite et la présence de *Candida albicans*. En 1875, **Mauss Mann** prouve la pathogénicité de *Candida albicans* pour les voies génitales féminines. Il inocula des pertes de malades porteuses de champignons à des témoins sains et provoque chez elles une vulvo-vaginite.

7-2 Epidémiologie [24] :

Répandus dans le monde, les *Candidas* sont normalement des commensaux, parfaitement tolérés de l'homme sain qui dans 5% au moins des cas en abrite dans son oropharynx et dans son intestin. Levure Saprophyte, strict du tube digestif, le *Candida* dans toute autre localisation peut être considéré comme pathogène. La fréquence de la candidose urogénitale ne cesse de croître. Dans 10 à 15% des infections non gonococciques et des vulvo-vaginites, on trouve des levures du genre *Candida*.

7-3 Agent pathogène [24] :

Candida Albicans appartient à la famille des champignons se reproduisant par division binaire et par bourgeonnement de cellules isolées. Il réside naturellement dans le tube digestif

humain, mais il peut être présent en faible quantité dans la flore vaginale normale (chez 25% des femmes) ; 30 à 40% des candidoses génitales peuvent être transmises ou entretenues par voie sexuelle.

Le genre *Candida* rassemble près de 100 espèces, mais seulement une douzaine est observable en pathologie humaine. *Candida albicans* est le plus fréquemment rencontré dans les infections urogénitales.

7-4 Clinique [24] :

Chez la femme, la vulvo-vaginite est le tableau le plus fréquent caractérisé par des prurits, brûlures vaginales, dyspareunies, leucorrhées grumeleuses et blanchâtres, érythèmes et œdèmes vulvo-vaginaux. L'extension au haut appareil génital est exceptionnelle. Chez certaines femmes, les récurrences sont fréquentes, indiquant la recherche d'un facteur local favorisant, ou une infection à VIH.

Chez l'homme, l'infection est le plus souvent asymptomatique. La manifestation clinique la plus fréquente est une urétrite subaiguë associée dans 50% des cas d'une balanite érosive. A côté de ces principales IST, on peut retenir d'autres beaucoup moins fréquentes.

8-Affection à mycoplasme [26-27] :

Les mycoplasmes sont les plus petits procaryotes capables de se multiplier de façon autonome. Il s'agit de bactéries de petites tailles 0,2 à 0,3 μm allant de forme coccoïdes à des formes filamenteuses à l'examen sur fond noir *Ureaplasma urealyticum* et *Mycoplasma hominis* sont responsables d'urétrites, de prostatites chroniques, d'arthrites septiques chez les immunodéprimés et de troubles de reproduction.

9-Affection à *Gardenella vaginalis* ou Vaginose bactérienne [28]. L'agent causal de Vaginose est *Gardenella vaginalis*. Il fut d'abord appelé *Haemophilus vaginalis* dans certaines Vaginites appelées alors « non spécifiques ». C'étaient des vaginites non provoquées par le gonocoque, le *Trichomonas* ou les *Candidas*. **Garder** et **Dukes** attribuèrent une responsabilité à *Gardenella vaginalis* dans ces vaginites. C'est un germe de position intermédiaire entre les Gram positifs et les Gram négatifs dont l'habitat exact semble être le vagin. Pour des raisons mal connues, il peut proliférer abondamment, et être à l'origine de

vaginites d'allure subaiguë non purulente et se traduisant par un écoulement fluide et grisâtre. On connaît de rares cas d'atteintes néonatales et de septicémies puerpérales.

10- Donovanose due à *Calymmato bacterum granulomatis* [24].

L'ulcération est unique ou multiple, indurée, granulomateuse, rouge vive, indolore et saignante facilement au contact.

11-Herpes génital dû à l'*Herpes simplex* [29]; *Herpes simplex* virus type 2 appartient à la famille des *Herpes viridae*. L'homme est le seul réservoir de ce virus très fragile, transmis préférentiellement par les relations sexuelles. Il est responsable de vulvite chez la femme, de balanite chez l'homme, de vulvo-vaginite chez la petite fille. Il provoque l'herpès néonatal qui sans traitement peut entraîner 85% de décès chez les nouveaux nés atteints.

12-Condylome (crête de coq) dû à un virus du groupe de *Papillomavirus* [29].

On distingue trois aspects cliniques principaux : les condylomes acuminés ou crêtes de coq facilement reconnus, les condylomes plans, infection infra clinique, le diagnostic clinique suffit dans les condylomes acuminés.

13- Les Hépatites virales B et C [29] : Les hépatites virales sont des infections systémiques atteignant préférentiellement le foie. Elles provoquent des lésions inflammatoires de ce dernier, des altérations hépatocytaires dégénératives et une élévation des transaminases sériques.

Les virus des hépatites B (famille des *Hepadnaviridae* etc. groupe des *Flaviviridae*) ont des modalités de contamination voisines. Le virus de l'hépatite B est ubiquitaire, le diagnostic est sérologique, le virus n'étant pas cultivable. La prévention repose sur la vaccination, le screening de sang de donneurs, les rapports protégés qui assurent une protection efficace.

B-VIH et SIDA

1. DEFINITIONS

Le SIDA est la forme la plus grave de l'infection VIH, qui attaque le système immunitaire et le détruit progressivement. [30]

Les expressions suivantes s'appliquent à différentes étapes de l'infection par le VIH :

- **Infection à VIH** : En adoptant un train de vie équilibrée et à des consultations médicales, la personne séropositive peut demeurer en sante durant de nombreuses années.

Toute dégradation du système immunitaire peut entraîner une alternance de bien être et malaise. [31]

- **SIDA** : C'est une conséquence grave de l'infection par le VIH et constitue la manifestation finale de la destruction du système immunitaire.

L'effondrement des défenses naturelles expose le corps aux infections opportunistes (qui mettent en jeu le pronostic vital) et aux cancers.

2. HISTORIQUE

Los Angeles 1980, le Dr Joël Weisman remarque que la plupart de ses patients sont atteints depuis quelques mois d'un même syndrome accompagné de poussées de fièvre, d'amaigrissement, de diarrhée chronique et de muguet oral et anal. Dans l'impossibilité d'établir un diagnostic précis, il envoie ses malades dont l'état s'aggrave dans le service du Dr Michael Gottlieb au centre hospitalier de l'université de Californie. Les analyses de sang révèlent une disparition des globules blancs et on établit qu'il s'agit d'une maladie qui s'attaque aux défenses immunitaires. L'un après l'autre, les malades développent la pneumocystose et décèdent malgré la chimiothérapie.

En mai 1981 après l'apparition de nouveaux cas, le Dr Gottlieb alerte le CDC à qui il avait été déjà rapporté des cas similaires en provenance de San Francisco et de New York .Le 5 juin, la première annonce officielle de la maladie est faite et le 3 juillet, le « New-York Time » rend publique l'information. A la fin de cette année, les services sanitaires des USA, indiquent avoir recensé 159 cas, tous ayant eu des rapports homosexuels [32]

Pour désigner la nouvelle maladie, le terme savant de GRID « Gay Related Immune Deficiency » sera d'usage dans les milieux scientifiques jusqu'à l'été 1982, date à laquelle les sigles officiels AIDS et SIDA feront leur apparition pour se répandre par la suite.

La découverte en 1981 des signes de la maladie chez un homme hétérosexuel et une femme tous deux toxicomanes, puis l'infection d'hémophiles américains vers la fin 1982 après transfusion sanguine apportèrent la preuve qu'il s'agissait d'une infection virale se transmettant par contact sexuel et par sang.

Ceci avait suffi pour mettre en branle de nombreuses équipes scientifiques qui se lancèrent à la poursuite du nouveau virus.

On accusa au départ les virus à ADN du groupe herpès, en particulier le cytomégalovirus (CMV) et le virus d'Epstein Barr (EBV) qui avaient été retrouvés chez de nombreux patients atteints du SIDA. Mais aucune différence n'ayant pu être établie entre les isolats et les souches classiques, ces virus furent identifiés non comme la cause du déficit immunitaire, mais plutôt comme les agents opportunistes [33].

Les équipes américaines des Docteur Robert Gallo du NIH de Bethesda aux USA et Myron Essex qui avaient mis en évidence les premiers rétrovirus humains HTLV (Humain T-cell Leukemia virus) 1 et 2, s'appuyant sur les enquêtes séro-épidémiologiques montrant la présence d'anticorps anti-VIH-1 chez certains malades et frappés par le fait que le HTLV-1 avait un tropisme préférentiel pour les lymphocytes T du système immunitaire, postulèrent que ce virus ou un proche variant était agent causal du SIDA [34].

En France, les biologistes de l'institut Pasteur : Luc Montagnier, Françoise Barré Sinoussi et Jean Claude Cherman se lancèrent à la recherche d'un type nouveau de rétrovirus à partir de la culture de cellules extraites de ganglion d'une personne atteinte du SIDA. Ils isolèrent un virus qu'ils nommèrent LAV (Lymphadenopathy Associated Virus). La découverte française est publiée le 20 mai 1983 ; les chercheurs poursuivirent leurs études, caractérisèrent le LAV, établirent son rôle dans le SIDA et les lymphadénopathies [34].

Quatorze mois après la découverte du LAV précisément le 24 avril 1984, le Dr Robert Gallo annonce l'isolement et la caractérisation d'un rétrovirus très proche du LAV qu'il baptise HTLV-3.

Quelques mois après Jay Lewis à San Francisco fait à son tour l'annonce de la découverte d'un virus très proche du LAV qu'il nomme ARV (Aids-Related-Virus). Dans la foulée de nombreux isolats viraux seront tenus pour responsables du SIDA jusqu'à la caractérisation par clonage et séquençage de différents isolats dont ceux du LAV, du HTLV-3 et du ARV. Ces travaux mirent en évidence les éléments :

- le LAV est différent des virus HTLV-1 et HTLV-2,
- le LAV et le HTLV-3 sont identiques,
- le LAV et des variations locales qui ne modifient pas cependant son organisation génétique et ses propriétés biologiques.

L'identité HTLV-3, LAV va entraîner une polémique franco-américaine au sujet de la paternité de la découverte de l'agent causal du SIDA et au sujet de la dénomination. On fit usage des acronymes LAV/HTLV-3 (recommandé par l'OMS) et HTLV-3/LAV (adopté par le gouvernement américain et les revues scientifiques anglophones) jusqu'en 1986 date à laquelle une commission de nomenclature virologique introduisit le sigle international HIV (Human Immunodeficiency Virus) ou VIH (Virus de l'Immunodéficience Humaine).

En mars 1987, un accord politico-scientifique accordait la paternité de la découverte du VIH aux biologistes Américains et Français avec pour conséquence le partage entre eux des royalties découlant de cette découverte.

Depuis ce jour, de nombreuses avancées furent obtenues notamment : le développement industriel des tests de diagnostic, la mise au point des premières molécules antirétrovirales et l'espoir d'avoir un jour un vaccin efficace pour enrayer ce fléau qu'est le SIDA.

3. EPIDEMIOLOGIE

En 2008 sur le plan mondial l'ONU/SIDA estimait le nombre de personnes infectées à 33 millions, avec 2,7 millions de nouvelles infections et 2 millions de décès dans l'année. [35]

Afrique subsaharienne : reste la région la plus touchée par la pandémie.

- 1,9 millions de nouvelles contaminations
- 22 millions de séropositifs (soit 67 % du total mondial)
- 1,5 millions de morts du sida

Asie du sud et sud-est :

- 330 000 nouvelles contaminations
- 4,2 millions de séropositifs
- 340 000 morts du sida

Europe Orientale et Asie Centrale :

- 110 000 nouvelles contaminations
- 1,5 millions de séropositifs
- 58 000 morts du sida

Au Mali les résultats de la dernière étude de séoprévalence de l'infection à VIH réalisée en 2006 dans la population générale adulte au cours de l'Enquête Démographie et Santé (EDS IV), ont montré une baisse du taux de prévalence du sida de 1,7% à 1,3%. [31]

4. PHYSIOPATHOLOGIE

Le VIH détruit le système immunitaire, rendant ainsi l'organisme vulnérable à diverses infections.

Les cellules cibles du VIH :

- T CD4
- Monocytes/macrophages
- Cellules dendritiques des ganglions
- Cellules de Langherans
- Cellules micro-gliales du cerveau.

4-1. Mécanisme des troubles immunologiques :

Dès la primo-infection, le virus se réplique activement, et dans l'organisme s'établit précocement des réservoirs viraux qui échappent à la reconnaissance du système immunitaire.

Le VIH induit chez l'hôte récepteur des réponses immunes spécifiques qui contrôlent seulement partiellement l'infection. L'extrême variabilité du virus chez un même individu impose au système immunitaire une réadaptation constante de la réponse immune qui diminue cependant avec l'évolution de l'infection. Cette variabilité virale réduit en outre de façon majeure les possibilités d'immuno- intervention et de vaccination.

Ces réponses immunitaires sont :

- Humorales : avec la production d'anticorps dirigés contre toutes les protéines du VIH. Ils sont détectés par ELISA et Western- Blot. Ils sont la preuve de l'infection VIH.

Etude des connaissances, des attitudes et des pratiques comportementales des scolaires de la commune de Macina en matière des infections sexuellement transmissibles, du VIH et du sida (Macina, Ségou, Mali)

- Cellulaires : Elles sont médiées par les lymphocytes T CD4+ et par les lymphocytes T CD8+ cytotoxiques (CTL) qui représentent l'un des mécanismes principaux de lutte antivirale. [36]

4-2. Mécanisme des troubles cliniques :

L'activation chronique du système immunitaire sans être capable de contrôler durablement l'infection, favorise la réplication du VIH. Celui-ci échappe progressivement aux défenses qui lui sont présentées et augmente progressivement sa charge virale suivant ainsi régulièrement son action immunosuppressive jusqu'au SIDA et à la mort. [37]

5. DESCRIPTION DU VIRUS

Le VIH est un rétrovirus de la famille des lentivirus dont seuls le VIH1 et le VIH2 sont pathogènes pour l'homme. [38]

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).

Structure du VIH



Figure 2 : Structure du VIH
principes de Médecine interne 15^{ème} Ed. Harison [39]

Source :

6. MODES DE TRANSMISSION :

Il y a trois façons pour le VIH de se transmettre d'un sujet à un autre : transmission sexuelle, transmission sanguine et transmission verticale.

a. Transmission sexuelle

L'infection par le VIH est la première infection sexuellement transmissible (IST). Ce mode de transmission représente dans le monde plus de 80 % des infections directes [40].

En Afrique la transmission est essentiellement hétérosexuelle, contrairement à l'Occident et aux Etats-Unis d'Amérique où elle est homosexuelle. Les pratiques uro-génitales ou oro-anales ne sont pas sans risques [41].

b. Transmission sanguine et dérivés

Ce mode de transmission est mis en jeu en cas de consommation de drogues injectables, de transfusion de sang et produits dérivés contaminés, et d'accidents d'exposition au sang chez les professionnels de santé. [40]

Le virus est retrouvé dans toutes les sécrétions génitales au niveau de différentes cellules ; il ne vit pas en dehors des cellules, il se transmet par échange des sécrétions génitales lors des rapports sexuels par voie génitale ou anale. La transmission au niveau de la bouche est possible mais n'est pas prouvée, elle n'est pas possible par voie digestive, sauf chez le nouveau-né. [41]

c. Transmission verticale

La période de transmission se situe au dernier trimestre de la grossesse, lors de l'accouchement et par l'allaitement au sein.

La transmission est favorisée par l'état de la mère (stade avancé, immunodépression) et l'état du placenta (infections associées) [42].

7. PATHOGENIE :

La cible du virus est essentiellement le lymphocyte T auxiliaire responsable de l'induction de la réponse immunitaire. Le virus peut être détecté 2 jours après dans les ganglions lymphatiques iliaques et 5 jours après dans la culture du plasma. La conséquence de l'infection par le VIH est le dysfonctionnement et la déplétion des lymphocytes CD4 [43].

8. CLINIQUE

On peut schématiquement décrire 3 phases :

-Phase aiguë de primo-infection

Elle survient quinze jours à deux mois après la contamination et elle est cliniquement apparente seulement dans environ 30 % des cas. [44]

Les manifestations peuvent être variées : fièvre, céphalées, éruption cutanée, myalgie, adénopathies, parfois atteinte neurologique.

Le tableau est peu spécifique et souvent proche d'une infection virale banale. L'évolution est favorable en quelques semaines spontanément. Le plus souvent cette phase passe inaperçue. [45]

C'est durant cette période que l'organisme va fabriquer les anticorps spécifiques du VIH qui pourraient être décelés par le test de dépistage de l'infection. [46]

-Phase asymptomatique ou d'infection chronique

Elle correspond à une phase où le virus est présent mais n'engendre pas de symptôme.

Le sujet est séropositif (test de dépistage positif).

Le virus est présent, en multiplication mais contrôlé par le système immunitaire de l'organisme. [44]

Souvent il existe à ce stade des adénopathies généralisées et persistantes, correspondant à la stimulation des défenses de l'organisme. Leur présence n'est pas un signe de progression de la maladie.

-Phase symptomatique

La destruction des lymphocytes TCD4 entraîne un affaiblissement progressif du système immunitaire qui peut se traduire par des manifestations cliniques et/ou des pathologies plus ou moins graves n'entrant pas dans la définition du sida.

Ces symptômes sont parfois d'allures banales et non spécifiques de la maladie VIH. Il s'agit principalement d'atteintes cutanées avec prurit : zona, herpès, dermite séborrhéique, sécheresse cutanée, modification du cheveu ; d'atteinte des muqueuses : candidoses ; d'infections pulmonaires, de troubles digestifs tel que la diarrhée. [23]

Certains symptômes généraux peuvent également apparaître, qui correspondent souvent à des signes de progression de la maladie sans entrer dans la définition du sida.

Ils sont parfois regroupés sous le thème ARC (AIDS related complex) :

- Fièvre persistante (quelques semaines) $\geq 38,5^\circ$,
- Sueurs nocturnes, altération de l'état général,
- Amaigrissement involontaire de plus de 10 % du poids,
- Diarrhée persistante (> à 1 mois).

9. DIAGNOSTIC BIOLOGIQUE

Le diagnostic de l'infection au VIH nécessite au moins deux tests : Un 1^{er} pour explorer et un second pour confirmer ;

- La méthode immuno-enzymatique (ELISA), est utilisée en première intention. Tout test positif en ELISA doit être confirmé par une méthode de référence.

Etude des connaissances, des attitudes et des pratiques comportementales des scolaires de la commune de Macina en matière des infections sexuellement transmissibles, du VIH et du sida (Macina, Ségou, Mali)

- Le Western Blot, est considéré comme positif lorsqu'il existe une protéine interne du virus (anti-p24) et un anticorps dirigé contre une protéine d'enveloppe (anti-gp41, anti-gp120 ou anti-gp160).

10. PREVENTION : [48]

En absence de vaccin efficace contre le VIH, des stratégies préventives collectives et individuelles sont nécessaires pour réduire le risque de contamination:

- ***Prévention de la transmission sexuelle par l'éducation et l'information et par la promotion de l'utilisation des préservatifs :***
 - abstinence permanente
 - fidélité mutuelle constante de deux(2) personnes séronégatives du VIH
 - préservatif masculin ou féminin
 -
- ***Prévention de la transmission mère-enfant par l'intervention thérapeutique en cours de grossesse, durant l'accouchement et le suivi de l'enfant pendant les six premières semaines de la vie :***
 - dépistage prénuptial du VIH
 - éviter les grossesses non désirées
 - ARV à partir de la 28^{ème} semaine de la grossesse
 - ARV du nouveau-né
 - Allaitement artificiel absolu d'enfants nés de mères séropositives au VIH
- ***Prévention de la transmission sanguine***
 - dépistage systématique chez les donneurs de sang, de sperme, de tissus ou d'organes ;
 - inactivation des dérivés plasmatiques (produits stables dérivés du sang)
 - prévention de la transmission lors de l'échange de seringues chez les toxicomanes et lutte contre la toxicomanie ;

Etude des connaissances, des attitudes et des pratiques comportementales des scolaires de la commune de Macina en matière des infections sexuellement transmissibles, du VIH et du sida (Macina, Ségou, Mali)

- prévention de la transmission aux personnels médicaux et paramédicaux reposant sur les mesures d'hygiène classiques (appliquées à toutes maladies infectieuses transmises par le sang ou tout autre liquide biologique).
- usage unique de matériel coupant ou piquant
- utilisation de matériels à usage unique pour tous les actes invasifs médicaux ou stérilisation préalable.

11. ASPECTS THERAPEUTIQUES :

Traitement anti retro viral :

1 Buts du traitement [49] :

- Réduire la mortalité et la morbidité liée au VIH,
- Restaurer la fonction immunitaire,
- Réduire la charge virale au niveau le plus bas possible et le plus longtemps possible.

2. Moyens :

Trois familles de molécules antiretrovirales sont utilisées :

- Les Inhibiteurs Nucléosidiques de la transcriptase inverse (INTI),
- Les Inhibiteurs non nucléosidiques de la transcriptase inverse (INNTI),
- Les Inhibiteurs de la protéase.

Pour mener à bout ce traitement par l'utilisation de ces molécules, la trithérapie est conseillée de même qu'une bonne observance doublée de la surveillance clinique et biologique à la fois [17].

3. Les indications [49] :

Le traitement est indiqué dans les cas suivant :

- Patient symptomatique
- Patient asymptomatique avec charge virale et taux de CD4 déterminés.
- Taux de CD4 <350 / mm³ quelle que soit la charge virale.
- En cas d'exposition au sang.
- chez la femme enceinte et chez le nouveau-né de mère séropositive.

Un bilan pré thérapeutique est indiqué chaque fois avant d'entamer le traitement.

4• Quelques molécules : [3]

□ INTI :

Zidovudine (AZT): Retrovir gelules 100 et 250mg comprimé 300mg.

Posologie : 250 ou 300mgx2 /j

Effets secondaires de faible intensité et transitoires.

- Autres molécules : la stavudine (D4T), la lamivudine (3TC), la didanosine(DDI).

□ INNTI : Inhibiteurs non nucleosidiques de la transcriptase reverse :

-Névirapine(NVP) : Virumine comprimé 200mg.

Posologie : 200mgx1/j pendant 14 jours puis 200mgx2/jour.

Effets secondaires : toxicité cutanée, hépatites.

-Efavirenz (EFV) : Strocien gélules 50 , 100, 200 et 600mg

Posologie : 600mgx1/jour le soir

Effets secondaires : rash, atteintes neurosensorielles

□ IP :

-Saquinavir : Invirase gélules 200mg

Posologie 600mgx3/jour.

Effets secondaires : manifestation digestives d'intensité faible

-Ritonavir : Norvir gélule 100mg

Posologie : 600mgx2/jour

Effets secondaires : Paresthésie, manifestations digestives parfois intenses

Autres Inhibiteurs de la protéase : *Nelfinavir, Ampenavir.*

• Formes combinées :

AZT+3TC : Combivir cp. AZT 300mg/3TC 150 mg posologie (adulte) : 1 comprimé x 2/j

AZT + 3TC + *Ritonavir.*

5. Surveillance :

La surveillance du traitement doit être clinique et biologique. La clinique porte sur la recherche d'infection opportuniste, la prise du poids, l'appréciation de l'état général et biologique portant sur la NFS, les transaminases, l'amylasémie, la numération des lymphocytes CD4+ et la mesure de la charge virale.

JUSTIFICATIF DE L'ETUDE

Le district de Macina est dans le septentrion de la région de Ségou. Le cercle est par excellence la seconde principale zone office du Niger à ce jour. En plus des 18 milles hectares utilisés actuellement, 200 milles sont en aménagement dans le cadre des projets Malibya et Tomota. En effet ce phénomène engendre une émigration massive des bras valides en quête d'emploi. Les adolescents et jeunes quittent les villages voisins, les régions et même d'autres pays voisins comme le Burkina Faso à la recherche d'emploi précisément l'aide exploitant agricole. Ce brassage des populations est un facteur de propagation des infections sexuellement transmissibles, du VIH et du sida. Cependant cette population est une proie facile pour les IST, le VIH et le sida. Par ricochet, les populations des localités d'accueil ne sont pas en marge de ce fléau. Eu égard ce phénomène, des études précédentes commanditées par le projet CARE Mali Macina en 1997 avait montré que l'âge du premier contact sexuel est de 12-14 ans dans le cercle.

En effet, il n'est plus besoin de dire que les infections sexuellement transmissibles constituent un des motifs les plus fréquents de consultation dans les structures de santé et par conséquent un véritable problème de santé publique. Il existe une très forte corrélation entre le VIH/SIDA et les IST qui constituent la principale porte d'entrée du VIH. La lutte contre le VIH est un des axes prioritaires du département de la santé. De part l'existence de la pandémie, elle est passée de 1,7 à 1,3 de prévalence et elle est assez importante pour la région de Ségou. Face à ces différents aspects nous avons jugé opportun de contribuer à la réduction de la morbidité et de la mortalité liées aux IST-VIH/SIDA. Cette lutte passe par la communication pour le changement de comportement de la couche la plus exposée que sont les jeunes. Le domaine scolaire constitue la porte d'entrée pour atteindre les non scolaires à travers l'éducation par p air.

IV- DEMARCHE METHODOLOGIE :

1-Cadre d'étude :

La présente étude s'est déroulée dans le district sanitaire de Macina situé à 150 km de Ségou dans le septentrion Est de la 4^{ème} région administrative du Mali.

A califourchon sur le fleuve Niger, le cercle de Macina est l'une des circonscriptions les plus anciennes de la région de Ségou qui couvre une superficie de 6543 km².

Il est limité :

- A l'est par les cercles de Ténenkou et de Djenné ;
- A l'ouest par le cercle de Ségou ;
- Au Nord par le cercle de Niono ;
- Au Sud par le cercle de San.

Le découpage administratif du territoire national le plus récent résulte de l'application de la loi n°96059 du 04 novembre 1996 portant création des communes. Le cercle est divisé en 11 communes rurales et 242 villages : la commune de Macina, Kolongo, Monimpé, Folomana, Saloba, Sana, Kokry, Boky-wéré, Tongue, Matomo, Souleye. Chaque commune est dirigée par un conseil communal présidé par le maire. Les communes sont représentées au niveau cercle par le conseil de cercle dirigé par un président. L'état est représenté par le Préfet au niveau du cercle et par le sous Préfet auprès des communes relevant des anciens arrondissements.

La population du cercle de Macina serait 218 794 habitants en 2008 pour 107 408 hommes et 111 386 femmes avec un taux global d'accroissement de 1,5% et une densité de 33,34 habitants/km². Les mouvements de populations se font pendant toute l'année.

La migration a trait à un premier mouvement intense saisonnier de pêcheurs représentés le plus souvent par les communautés bozos vers les lieux de pêche dès l'amorce de la décrue. Un second groupe à la recherche de fortune dans les pays lointains comme la Lybie, l'Espagne etc....

La population du cercle est constitué de presque de tous les groupes ethniques du pays : les bambaras, bozos, peulhs, mossis, samokos, Sarakolés, Miniankas, Bella, sonrhaïs, etc.... La langue commune véhiculaire est le bambara.

Le climat est de type soudano-sahélien avec l’alternance d’une saison sèche et d’une saison des pluies. Les moyennes thermiques oscillent entre 21°C en janvier et 35° en Mai.

Les ressources en eaux du cercle de Macina sont le fleuve Niger pour environ 100 km sur les 292 km de son parcours dans la région de Ségou. Il y a aussi le canal de Macina à partir du Point A à 91 km de Macina qui assure l’irrigation des parcelles de l’office du Niger. Ce canal est alimenté par le fleuve Niger en amont du barrage de Markala.

La faune, jadis très riche en espèce animale, est aujourd’hui très peu fournie. Cependant, on y rencontre en faune terrestre des singes, des phacochères, des chacals, des lapins et beaucoup de reptiles. En faune ailée, il y a des francolins, des oies, des tourterelles et des serpentaires. En faune aquatique, il faut noter l’existence de différentes espèces de poissons et souvent des hippopotames et des lamantins.

La flore se caractérise par la présence d’espèces épineuses (dattes sauvages, jujubiers, baki etc....) et de rôniers. Dans tous les cas, toutes les formations végétales vont de clairs à nulles sur toute l’étendue du territoire.

La dégradation des ressources naturelles est bien perceptible, par l’existence de nombreuses plages nues (walawala).

Le relief est de type soudano sahélien. Il est constitué par les plaines sablonneuses, alluviales, limoneuses favorables à la culture du mil, de l’arachide, du fonio et des plaines argileuses favorables à celles du riz et du sorgho. Le cercle de Macina est situé sur quatre zones à potentiel homogène de la région de Ségou. Cette répartition zonale relative au découpage des anciens arrondissements, se présente comme suit :

- **Macina Central** : les vallées fluviales des lacs ;
- **Kolongotomo** : l’Office du Niger,
- **Monimpébougou** : le Delta mort
- **Sarro** : le moyen Bani-Niger
- **Saye** : le moyen Bani-Niger

La gestion des centres scolaires est assurée par un personnel composé de 460 hommes et 154 femmes. Les activités d'alphabétisation ont été effectuées dans le cercle par certains partenaires et ONG (PDR, Intervida). Le taux d'alphabétisation est de 26% dont 22% pour les hommes et 4% pour les femmes. Le cercle a à son actif 102 écoles communautaires (1er cycle), 46 écoles gouvernementales dont 34 premiers cycles et 11 second cycles avec un Institut de Formation Professionnel, 21 centres d'éducation pour le développement, 04 écoles privées dont un lycée, 03 jardins d'enfant et 28 medersas.

L'agriculture est l'activité principale, dominée par les **cultures céréalières** : le mil, le sorgho, le fonio et le riz en zone Office du Niger. **Les légumineuses** : l'arachide, le voandzou et le niébé. **Le maraîchage**, assez développé sur les parcelles de l'Office du Niger, fournit : oignon, laitue, tomate, chou, melon, pastèque et menthe.

Les produits fruitiers sont : la banane, la goyave et du citron. **Les tubercules** sont rares, on y voit un peu de patate et de pomme de terre.

Quant à l'**élevage**, au cours de ces années, le secteur n'a pas connu d'épizootie décimant le cheptel et on peut noter la nette progression du bétail. L'élevage est intéressant pour les espèces bovines, les ovins et les caprins. Le cercle de Macina est une zone de transhumance par excellence.

Le cheptel du cercle fut estimé en 2008 à 164280 bovins, 191538 ovins, 299998 caprins et 2754090 volailles.

Le cercle de Macina est situé à l'entrée de la vaste région du delta central du Niger qui offre des possibilités piscicoles relativement importantes exploitées par les Bozos. La pêche est pratiquée de manière traditionnelle. De nos jours, elle n'est plus l'apanage des seuls bozo. Elle fait l'objet d'activités individuelles et aussi collectives pour les eaux mises en défend. La production en 2008 était estimée à 1191 tonnes pour le poisson frais, 388 pour le poisson séché et 279 tonnes pour le poisson fumé.

Le commerce est peu développé par le manque de la présence de grands opérateurs économiques. Il est surtout relatif aux denrées de premières nécessités. Celui des céréales prend de l'ampleur, avec les fortes productions de plus de 6 tonnes/ha pour la culture du riz et

surtout avec les aménagements rizicoles en vue de l'Office du Niger. Il existe 13 foires hebdomadaires dans le cercle dont les plus importantes sont : Macina, Bolibana, Matomo, Sarro, Koé, Monimpé, Kouna, Tongué, Kokry.

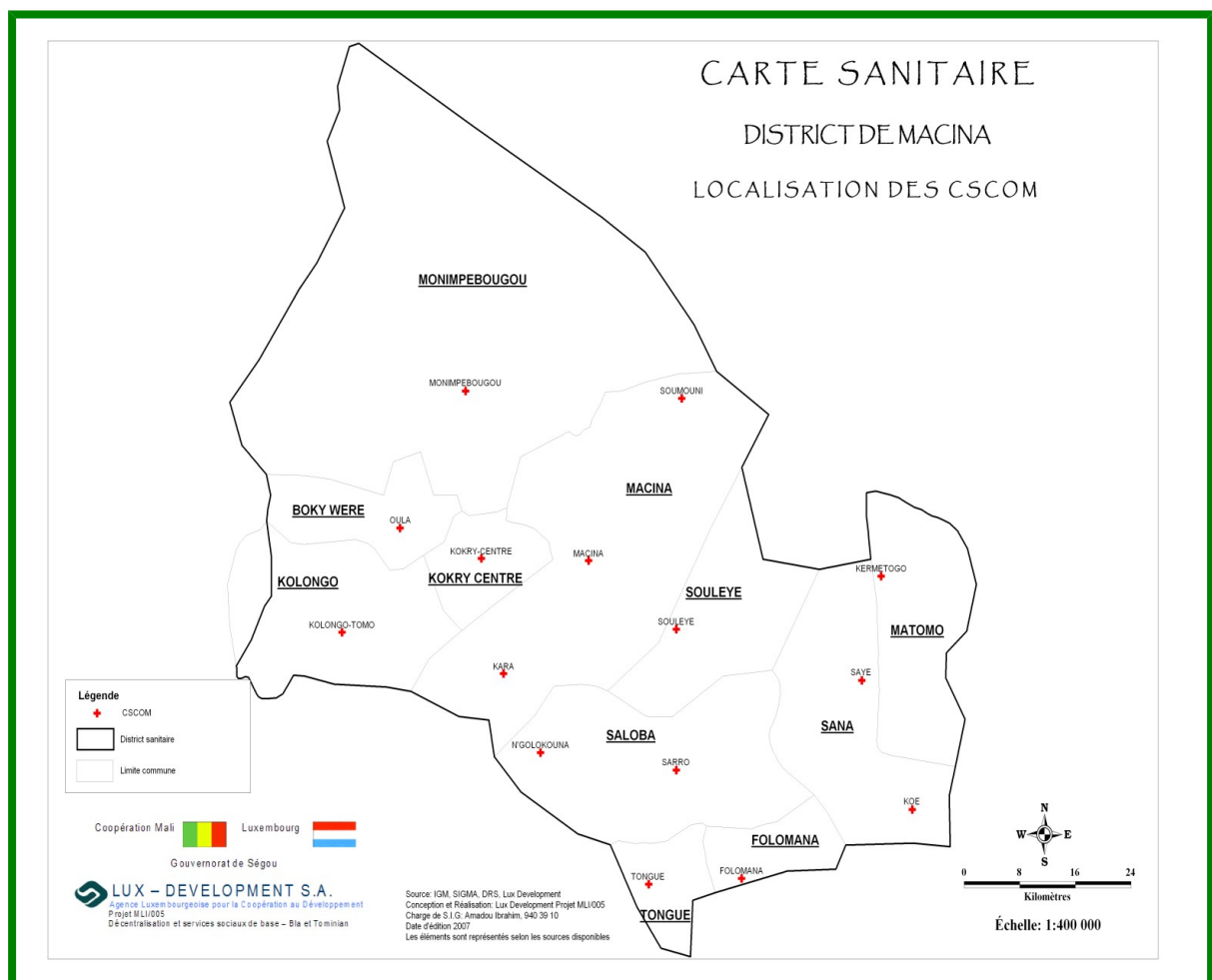
Les micros finances se réalisent à travers la création de caisses villageoises, de caisses d'épargnes et de crédits initiés par les partenaires au développement.

L'artisanat est axé sur la mise en valeur de sous-produits du rônier, de par les confections de tarât, de chaises, de paniers, d'éponges et de balais, etc. Les forgerons et les bijoutiers s'attèlent à l'outillage, l'équipement agricole, aux objets d'art et à la poterie.

Le secteur industriel est quasi inexistant car le cercle n'a pas bénéficié de plan d'industrialisation. Cependant, nous y trouvons quelques minuscules unités industrielles notamment une boulangerie moderne, la rizerie de l'office du Niger à Kolongo et Kokry non fonctionnelle depuis 2000.

Le secteur informel est peu accentué à Macina. On peut noter entre autres les commerçants ambulants ou détaillants parmi lesquels les étalagistes, les vendeuses ambulantes, les tailleurs, les coiffeurs, les photographes et les cabines téléphoniques.

CARTE DU DISTRICT SANITAIRE DE MACINA



SCHEMA 3 : Carte sanitaire du district de Macina

Le district est composé d'un CSRef et de 14 aires de santé fonctionnelles. Seulement 5 des 14 aires de santé fonctionnelles sont dirigées par des médecins généralistes, le reste par des TSS et des TS. Au niveau du CSRef on retrouve 3 médecins généralistes à tendance chirurgicale.

Etude des connaissances, des attitudes et des pratiques comportementales des scolaires de la commune de Macina en matière des infections sexuellement transmissibles, du VIH et du sida (Macina, Ségou, Mali)

Ce qui fait un total de 8 médecins pour l'ensemble du district sanitaire de Macina, correspondant à 1 médecin pour 31 000 habitants.

Le centre de santé de référence comprend :

- ⌘ Un bâtiment de consultation médecine ;
- ⌘ Un bâtiment pour le Programme Elargi de Vaccination (PEV) abritant le service de Développement Social et de l'Economie Solidaire ;
- ⌘ Un bâtiment pour le bloc opératoire ;
- ⌘ Un bâtiment pour la maternité ;
- ⌘ Un bâtiment pour le laboratoire ;
- ⌘ Un bâtiment pour les hospitalisations médicales et consultations infirmières ;
- ⌘ Un bâtiment pour les hospitalisations chirurgicales ;
- ⌘ Un bâtiment pour le Dépôt Répartiteur du cercle (DRC) ;
- ⌘ Un bâtiment pour le Dépôt de Vente (DV) et l'accueil ;
- ⌘ Un bâtiment pour les magasins et le gardien ;
- ⌘ 2 blocs de latrines.

Le centre est alimenté en eau par un château muni d'une pompe solaire et l'électrification est assurée par un groupe électrogène mais aujourd'hui le projet d'électrification avec l'EDM est en cours.

Au niveau du CS Réf, l'état du bâtiment est très mauvais à cause des fissures et de la vétusté de certains bâtiments. Au niveau d'un grand nombre de bâtiment les planchers sont dégradés et les plafonds sont en très mauvais état, avec des fuites d'eaux à travers la toiture pendant la saison pluvieuse.

Le Centre de Santé de Référence de Macina est dirigé par un Médecin chef assisté par trois autres. Les décisions importantes sont prises au cours des staffs ou des réunions de l'équipe cadre. Chaque médecin est responsable d'un programme de santé et d'une unité de prestation. Les unités sont dirigées par un chef d'unité (Médecine, chirurgie, maternité et laboratoire) qui rend compte au Médecin chef.

Les consultations curatives sont faites par les médecins et les infirmiers. Les références sont faites aux médecins au cas où les compétences des infirmiers sont dépassées. Au niveau de la médecine et de la maternité, la permanence est assurée par une équipe de garde. Le RAC à la maternité fonctionne vingt quatre heures sur vingt quatre pour la prise en charge des évacuations des 14 CS Com fonctionnels.

Deux ambulances assurent les références/évacuations au niveau des centres de santé périphériques. Puisque le cercle est divisé en deux par le fleuve Niger, un véhicule est en permanence stationné sur l'autre berge pour assurer les références/ évacuations et les autres activités du service (supervision, monitoring/micro planification, ravitaillement vaccins et médicaments essentiels etc.)

2. Type d'étude : Il s'agissait d'une enquête prospective, transversale portant sur des scolaires de l'enseignement secondaire général et professionnel de Macina.

3. Période d'étude : Notre étude s'est déroulée de Mars en Juillet 2010.

4. Population d'étude : La population cible était constituée des scolaires des deux sexes, âgés de 15 à 25 ans et fréquentant les établissements choisis.

5. Echantillonnage : Au total elle a concerné 420 élèves de deux écoles : un lycée (210) et une école professionnelle (210).

5-1. Critères d'inclusion : Sont concernés par cette enquête :

- Les élèves inscrits en classe de 10^{ème}, 11^{ème} et 12^{ème} Année du lycée ;
- Les élèves inscrits en 1^{ère} et 2^{ème} Année de l'IFP ;
- Les scolaires de 15 à 25 ans

5-2. Critères de non- inclusion :

- Les élèves non consentants ;
- Absent durant la période d'étude ;
- Les scolaires de moins de 15 ans et plus de 25 ans.

6- Traitement et analyse des données :

Les données recueillies ont été saisies avec le logiciel Epi-info 6.2 et analysées sur le même logiciel.

7-Aspects éthiques

Avant de commencer avec la présente étude, d'amples informations furent fournies aux scolaires et aux autorités desdites écoles sur les objectifs et la confidentialité de l'entretien pour avoir leur consentement éclairé.

8 Techniques et instruments de collecte des données

- Techniques

Nous avons utilisé la technique de l'interview avec remplissage d'un questionnaire.

- Instruments de collecte des données

Un seul instrument de collecte des données a été utilisé. Il s'agissait d'un questionnaire élaboré préalablement et testé. Toutes les salles de classe étaient à notre disposition en fonction de la disponibilité des salles et des élèves.

V- RESULTATS

A. Caractéristiques socio - démographiques :

TABLEAU I : Répartition des scolaires selon la tranche d'âge

Age	Effectif	Pourcentage
15-17	114	27,1
18-20	172	41
21 et plus	134	31,9
Total	420	100

La tranche d'âge la plus représentée était celle de 18-20 ans avec 41%.

Sexe

167

Masculin

Féminin

253

Figure 3 : Répartition des participants selon le sexe

Le sexe masculin était dominant avec 60,2%.

TABLEAU II : Répartition des participants selon l'ethnie

Ethnie	Effectif	Pourcentage
Bambara	180	42,8

Etude des connaissances, des attitudes et des pratiques comportementales des scolaires de la commune de Macina en matière des infections sexuellement transmissibles, du VIH et du sida (Macina, Ségou, Mali)

Bobo	12	2,9
Bozo	48	11,4
Dogon	16	3,8
Minianka	49	11,7
Mossi	24	5,7
Peulh	27	6,4
Sarakolé	36	8,6
Sonrhāi	10	2,4
Autres	18	4,3
Total	420	100,0

*Autres : Samogo, Maure, Bella, Dafing

Les bambaras étaient majoritaires avec 42,8%.

TABLEAU III : Répartition des scolaires selon la religion

Religions	Effectif	Pourcentage
Animistes	2	0,5
Chrétiens	24	5,7
Musulmans	394	93,8
Total	420	100,0

Les musulmans prédominaient soient 93,8%.

TABLEAU IV : Répartition des scolaires selon l'établissement

Etablissements	Effectif	Pourcentage
IFP	210	50,0
LMBM	210	50,0
Total	420	100,0

Le quota dans les deux établissements était identique soit 50% par tout.

TABLEAU V : Répartition des scolaires selon le statut matrimonial

Statut matrimonial	Effectif	Pourcentage
Célibataires	379	90,2
Fiancés	29	6,9
Mariés	12	2,9
Total	420	100,0

Les célibataires prédominaient avec un effectif de 379 soit 90,2%.

B. Connaissances sur les IST/SIDA

TABLEAU VI : Répartition des scolaires selon qu'ils aient entendu parler du sida

Réponse	Effectif	Pourcentage
Oui	420	100,0
Non	00	00
Total	420	100,0

Tous les participants avaient déjà entendu parler du Sida soit 100%.

TABLEAU VII : Connaissance des scolaires sur les voies de transmission du sida

Connaissances	Effectif	Pourcentage
Oui	420	100
Non	0	0

Total	420	100
--------------	------------	------------

Tous les scolaires connaissaient au moins une voie de transmission du Sida.

TABLEAU VIII : Répartition des scolaires selon leurs connaissances sur les différents modes de transmission du Sida

Réponses	Effectif	Pourcentage
Sexuelle	411	97,9
Sanguine	357	85
Verticale	316	75,2

La voie sexuelle était la plus connue avec 97,9%.

TABLEAU IX : Répartition des scolaires selon les moyens de prévention du sida

Moyens	Effectif	Pourcentage
Fidélité	67	16
Dépistage	11	2,6
Préservatif	320	76,2
Abstinence	22	5,2
Total	420	100,0

Le préservatif était le moyen de réduction le plus connu avec 76,2%.

TABLEAU X : Connaissance des scolaires sur les différents types d'IST

Réponses	Effectif	Pourcentage
Chancre mou	99	23,6
Gonococcie	310	73,8
Sida	404	96,2
Syphilis	293	69,8
Trichomonose	124	29,5

L'IST la plus connue était le sida avec 96,2% participants.

40

30

20

10

0

Figure 4 : Sources d'information des élèves et étudiants sur les IST/Sida

La source d'information la plus connue était les medias avec 36,7%.

TABLEAU XI : Répartition des scolaires selon qu'on peut être infecté par le virus du sida sans développer les symptômes de la maladie

Symptômes	Effectif	Pourcentage
-----------	----------	-------------

Oui	198	47,1
Non	222	52,9
Total	420	100,0

Les participants à 47,1% pensent qu'on peut avoir le sida sans développer les symptômes de la maladie.

TABLEAU XII : Connaissance des scolaires sur l'existence du VIH/SIDA

Croyance	Effectif	Pourcentage
Oui	388	92,4
Non	32	7,6
Total	420	100,0

Les participants à 7.6% ne croient pas à l'existence du sida.

TABLEAU XIII : Répartition des scolaires selon que les IST sont symptomatiques

Réponses	Effectif	Pourcentage
Non précisé	64	15,2
Non	163	38,8
Oui	193	46,0
Total	420	100,0

Un peu moins de la moitié des participants soit 46% pensent qu'on peut avoir une IST sans manifester les signes de la maladie.

TABLEAU XIV : Répartition des scolaires selon que les IST favorisent la transmission du SIDA

Réponses	Effectif	Pourcentage
Non précisé	74	17,6
Non	198	47,1
Oui	148	35,2
Total	420	100,0

Cent quatre vingt dix-huit scolaires soit 47,1% pensent qu'une personne qui a une IST peut avoir le sida.

TABLEAU XV : Répartition des scolaires selon que SIDA est guérissable si on commence tôt avec le traitement

Réponses	Effectif	Pourcentage
Ne sait pas	54	12,9
Non	304	72,4
Oui	62	14,8
Total	420	100,0

Seulement 14.8% pensent que le sida peut être guéri lorsqu'on commence tôt le traitement.

TABLEAU XVI : Répartition des scolaires selon que plus de partenaires sexuels multiplient le risque d’attraper les IST/SIDA

Réponses	Effectif	Pourcentage
Ne sais pas	39	9,3
Non	38	9,0
Oui	343	81,7
Total	420	100,0

La presque totalité de l’échantillon soit 81,7% pensent que plus de partenaires sexuels multiplient les risques de transmission des IST/Sida.

TABLEAU XVII : Répartition des scolaires selon que l'utilisation du condom diminue les risques de transmission du SIDA

Réponses	Effectif	Pourcentage
Ne sait pas	15	3,6
Non	39	9,3
Oui	366	87,1
Total	420	100,0

Beaucoup pensent que le port du préservatif réduit le risque de transmission du Sida soit 87,1%.

TABLEAU XVIII : Répartition des scolaires selon que l'utilisation du condom diminue les risques de transmission des IST

Réponses	Effectif	Pourcentage
Ne sais pas	42	10,0
Non	29	6,9
Oui	349	83,1
Total	420	100,0

Plus de la moitié soit 83,1% pensent que le port du préservatif réduit le risque de transmission des IST.

TABLEAU XIX : Répartition des participants selon les raisons du port du préservatif

Réponses	Effectif	Pourcentage
Eviter les IST/Sida	411	97,8
Eviter les grossesses	402	95,7

Les participants ont une bonne connaissance des raisons du port du condom.

C. Attitudes et pratiques comportementales

TABLEAU XX : Répartition des scolaires selon qu'ils ont un partenaire sexuel régulier

Réponses	Effectif	Pourcentage
Non	168	40,0
Oui	252	60,0

Total	420	100,0
--------------	------------	--------------

Soixante pour cent des enquêtés ont au moins un partenaire sexuel régulier.

TABLEAU XXI : Répartition des participants sur le type de communication avec le partenaire sexuel

Réponses	Effectif	Pourcentage
Méthodes de PF	48	19,0
Sexualité	86	34,1
Préservatif	108	42,9
Aucune	10	4,0
Total	252	100,0

Un grand nombre de participants ont parlé de l'utilisation du condom avec leur partenaire soit 42,9%.

TABLEAU XXII : Répartition des scolaires selon qu'ils ont déjà eu des rapports sexuels

Rapport sexuel	Effectif	Pourcentage
Non	122	29,0
Oui	298	71,0
Total	420	100,0

Un peu moins des $\frac{3}{4}$ des participants ont déjà eu des rapports sexuels soit 71%.

TABLEAU XXIII : Répartition des scolaires selon l'âge du premier contact sexuel

Réponses	Effectif	Pourcentage
10 – 12 ans	14	4,6
13 – 15	63	21,2
16-17	60	20,1
18 – 20	50	16,8
21 et plus	22	7,4
Non connu	89	29,9
Total	298	100,0

L'âge moyen du premier contact sexuel est 16 ans.

TABLEAU XXIV : Répartition des participants selon l'utilisation du préservatif au premier rapport sexuel

Réponses	Effectif	Pourcentage
Non	161	54,0
Non connu	23	7,7
Oui	114	38,3
Total	298	100,0

Peu de participants (38,3%) ont utilisé le préservatif lors du premier rapport sexuel.

TABLEAU XXV : Répartition des scolaires selon qu'ils sont prêt à utiliser le préservatif même si leur partenaire s'oppose

Réponses	Effectif	Pourcentage
Ne sait pas	106	25,2
Non	104	24,8
Oui	210	50,0
Total	420	100,0

La moitié des participants était prête à utiliser le préservatif même si leur partenaire s'oppose.

TABLEAU XXVI : Répartition des scolaires selon le nombre de partenaire sexuel qu'ils ont.

Réponses	Effectif	Pourcentage
0	122	29,0
1	146	34,8
2-5	117	27,9
5-11	12	2,8
Ne se rappelle pas	23	5,5
Total	420	100,0

Seulement 34,8% vivent avec un seul partenaire sexuel.

TABLEAU XXVII : Répartition des participants selon qu'ils ont eu des rapports sexuels avec des partenaires occasionnels

Réponses	Effectif	Pourcentage
Pas de réponse	17	5,7
Non	180	60,4
Oui	101	33,9
Total	298	100,0

Ceux qui ont eu des rapports sexuels avec des partenaires occasionnels s'élevaient à 33,9% de l'effectif.

TABLEAU XXVIII : Répartition des participants selon l'utilisation du condom lors des rapports sexuels avec les partenaires occasionnels

Réponses	Effectif	Pourcentage
Jamais	5	4,9
Parfois	53	52,5

Toujours	43	42,6
Total	101	100,0

Seulement 42,6% ont toujours utilise le préservatif avec leurs partenaires sexuels occasionnels

VI- COMMENTAIRES ET DISCUSSION

L'analyse des différents tableaux suscite quelques commentaires et discussions.

1. APPROCHE METHODOLOGIQUE :

Nous avons réalisé une étude prospective et transversale qui s'est déroulée de Mars à Juillet 2010.

Cette étude portant sur 420 participants nous a permis de mieux appréhender les caractéristiques sociodémographiques, les connaissances, attitudes et les pratiques comportementales des jeunes scolaires sur les IST, le VIH et SIDA.

2. CARACTERISTIQUES SOCIODEMOGRAPHIQUES :

Au total deux établissements ont constitué les sites de recrutement des scolaires avec 420 participants.

2.1. Tranches d'âge et le sexe :

Au cours de notre étude la tranche d'âge la plus représentée a été celle de 18– 20 ans avec 41 %. TRAORE. B avait rapporté 46,2% dans la même fourchette [3].

Les garçons étaient majoritaires par rapport aux filles avec 60,2% de l'effectif dû probablement à leur contact facile sur les questions de sexualité contrairement aux filles qui ont tendance à être un peu renfermées sur la question. Nous pensons également que le faible taux de scolarisation des filles y est pour quelque chose.

2.2. Milieu de résidence :

L'enquête a concerné les élèves de l'enseignement secondaire général et professionnel de Macina dont les différentes constantes ont été étudiées.

2.3. Ethnie :

Nous avons noté que trois groupes sociaux : les Bambaras, les Miniankas et les Bozos avec respectivement 42,8%, 11,7% et 11,4% étaient les plus représentés dans notre étude et sembleraient être les plus majoritaires de la zone.

Ces données sont opposées à ceux de TRAORE. B qui étaient pour les Bambaras, les Miniankas et les Bozos respectivement 38,1%, 2,6% et 0,7% [3].

2.4. Statut matrimonial :

Les célibataires représentaient 90,2% de l'effectif contre seulement 2,9% pour de mariés. Cela pourrait s'expliquer aisément du fait que le milieu scolaire est majoritairement constitué de célibataires.

Ce résultat concorde avec celui de TRAORE. B [3], BERTHE.B [50], CISSE. A [51] ET DIALLO. B [52].

3. CONNAISSANCES SUR LES IST/SIDA

Dans notre étude tous les participants avaient déjà entendu parler des IST du VIH et du sida [100%]. Des résultats similaires trouvés par CISSE. A et TRAORE. B soit respectivement 100% et 99,57%. [51/3] Tout simplement parce qu'il existe diverses méthodes permettant une large diffusion d'information y relative. Il s'agit de la publicité par les affiches, les

banderoles, les journaux, les magazines, la télévision, la radio ainsi que les campagnes de sensibilisation et d'éducation de la population.

Ces résultats confirment le fait d'une bonne connaissance du VIH et du sida par les élèves de notre étude.

Les IST les plus connues étaient le SIDA avec 96,2%, la gonococcie 73,8%, la syphilis 69,8%.

Djiré et al [53] avaient trouvé les mêmes résultats avec respectivement comme IST citées : le sida, la gonococcie, la syphilis. Quant à Lys et al [54] ils ont rapporté le sida (96%), pour la gonococcie (95%) et la syphilis (88%).

La bonne connaissance des voies de transmission et des moyens de prévention du sida par les élèves a été largement affirmée par les participants au cours de notre étude .C'est ainsi que la voie sexuelle a été la plus connue avec 97,9 %, la voie sanguine dans 85% et de la transmission mère-enfant (voie verticale) dans 75,2%.

D'autres auteurs ont trouvé des résultats similaires. Ainsi TRAORE. B avait trouve 98,1% pour la voie sexuelle, 88,1% pour la voie sanguine et 64,4% pour la transmission verticale [3]. M.A.D. BOMIA avait trouvé 75,2% pour la voie sexuelle, 35,8% pour la transfusion sanguine et 21,8% pour les objets tranchants [55].

Par contre, chez BERTHE, les objets tranchants venaient en première position avec 99,6% suivis de la voie sexuelle avec 98,3% [50].

Notons que le préservatif était le moyen de prévention le plus connu avec 76,2% suivi respectivement de la fidélité et de l'abstinence. TRAORE. B et M.A.D BOMIA trouvèrent respectivement 83,1% et 83,2% [3,55].

Dans notre échantillon 92,4% des scolaires croient à l'existence du sida; 46% des scolaires pensent qu'on peut avoir une IST sans manifester les signes de la maladie ; 72,4% des scolaires savent qu'on ne peut pas guérir le SIDA; 81,7% des scolaires savent que le faite d'avoir plusieurs partenaires sexuels augmentent les risques d'attraper les IST, le VIH et le sida.

CISSE et al [51] trouvèrent que 82,4% des scolaires croient à l'existence du sida; 65,7% des scolaires pensent qu'on peut avoir une IST sans manifester les signes; 84,3% des scolaires savent qu'on ne peut pas guérir de SIDA; 97,1% des scolaires savent que le fait d'avoir plusieurs partenaires sexuels augmentent les risques d'attraper les IST, le VIH et sida.

4. ATTITUDES ET PRATIQUES COMPORTEMENTALES:

Sur les 252 participants qui avaient un partenaire sexuel régulier ; 86 et 108 avaient respectivement parlé de la sexualité en général et de l'utilisation du préservatif avec leurs partenaires.

Sur les 420 ayant participé à l'étude, 298 soit 71% avaient déjà eu des rapports sexuels et l'âge moyen au premier rapport sexuel était de 16 ans.

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

Notons que cent et un soit 33,9% ont eu des rapports sexuels avec des partenaires occasionnels et 42,6% avaient toujours utilisé du préservatif, 52,5% occasionnellement et 4,9% ne l'ont jamais utilisé.

Ceci est supérieur aux résultats de TRAORE. B [3] qui avait trouvé que moins de la moitié de son échantillon était sexuellement actif (16,75%) avec des rapports sexuels occasionnels. Parmi ceux-ci respectivement 13,89%, 4,93%, et 5,3% avaient toujours, occasionnellement, et jamais utilisé du préservatif. Dans l'étude de M.A.D BOMIA [55] quant à lui a trouvé que 76% des élèves déclarant avoir utilisé de temps à autre le préservatif au cours des rapports sexuels pendant que 66,4% ont déclaré ne l'avoir jamais utilisé.

Seulement 38,9% de notre échantillon déclare avoir utilisé le condom au cours de leur premier coït contrairement à celui trouvé par TRAORE. B (89,34%) [3].

L'ONU/SIDA dans son rapport-40 publiant que dans la plupart des pays de l'Europe occidentale, plus de 60% des jeunes déclaraient avoir utilisé le préservatif lors de leur premier rapport sexuel. Par contre M.A.D. BOMIA trouvait que 66,4% des élèves n'ont pas utilisé le préservatif au premier rapport sexuel [55].

Au regard de tous ces résultats, les sujets de notre étude courent plus de risque sur le plan comportemental que ceux des autres études pendant que leur sang est destiné à sauver des vies humaines. Parce qu'une proportion importante de donneurs volontaires constitue les élèves et les étudiants.

VII- CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

1. Conclusion

Au terme de notre étude, il apparaît que la sexualité devient de plus en plus précoce chez les adolescents et jeunes adultes.

Ils ont une bonne connaissance sur le VIH, le SIDA et les IST.

Tous les scolaires soit 100% en avaient déjà entendu parler et connaissent au moins une voie de transmission des IST/SIDA. La voie sexuelle a été la voie de transmission la plus connue avec 97,9%. Le préservatif a été le moyen de prévention le plus évoqué avec 76,2% suivie de la fidélité et de l'abstinence sexuelle avec respectivement 16% et 5,2%. L'IST la plus connue a été le VIH avec 96,2% suivie de la gonococcie et de la syphilis avec respectivement 73,8% et 69,8%.

Les participants discutent peu avec leurs partenaires des questions relatives à la sexualité en général et de l'utilisation du préservatif.

Plus de la moitié des participants soit 71% avaient déjà eu des rapports sexuels avec un âge moyen au premier rapport autour de 16 ans.

Cinquante quatre pour cent des jeunes n'ont pas eu recours au préservatif lors de leurs premiers rapports sexuels. Certains ont eu des rapports sexuels occasionnels (33,9%) et seulement 42,6% de ceux-ci ont toujours utilisé le préservatif.

2. Recommandations

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

● **Au Ministère de l'Enseignement secondaire supérieur et de la recherche scientifique:**

1. Organiser des journées de sensibilisation sur les IST, le VIH et sida dans tous les établissements scolaires à travers les conférences débats, les sketches en insistant sur les différents moyens de prévention.
2. Introduire dans le programme d'enseignement des cours d'éducation sexuelle au niveau secondaire et supérieure.
3. Demander aux leaders politiques et religieux de s'impliquer dans les activités d'information, d'éducation pour la prévention des IST, du VIH et du sida en milieu scolaire.
4. Encourager les études et les recherches opérationnelles sur les comportements sexuels des adolescents et jeunes adultes.

● **Au Ministère de la santé :**

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

● **Aux Parents :**

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

● **Aux Scolaires:**

Etre à l'écoute des pairs éducateurs pour avoir les connaissances adéquates sur les IST, le VIH et le sida.

VIII- REFERENCES

1 - ENQUETE DEMOGRAPHIQUE ET DE SANTE AU MALI (EDSM III) DNSI, MALI, Juin 2002.

2 - E PICHARD, GUINDO G, GROSSETTE et Al.

Etude des connaissances, des attitudes et des pratiques comportementales des scolaires de la commune de Macina en matière des infections sexuellement transmissibles, du VIH et du sida (Macina, Ségou, Mali)

L'infection par le VIH au Mali.

Médecine tropicale octobre- décembre 1998 ; Vol 48 ; N°4 ; p345-349

3 -TRAORE B.

Connaissances et comportements face au VIH/SIDA en milieu scolaire
Thèse médecine Bamako 2005

4 - ONUSIDA ET OMS.

Le point sur l'épidémiologie mondiale de VIH/SIDA; décembre 99.

5 - ROSENHEIN M.ET A .ITOUA NGAPORO.

Sida et infections à VIH : Aspects en zone tropicale.
Paris : Med tropicale, édition ELLIPSES, AUPELF.

6 - OMS

Améliorer l'accès aux traitements ARV dans les pays à ressources limitées /Recommandation pour une approche de santé publique. OMS avril 2002

7 - ONU/SIDA

Rapport annuel sur l'épidémie de sida dans le monde : 23-11-2004

8 - ONU/SIDA Le point sur l'épidémie de sida. Décembre 2004

9 - ONU/SIDA

Aide-mémoire 2004

10 - ENQUETE SOCIODEMOGRAPHIQUE DE SANTE AU MALI (EDSM IV)

11 - SITUATION DU VIH/SIDA AU MALI

www.santétropicale.com/actualités/u03/u03_10.htm consulté le 7/9/2006

12 - SOGOBA. D

Contribution à l'étude épidémiologique du SIDA en milieu hospitalier au Point « G »
Thèse médecine Bamako 2004 ; 60: 1-3

13 - KOTY Z.

Itinéraires thérapeutiques des patients atteints de VIH/SIDA admis au service des maladies infectieuses du Centre Hospitalier Universitaire du Point « G ».
Thèse médecine Bamako 2007

14 - SIBOULET A, COULAUD JP ; CATALAN F ET AL.

Blenorragie gonococcique. Maladies sexuellement transmissibles Paris Masson ; 1991

15 - GENIAUX M.BACCINO E. SOUTOUL JH.

Maladies sexuellement transmissibles « chez la femme, la mère, la mineur ». Grenoble, 3 nov. 1993 Méd. Mal Infect 1994, 24 (N°4 bis) pages 403 à 496

16 - RAMJEE G; KARIM SS; STURN AW.

Sexually transmitted infections among sex workers in Kwazulu natal South Africa Sexually transmitted diseases.1998; 25:346 - 9

17 - SIBOULET. A

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

18 - FOWKE KR; NAGEL KERKE NJ; KIMANI

Resistance to VIH, infection among persistency sero negative prostitutes in Nairobi, Kaya Lancet. 1996; 348; 1347-1351

19 - PILLOT J, DAGUET G, PELOUX Y ET AL.

Spirochetes In : le Minor L et Veron M, Bactériologie Médicale. Paris: Flammarion 1989; 1021 – 1057

20 - QUINN T.C, WAWER M.J; SEWANKAMBO N ET AL

Viral load and heterosexual transmission of human Immunodeficiency virus type 1; IN England J Med 2000; 353: 513 – 514

21 - CAUMES E.M. JAVIER

Syphilis. Encycl. Méd. chir. maladies infectieuses 1994

22 - ORFILA J.

Chlamidiales .In : le Minor L et Veron M. Bactériologie Médicale. Paris Flammarion, 1989 ; 1072 – 87

23 - DE BABEYRAC B, DUPON M, BEBAERAC

Infection à chlamydia maladies infectieuses. Encycl. Med chir 8-037-A -10 -12-670 B -20, Paris 13 P

24 - TRAORE Y. A Etude de la prévalence des MST / VIH et facteurs de risque de l'infection par le VIH dans les six communes du district de Bamako à propos de 551 cas ; thèse Med ; Bamako.2000

25 - NOZAIIS JP DATRY A DANIS M:

Trichomonose vaginale;traité de parasitologie médicale Paris Product 1996;307-308

26 - KACHAPIA L.

The HIV / Aids epidemic in Malawi International Nursing Keview 1998; 45 (6):179 – 1781

27 - GAUDIN OG.

Infection humaine à mycoplasmes; maladies infectueuses
1989; Paris Encycl med chir

28 - PELOUX Y.

Bactéries inhabituelles IN : le Minor L et Veron M Bactériologie médicale
Paris : Flammarion 1989;545-52

29 - E.PILLY

Malades infectieuses ; mont morency 16ème Ed oct. 1997 605 P

30 - O.M.S

de l'épidémie
145-149.

Le SIDA : Image
Bull. O .M .S, Genève 1994, 67:

31 - ONU/SIDA ET OMS.

l'épidémie mondiale de SIDA, décembre 2008.

Le point sur

32 - MIRKO D G.

2e édition. Payet 1989-1990. 2e édition.392p.

Histoire du SIDA.

33 - SONIGO P, ALIZON M.

Les virus VIH. In : l'objectif médical. Le SIDA. Edition Afrique noire francophone. Spécial et hors série. Décembre 1989 : pp 6-20

34 - FLEURY H J A.

Les virus VIH. In : l'objectif médical. Le SIDA. Edition Afrique noire francophone. Spécial et hors série. Décembre 1989 : pp 6-20. Virologie humaine. 3e édition. Paris: Masson 1999. 205 p.

35 - QUELQUES CHIFFRES SUR LE VIH/SIDA

<http://www.aides.org/chiffres-vih-sida?> Consulté le 02 mai 2010 à 15h : 05 min

36 - INFECTION A VIH ET SIDA.

In: CMIT, ed. E Pilly Montmaron Cy: 2M2 ed; 2006: 89.2-4, 490p

37 - INFECTION A VIH ET SIDA. In: CMIT, ed. E Pilly Montmaron Cy: 2M2 Ed; 2006: 89.2-5, p492

38 - GARAIT .V ; MOLINA JM

Infection par le VIH, *revu du praticien (maladies infectieuses) B192 (2002)*

39 - PRINCIPES DE MEDECINE INTERNE 15^{EME} ED. HARISON

40-MARKS JB:

Endocrine manifestations of human immunodeficiency virus (HIV) infection. Revue des rapports anatomopathologiques et clinique de la littérature concernant les endocrinopathies du SIDA. Am J Med Sci 302: 110, 1991.

41-RAO TKS:

Human immunodeficiency virus (HIV) associated nephropathy. Revue succincte des complications rénales de la maladie due au VIH, centrée en particulier sur la néphropathie associée au VIH. Annu Rev Med 42: 391, 1991.

42 - INFECTION A VIH ET SIDA.

In: CMIT, ed. E Pilly Montmaron Cy: 2M2 ed; 2006: 89.2, p484

43 - MARC GENTILINI.

Médecine tropicale. Paris: Flammarion, 1993 : 317-318

44 - MARC GENTILINI.

tropicale.
317-318

Médecine
Paris : Flammarion, 1993 :

45 - DJIBRIL BARRY

prise en charge des personnes vivant avec le VIH/SIDA dans le service de médecine de l'hôpital.

Qualité de la
Thèse de médecine 2008,168, 12p

46 - KERNBAUM S.

Le praticien face au SIDA. 1re édition. Paris : Flammarion 1992. 269 p

47 - DOUMBIA.M

Etude Epidémiologie-Clinique de la Co-infection VIH/ Tuberculose Pulmonaire dans le service de Médecine de l'Hôpital De Sikasso

48 - PEETERS M, DELAPORTE E.

Etude des connaissances, des attitudes et des pratiques comportementales des scolaires de la commune de Macina en matière des infections sexuellement transmissibles, du VIH et du sida (Macina, Ségou, Mali)

Génétique de l'infection à VIH dans le monde, et ses conséquences Médecine tropicale 1999 ; 59. 4bis : 449-455.

49 - MALINTROP AFRIQUE, 2002, JOHN LIBBEY

Eurotest, Paris p589 virus de l'immunodéficience humaine.

50 - BERTHE B.

Connaissances, attitudes et pratiques des adolescents du lycée ASKIA MOHAMED en matière de planification familiale, de MST et du SIDA. Thèse Med, Bamako 2000, n°76.

51 - CISSE A.

Connaissances et comportements sexuels des jeunes de 15-20 ans sur les MST/SIDA à Bamako-
Mémoire de Faculté des Etudes Supérieures –Québec- Novembre 1993.

52 - DIALLO B

Connaissances, attitudes et pratiques des adolescents du lycée Mabilé en matière de planification familiale, de MST et du SIDA.
Thèse Médecine. Bamako 2000, n° 33.

53 - DJIRE M, GUEYE, KONATE M K, SOME S.O.

Santé de la reproduction au Sahel, les jeunes en danger. Résultat d'une étude dans cinq pays de l'Afrique de l'Ouest. CERPOD-1996, 47p

54 - LYS H.L, TOKINDANG J, FARIAH J.

Connaissances et attitudes des étudiants de la FMPOS de Bamako en matière de PF, MSTSIDA.
Population Council 1997, Mali, 30p.

55 - BOMIA. M. A. D

Connaissances, attitudes et pratiques sur la santé de la reproduction en milieu scolaire. (Second cycle fondamental et lycée) à Bamako de Mars à Juin 2004.
Thèse Médecine, Bamako 2004, n°17.

IX- ANNEXE

FICHE D'ENQUETE

Nom de l'enquêteur :.....

Date: / ___ / ___ / ___ /

I-DONNEES SOCIODEMOGRAPHIQUES

Identification de l'enquêté

Numéro d'ordre :.....

Age :.....

Sexe : / ___ / 1 : Masculin 2 : Féminin

Statut matrimonial: / ___ / 1 : Marié 2 : Célibataire

Ethnie: / ___ / 1: Bambara 2: Peulh 3: Bozo 4: Minianka 5: Bobo 6:
Dogon 7: Mossi 8: Sarakolé 10: Sonraï 11: Autres à préciser.....

Religion / ___ / 1. Musulmane 2. Chrétienne 3. Animiste

Résidence :

Nom de l'établissement:

Niveau d'étude:

II-CONNAISSANCES SUR LES IST/SIDA

1- Avez-vous déjà entendu parler des IST/ Sida ? /___/ 1 : Oui 2 : Non

2- Connaissez-vous les voies de transmission des IST/ SIDA ? /___/ 1 : Oui 2 : Non

3- Si oui lesquelles ? 1 : Oui 2 : Non

Voie sexuelle/___/ Voie sanguine:/___/ Mère /enfant:/___/ Autres à préciser :
.....

4- Que peut-on faire pour réduire la transmission du SIDA par voie sexuelle ? 1 : Oui 2 : Non

Abstinence:/___/ Le préservatif /___/ Fidélité /___/ Dépistage /___/ Autres à préciser

5- Quelles sont vos principales sources d'information sur les IST/SIDA ? 1 : Oui 2 : Non

Ecole/___/ Centre de santé/Hôpital/___/ Conférence /___/ Médias /___/ Père/___/

Mère/___/Frères/Sœurs/___/ Amis/___/ Ne sait pas /___/

Autres à préciser

6- Peut-on être infecté par le virus du SIDA sans avoir les symptômes de la maladie ?/___/

1 : Oui 2 : Non 3 : Ne sait pas

7- Croyez-vous à l'existence du SIDA ? /___/ 1 : Oui 2 : Non

8- Si non pourquoi?.....

.....

9- Quels sont les IST que vous connaissez ? 1 : Oui 2 : Non

Gonococcie /___/ Syphilis /___/ Trichomonose /___/ Sida /___/ Chancre mou/___/ Autres à préciser.....

Etude des connaissances, des attitudes et des pratiques comportementales des scolaires de la commune de Macina en matière des infections sexuellement transmissibles, du VIH et du sida (Macina, Ségou, Mali)

10- Peut-on avoir une IST sans manifester les signes ? / ___/ 1 : Oui 2 : Non
3 : Ne sait pas

11- Une personne qui a une IST ne peut avoir le SIDA ?/ ___/ 1 : Oui 2 : Non 3 : Ne sait pas

12- Peut-on guérir le SIDA, si on commence tôt avec le traitement ?/ ___/

1 : Oui 2 : Non 3 : Ne sait pas

13- Plus on a de partenaire sexuels(les), plus le risque d'attraper les IST/SIDA est grand ?/ ___/ 1 : Oui 2 : Non 3 : Ne sait pas

14- L'utilisation du condom diminue t- elle les risques de transmission du SIDA ?/ ___/

1 : Oui 2 : Non 3 : Ne sait pas

15- L'utilisation du condom diminue t- elle les risques de transmission des IST ?/ ___/

1 : Oui 2 : Non 3 : Ne sait pas

16- Avez-vous déjà utilisé un préservatif ?/ ___/ 1 : Oui 2 : Non 3 : Ne sait pas

17- Si non pourquoi ?

18- Pourquoi pensez-vous qu'un homme doit porter un préservatif pendant les rapports sexuels ? 1 : Oui 2 : Non

Eviter les IST/SIDA/ ___/ Eviter les grossesses/ ___/ Ne sait pas / ___/
Autres à préciser

III- PRATIQUES COMPORTEMENTALES

19- Avez-vous présentement un(e) partenaire sexuel(le) ?/ ___/

1 : Oui 2 : Non 3 : Ne sait pas

20- Si oui, êtes-vous arrivé à parler avec votre partenaire de ? 1 : Oui 2 : Non 3 : Ne sait pas

Sexualité en général / ___/ Méthode de PF/ ___/ Utilisation du préservatif/ ___/

21- Avez-vous déjà eu des rapports sexuels ?/ ___/ 1 : Oui 2 : Non 3 : Ne sait pas

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

Age en année.....

Je ne me rappelle pas/___/ 1 : Oui 2 : Non

Ne sais pas /___/ 1 : Oui 2 : Non

23- A cette occasion, avez-vous utilisé un préservatif ?/___/ 1 : Oui 2 : Non 3 : Ne sait pas

24- Etes-vous prêt (e) à utiliser un préservatif même si votre partenaire s'y oppose? /___/

1 : Oui 2 : Non 3 : Ne sait pas

25- Avez-vous eu des rapports sexuels avec des partenaires occasionnels(les) /___/

1 : Oui 2 : Non 3 : Ne sait pas

26- Si oui avez-vous utilisé un préservatif? 1 : Oui 2 : Non 3 : Ne sait pas

Toujours/___/Parfois/___/Jamais/___/Pas de réponse/___/

27- Combien de partenaires sexuels(les) avez-vous jusqu'à ce jour ?

Nombre..... Je ne me rappelle pas /___/

28- Quelle est votre source d'approvisionnement en condom ?

Boutique/___/ Pharmacie/___/ Centre de santé /___/

Autres à préciser :

FICHE SIGNALÉTIQUE

Nom : KONE

Prénom : Salif

Téléphone: [00223] 78 85 52 06/66 91 79 34

Email: *rasbinass@yahoo.fr*

Titre de la thèse : Etude des connaissances, des attitudes et des pratiques comportementales des scolaires de la commune de Macina en matière des infections sexuellement transmissibles, du VIH et du sida.

Ville de soutenance : Bamako

Pays d'origine : Mali

Année Universitaire : 2009 – 2010

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la FMPOS

Secteurs d'intérêt : Anthropologie, santé publique et maladies infectieuses.

RESUME :

Le changement de comportement et l'adoption de bonne pratique face aux IST/ VIH/SIDA ne sauraient aller sans un système efficace d'IEC, d'où la motivation de notre étude dont l'objectif est d'étudier les connaissances, attitudes et pratiques comportementales des scolaires de l'enseignement secondaire général et professionnel de Macina.

Il s'agit d'une étude transversale de mars à juillet 2010 qui s'est déroulée dans deux établissements avec 420 participants.

La connaissance des IST, le VIH et le sida, des voies de transmission et des moyens de prévention ont été évoqués dans cette étude. Et c'est la voie sexuelle et le préservatif qui ont été les plus cités à cette occasion. Des comportements sexuels à risque ont été observés. 298

avaient déjà eu des rapports sexuels avec un âge moyen autour de 16 ans dont certains n'étaient pas protégés. D'autres avaient eu des rapports sexuels avec des partenaires sexuels occasionnels et certains de ces rapports n'étaient aussi pas protégés.

Mots clés : connaissances – attitudes – pratiques comportementales.

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Je le jure.